

ÖGAM intensiv – Klausurtagung und Neuwahlen

Ausblick in die nähere Zukunft

Alljährlich, meist am ersten Wochenende im März, trifft sich die ÖGAM zu einem intensiven Wochenende: zur fokussierten, themenzentrierten Arbeit und zum kaum weniger intensiven geselligen Austausch. Diese Wochenenden helfen dabei, an unseren gemeinsamen Grundlagen und unseren Zielen zu arbeiten. Weiters tragen sie zur Vernetzung, Motivation und Freude am gemeinsamen Engagement bei.

Letztes Jahr fiel unser Treffen der Pandemie zum Opfer – umso größer war die Freude, einander wieder persönlich begegnen zu dürfen, spür- und sichtbar.

Alle drei Jahre findet die Neuwahl des Präsidiums statt. Das neue Präsidium wird sich demnächst vorstellen, aufgelistet finden Sie die handelnden Personen auf der letzten Seite der ÖGAM-News dieser Ausgabe. Christoph Dachs, der Präsident der letzten sieben Jahre, wechselte ins Amt des (neu geschaffenen) Past-President.

An dieser Stelle möchte ich ihm – stellvertretend für das gesamte Präsidium, alt wie neu – auf das Herzlichste danken! Besonders auch dafür, dass er sich auch weiterhin als Person, mit seinem Engagement und seiner Expertise ins Herz der ÖGAM einbringt. Christoph Dachs ist uns mit seiner Integrität, seiner Energie und seiner Fähigkeit, alle Player zusammenzubringen und zusammenzuhalten, längst unverzichtbar geworden. Wir danken ihm für sein überzeugtes und überzeugendes Engagement für die ÖGAM, für die Allgemeinmedizin, für das öffentlich-solidari-



Dr. Susanne Rabady

Ärztin für Allgemeinmedizin, Windigsteig,
Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft
für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM)

sche Gesundheitssystem, und wir setzen dieses Werk nun gemeinsam in bewährten Bahnen fort.

Walter Heckenthaler hat das Präsidium nach 12 Jahren als Kassier nun verlassen. Auch er bleibt uns als Mitglied einiger Arbeitsgruppen und als bewährter Ratgeber verbunden. Wir bedanken uns in großer Verbundenheit für seine Sorgfalt, den kritischen Blick und die Weitsicht, mit der er unsere Entscheidungen unterstützt und mitgestaltet hat.

Eine Neuwahl ist ein guter Moment, um sich den Auftrag und die Rollenverteilung der eben gewählten Gremien vor Augen zu führen und in Erinnerung zu rufen.

Die Präsidentschaft habe nun ich überantwortet bekommen. Die Statuten sehen klar formulierte, meines Erachtens sehr kluge Aufträge an das Präsidium vor: der/die Präsident:in vertritt die Gesellschaft nach außen, die Leitung obliegt dem Präsidium. ÖGAM bedeutet Teamwork – passend zur Arbeitsweise der Allgemein- und Familienmedizin. Dennoch macht sich natürlich jeder, der/die dieses Amt anstrebt, Gedan-

ken über die Vorstellungen und Hoffnungen, die er/sie damit verbindet.

Ich denke, dass wir als Berufsgruppe derer, die wir an verschiedenen Stellen (in Praxen, an Universitäten, in Standesvertretungen etc.) an der hausärztlichen Primärversorgung mitwirken und die österreichische Allgemein- und Familienmedizin befördern und gestalten, derzeit vor einer Jahrhundertchance stehen, die wir der Pandemie verdanken. Die Gesellschaft und unsere Patient:innen haben klar gesehen, dass es diese Ebene braucht. Wir haben erlebt, dass die hausärztliche Primärversorgung auch unreguliert, wie sie ist, viele der Aufgaben erfüllt, einfach weil diese erfüllt werden müssen. Ins Bewusstsein gerückt ist aber auch, dass sie noch viel mehr könnte, wenn sie sichtbarer, erreichbarer, strukturierter, verbindlicher wäre.

Wir brauchen die Anerkennung als das, was wir sind: ein eigenes spezifisches Fach. Dieses Fach können nur wir definieren. Wir sind die, die unsere Aufgaben und Möglichkeiten kennen, die in der Lage sind, zu beurteilen, was wir dafür brauchen.

Unsere Leistungsbereitschaft und unseren Gestaltungswillen haben wir in der Pandemie eindrucksvoll bewiesen. Nun geht es darum, die Voraussetzungen zu schaffen, um das, was wir informell und aufgrund der Notwendigkeiten geleistet haben, zu einer Struktur zu formen, die Klarheit und Verlässlichkeit bietet und die dafür nötigen Grundlagen, Arbeitsbedingungen und sonstigen Voraussetzungen erhält.

Mit kollegialen Grüßen, Susanne Rabady ■

Diagnosecodierung – eigene Erfahrungen

Die ÖGAM unterstützt ein Projekt, bei dem ein neuer Anlauf genommen werden soll, Diagnosecodierung in den hausärztlichen Praxen zu etablieren und dabei gleichzeitig einen Mehrwert für die Allgemeinmediziner:innen zu erzielen.

Mein erster Kontakt mit ICPC-2 war ein klassisches Aha-Erlebnis. Im Juni 2018 hielt auf Einladung der Österreichischen Ärztekammer Prof. Dr. Thomas Kühlein, Universität Erlangen, einen Vortrag über die Grundlagen der ICPC-2-Codierung.

Da wir kurz vor der Gründung unseres Primärversorgungszentrums standen und die verpflichtende ICPC-2-Codierung in unserem PVE-Vertrag niedergeschrieben steht, wollte ich nicht völlig planlos an die Sache herangehen. Mit der Systematisierung unserer Arbeit mit Hilfe der Diagnosecodierung hat sich für mich tatsächlich eine neue Welt aufgetan. Das intuitiv praktizierte „abwartende Offenhalten“ wird Methode und systematisch erfasst. Der von Prof. Kühlein mitgelieferte „ICPC-2-Pager“ des deutschen Content-Projekts wird meinen Kolleginnen in der PVE und mir, ebenso wie die „Braun-Kasographie“ von Dr. Waltraud Fink, Dr. Gustav Kamenski und Dr. Dietmar Kleinbichler zur unentbehrlichen Anleitung bei der Codierarbeit. Die von den Softwarefirmen angebotenen Codierwerkzeuge sind vorerst wenig hilfreich.

Thesaurus: Voraussetzung für korrektes Codieren

So beginnen wir auch „kreativ“ zu codieren, nicht alle Begriffe finden sich in der Kasographie. Die bereits vorher bestehenden Kürzel und Begriffe in unserer Software hinterlegen wir mit Hilfe des „2-Pagers“ mit ICPC-2-Codes, um bei der täglichen Arbeit nicht allzu sehr aufgehalten zu sein. Erst im Laufe der Zeit bemerken wir, dass dabei durchaus relevante Fehler passieren, die Begrifflichkeiten – auch im Vergleich mit den anderen PVE – nicht übereinstimmen ... In diesem Zusammenhang lerne ich einen wesentlichen Begriff kennen: Den „Thesaurus“ (lat.: Schatz oder Schatzhaus) – in der Dokumentationswissenschaft ein „kontrolliertes Vokabular“. Auch Prof. Kühlein erwähnt den Thesaurus als eine wesentliche Voraussetzung für korrektes Codieren: Der Wortschatz der Allgemeinmedizin ist in Synonymen zu-



Dr. Christoph Powondra

Arzt für Allgemeinmedizin, Böheimkirchen

sammengefasst, bereits korrekt codiert und in der Praxissoftware integriert – mit einer Suchfunktion findet man die gebräuchlichen Begriffe und Diagnosen. Fehlerhaftes Codieren ist damit fast ausgeschlossen.

Denn sie wissen nicht, was wir tun ...

Bei der gemeinsamen Sitzung aller Stakeholder im September 2021, bei der die Abwicklung der PVE-Evaluierung in Niederösterreich besprochen wurde, zeigte sich, dass ohne Diagnosedaten aus der hausärztlichen Primärversorgung deren Vergleich mit den PVE nur höchst aufwendig durchführbar ist. Man einigte sich darauf, PVE untereinander zu vergleichen und am Standort einen Vergleich von „vor PVE“ mit „mit PVE“ durchzuführen.


In meiner ärztlichen Tätigkeit habe ich **4 Organisationsformen** kennengelernt:

Einzelpraxis, Praxisgemeinschaft, Gruppenpraxis und PVE. Mit der Gründung der Praxisgemeinschaft 2003 und über 50 Stunden Öffnungszeiten im Angebot haben wir in der lokalen Primärversorgung einen Meilenstein gesetzt. Der Zulauf war gewaltig. Die Gründung der Gruppenpraxis und der PVE haben, was den Zulauf an Patient:innen angeht, keine großen Änderungen gebracht. Meine Neugier, wie PVE im Vergleich zu anderen Primärversorgungsstrukturen abschneiden, ist groß, kann aber derzeit wohl nicht befriedigt werden. Ich ▶

ZUM FIRE-
PROJEKT



ICPC-2 könnte uns helfen, wertvolle Daten und Fakten zu liefern!

ICPC-2 Deutsch/German International Classification of Primary Care – 2 nd Edition GER v 3.9; 23.1.2013		Blut, blutbild. Organe, Immunsystem	Auge	F	Bewegungsapparat
Wonca International Committee (WICC) 		B02 Lymphknoten vergrößert/schmerzhaft	F01 Augenschmerz	L01 Nackensymptomatik/-beschwerden	
Prozeduren-Codes		B04 Blutsymptomatik / Beschwerden	F02 Augenrötung	L02 Rückensympt./-beschwerd. BWS/NS	
-30 Ärztliche Untersuchung - komplett	B25 Angst vor HIV / AIDS	B26 Angst vor bösart. Blut-/Lymphkrank.	F03 Augenausfluss/-absonderung	L03 Untere Rückensympt./-beschwerd. (L)	
-31 Ärztliche Untersuchung - teilweise	B27 Angst v. anderer Blut-/Lymphkrank.	B28 Funktionseinschr./Behinderung (B)	F04 Mouches volantes	L04 Brustkorbsympt./-beschwerd. (L)	
-32 Allergie-/ Sensitivitätstestung	B29 Beschw. Lymph-/Immunsystem, andere	B70 Lymphadenitis, akute	F05 Sehstörung, andere	L05 Flanken-/Achselfsympt./-beschwerd.	
-33 Mikrobiol./Immunol. Untersuchung	B71 Lymphadenitis, chron./unspezifische	B72 Morbus Hodakin/Lymphom	F06 Auge Empfindungsstörung	L07 Kiefersymptomatik/-beschwerden	
-34 Blutuntersuchung	B73 Leukämie	B74 Maligne Bluterkrankung, andere	F07 Auge abnormes Aussehen	L08 Armsymptomatik/-beschwerden	
-35 Urinuntersuchung	B75 Benigne/unspezifische Blutneubildung	B76 Milzruptur, traumatische	F08 Augentlid Symptome/Beschwerden	L09 Ellbogensymptomatik/-beschwerden	
-36 Stuhluntersuchung	B77 Vererbliche hämolytische Anämie	B78 Angeb. Anomalie Blut/Lymphsystem	F09 Brille Symptome/Beschwerden	L10 Handgelenksymptomatik	
	B80 Eisenmangelanämie	B81 Anämie Vitamin B12/Folsäuremangel	F10 Kontaktlinsen Symptome/Beschw.	L11 Hand-/ Fingersympt./-beschwerd.	
			F11 Angst vor Augenerkrankung	L12 Hüftsymptomatik/-beschwerden	
			F12 Funktionseinschr./Behinderung (F)	L13 Beinsymptome/-beschwerden	
			F13 Auge Symptome/Beschw., andere	L14 Kniesymptomatik/-beschwerden	
			F14 Konjunktivitis, infektiöse	L15 Sprunggelenksympt./-beschwerden	
			F15 Konjunktivitis, allergische	L16 Fuß-/Zehensympt./-beschwerden	
			F16 Blepharitis/ Hagelkorn/Gerstenkorn	L17 Muskelschmerzen	
			F17 Augeninfektion/-entzündung, and.	L18 Hüftsymptomatik/-beschwerd. NH	
			F18 Neubild. Auge/Anhangsgebilde	L19 Gelenksymptomatik/-beschwerd. NH	
			F19 Kontusion/Blutung im Auge	L20 Angst vor Krebs, muskuloskelettal	
			F20 Fremdkörper im Auge	L21 Angst muskuloskel. Erkrankung, anc	
			F21	L22	

vermute, dass tatsächlich niemand (außer uns selbst) weiß, was wir wirklich tun.

Wo sind die harten Fakten, wenn es um die Fragen geht: Wie viele COVID-Patient:innen werden von Hausärzt:innen betreut? Wie viele Risikopatient:innen betreuen sie? Die Allgemeinmedizin kann keine Antworten liefern. Die Daten fehlen.

Gerade in der Pandemie haben viele Kolleg:innen der Bevölkerung gezeigt, dass man auf sie zählen kann. Den politisch Verantwortlichen fehlen aber Daten und Fakten. Sie können und dürfen ihre Entscheidungen nicht auf Hörensagen stützen. So werden den politischen Ankündigungen, die hausärztliche Primärversorgung zu unterstützen, weiterhin wenig wirkungsvolle Taten folgen. Wir sollten daher versuchen, Daten und Fakten zu liefern. ICPC-2 könnte uns dabei helfen!

Die Logik der ICPC-2

ICPC-2 ist eine Klassifizierung, die von einer Arbeitsgruppe der WONCA (Weltorganisation für Allgemein- und Familienmedizin) seit über vierzig Jahren speziell für die Primärversorgung und Hausarztmedizin erarbeitet und laufend erweitert wurde. Vertreter:innen der ÖGAM (Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin) haben sich ebenfalls daran beteiligt. Sie ist von der WHO anerkannt. Ende 2021 wurde ICPC-3 vorgestellt.

ICPC-2 ist eine elektronisch fassbare Beschreibung von fast allem, was sich in der Primärversorgung zwischen Ordinationsteam und Patient:in abspielt. Codiert werden nur Beratungsanlässe und Beratungsergebnisse mit einer Prävalenz über 1 %.

Es handelt sich um einen dreistelligen Code

Systematik: Die erste Stelle ist ein Buchstabe, der einem Kapitel zugeordnet ist, die zweite und dritte Stelle ist eine Zahlenkombination, die einer Komponente zugeordnet ist. Die Zahlen 1 bis 29 sind Symptomen, die Zahlen 30 bis 69 Prozeduren und die Zahlen 70 bis 99 Diagnosen zugeordnet. Alle ICPC-2-Codes passen auf 2 Seiten eines A4-Blattes (Abb.).

ICD-10 versus ICPC-2-Klassifikation

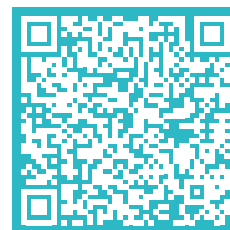
Es wird ausgehend vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis codiert, also vom Symptom über Vorgehen bis zur Diagnose (so erforderlich). Im Vergleich zu

ICD-10 ist die ICPC-2-Klassifikation deutlich übersichtlicher, dafür weniger genau. Die ICPC-2-Codierung ist stark symptomorientiert.

Sie bildet das abwartende Offenhalten, das in der Allgemeinmedizin gebräuchlich ist, gut ab. Dadurch müssen keine Diagnosen „erfunden“ werden. Solange wir nicht sicher eine Diagnose stellen können, ist es ausreichend, das vorliegende Gesundheitsproblem mit Symptomen oder Symptomgruppen zu beschreiben. Das ist die Stärke der ICPC-2-Codierung.

Für alle Interessierten seien zwei rezente Masterarbeiten der FH Joanneum Graz empfohlen:

primaerversorgung.org/wp-content/uploads/2018/10/2018_Masterarbeit_Kraußler.pdf



primaerversorgung.org/wp-content/uploads/2020/01/2018_Kahr_Kritische-Betrachtung-des-Einsatzes-der-ICPC-2-Codierung-in-der-Primarversorgung.pdf





P22	Verhaltenauffälligk./Entwickl.stör. Kind	S82	Nävus/Leberfleck	W02	Angst vor Schwangerschaft	Y28	Funktionseinschr./Behinderung (Y)
P23	Verhaltenauff. /Entwick.stör., Adoleszenz	S83	Angeborene Hautanomalie, andere	W03	Blutung i. d. Schwangerschaft	Y29	Genitalbeschwerden Mann, andere
P24	Spezifische Lernstörung	S84	Impetigo	W05	Schwangersch.-bed. Übelk./Erbr.	Y70	Syphilis, Mann
P25	Lebensphasenproblem Erwachsener	S85	Pilonidalzyste/-fistel	W10	Postkoitale Empfängnisverhütung	Y71	Gonorrhoe, Mann
P27	Angst vor Geistesstörung	S86	Seborrhöische Dermatitis	W11	Orale Empfängnisverhütung	Y72	Genitalherpes, Mann
P28	Funktionseinschr./Behinderung (P)	S87	Dermatitis/ atopisches Ekzem	W12			
P29	Psych. Sympt., Beschwerden, andere	S88	Allergische-/Kontaktdermatitis	W13			
P70	Demenz	S89	Windeldermatitis	W14			
P71	Organ. Psychosyndrom, anderes	S90	Pityriasis rosea	W15			
P72	Schizophrenie	S91	Psoriasis	W17			
P73	Affektive Psychose	S92	Schweißdrüsenkrankung	W18			
P74	Angststörung/ Panikattacke	S93	Atherom	W19			
P75	Somatisierungsstörung	S94	Eingewachsener Nagel	W21			
P76	Depressive Störung	S95	Molluscum contagiosum	W27			
P77	Suizid/Suizidversuch	S96	Akne	W28			
P78	Neurasthenie	S97	Chronische Ulzeration Haut	W29			
P79	Phobie/Zwangsstörung	S98	Urtikaria	W70			
P80	Persönlichkeitsstörung	S99	Hautkrankheit, andere	W71			
P81	Hyperaktivität			W72			
P82	Posttraumatische Stressstörung			W73			
P85	Mentale Retardierung	PROZEDUREN-CODES		W75			
P86	Anorexia nervosa/Bulimie			W76			
P98	Psychose NNB, andere			W78			
P99	Psych. Störung/Erkrank., andere	SYMPTOME		W79			

Ausblick

Was wäre, wenn ...

... wir ein Pilotprojekt mit interessierten Allgemeinmediziner:innen starten, denen wir einen geeigneten Thesaurus zur Verfügung stellen, um ihnen das Codieren zu erleichtern?

... wir einen Decision Support über eine Website entwickeln, der über die Eingabe von ICPC-2-Codes die Weiterleitung zu Leitlinien, Scores, Guidelines ermöglicht und in jede Praxissoftware implementierbar ist?

... wir in Kooperation mit der Gesundheit Österreich GmbH und dem Hauptverband die Verwirklichung dieses Pilotprojektes vorantreiben und finanziert bekommen?

... wir in Zukunft durch die erhobenen Daten alle hausärztlichen Organisationsformen in Österreich vergleichen und so eine faktenbasierte Diskussion über Primärversorgung starten könnten?

Bisherige Entwicklungen in Österreich

Aktueller Stand: ICPC-2 wurde im Zuge der Zielsteuerung Gesundheit und zuletzt in der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens aus dem Jahr 2017 als Codierung für die Primärversorgung festgelegt. In allen österreichischen PVE wird verpflichtend mit ICPC-2 codiert. Die Historie von ICPC-2 reicht aber weiter zurück. Ende der 1990er-Jahre hat sich der Arzt und Softwareentwickler Dr. Wolfgang Edinger intensiv mit der systematischen Datenerfassung und Weiterentwicklung von Softwaresystemen für den hausärztlichen Bedarf auseinandergesetzt und mit bei diesem Projekt beteiligten Hausärzt:innen den Begriff des „indirekten Codierens“ geprägt.

Möchte man zum Beispiel die „chronische Niereninsuffizienz“ codieren, gibt man in das Textsuchfeld „chronie“ ein, und die Suchmaschine schlägt neben anderen Begriffen „U99 chronische Niereninsuffizienz“ vor. Der in der ICPC-2 bei U99 hinterlegte Begriff „Erkrankung Harnorgane, andere“ ist nicht für die Dokumentation in der Krankenakte geeignet, weil zu ungenau. Kollege Edinger hat diese Art des Codierens „indirektes Codieren“ genannt. Der für unsere Dokumentation notwendige genaue Begriff „U99 chronische Niereninsuffizienz“ ist somit nicht ident mit dem Begriff des Codes „U99 Erkrankung Harnorgane, andere“, der zur Datenerfassung nach außerhalb der Ordination verschickt wird. Diese Möglichkeit der Codierung ist von einem geeigneten Thesaurus abhängig. An der Erstellung eines solchen wird derzeit intensiv von Seiten der ÖGAM unter Einbindung der bereits codierenden PVE gearbeitet.

Blick über den Tellerrand

Seitens der ÖGAM haben wir uns besonders für das Schweizer FIRE-Projekt (Family Medicine Research Using Electronic Medical Records) interessiert, das seit 2009 läuft. Mit den wissenschaftlich verantwortlichen Kolleg:innen haben wir bereits Kontakt aufgenommen. Bei FIRE werden Daten aus den hausärztlichen Praxen erfasst und ausgewertet. 29 wissenschaftliche Arbeiten wurden bisher mit Hilfe dieser Daten vom Institut für Hausarztmedizin in Zürich publiziert. Ein ähnliches Projekt an einer Universität in Österreich zu etablieren ist vonseiten der ÖGAM angedacht.

Bekanntmachung: Das neue ÖGAM-Präsidium

Präsidentin	Susanne Rabady
1. Vizepräsident	Thomas Jungblut
Past-President	Christoph Dachs
Kassier	Peter Kowatsch
Stv. Kassier	Christoph Powondra
Schriftführung	Maria Wendler
Stv. Schriftführung	Benedikt Hofbaur
Referat Forschung und Lehre	Herbert Bachler
Referat Wissenstransfer	Stephanie Poggenburg
Referat Fortbildung und Wintertagung	Ursula Doring
Referat Mitgliedernetzung	Renate Hoffmann-Dorning

Hinweis: Auch im ÖGAM-News-Redaktionsteam gibt es Neuerungen

Teamleitung: Maria Wendler

Team: Cornelia Croy, Ronald Ecker, Reingard Glehr, Reinhold Glehr, Gustav Kamenski, Stephanie Poggenburg, Susanne Rabady

Für die Ärzte Krone: Birgit Schmidle-Loss