

Braucht es eine Codierung in der Allgemeinmedizin?

ICPC-2

könnte uns helfen, wertvolle Daten und Fakten zu liefern.

Ich kenne nach gut 13 Jahren den zeitweilig vorherrschenden Zeitdruck in der Hausarztpraxis, jeder zusätzliche Zeit- und Energieaufwand ist unerwünscht. Wieso verwende ich dennoch die ICPC2-Codierung in meinem Ordinationsalltag?

- Weil ich durch den Umstieg von der Einzelpraxis in ein PVZ im Oktober 2017 dazu verpflichtet wurde.
- aufgrund meiner persönlichen Motivation, die Leistungen unserer Hausarztmedizin darzustellen
- motivierte und motivierende Kollegen wie Dr. Christoph Powondra (PVZ Böheimkirchen, siehe Interview rechts) oder Dr. Helmut Dultinger (Hausarzt mit Gruppenpraxis in Hainfeld)

ICPC-2 (International Classification of Primary Care) wurde im Zuge der Zielsteuerung Gesundheit im Jahr 2017 als Codierung für die medizinische Primärversorgung festgelegt. Seit vielen Jahren arbeiten Mitglieder der WONCA unter Beteiligung von Vertreter:innen der ÖGAM an einer praxistauglichen Kodierung. ICPC-2 ist von der WHO anerkannt.

Die diagnoseorientierte ICD-10-Klassifizierung, die in den Krankenhäusern verwendet wird, ordnet mit hoher Genauigkeit jeder Erkrankung samt Untergruppen einen Code zu und füllt ein ganzes Buch. Die Codes und Begriffe von ICPC-2 finden auf einer Doppelseite Platz. Es werden nur Diagnosen mit einer Prävalenz über 1 berücksichtigt (Vorkommen in der Hausarztpraxis: „gelegentlich bis regelmäßig“). Die ca. 300 Diagnosen und ca. 100 Symptome wurden in 17 Kapitel nach Körperregionen (inklusive „sozialer Probleme“) und innerhalb der Regionen in verschiedene Erkrankungsgruppen (Symptome, Infektionen, Neubildungen, Verletzungen u. a.) inkl. Prozeduren-Codes eingeteilt. Gewünscht wäre eine episodienorientierte Dokumentation – vom Beratungsanlass (zumeist ein Symptom) bis zum Beratungsergebnis. Dies muss in der Primärversorgung keineswegs immer eine Diagnose darstellen.



Dr. Ronald Ecker

Arzt für Allgemein- und Sportmedizin, Marchtrenk
www.roneck-sportmed.at

ICPC-2 ist somit der Arbeitswelt der Hausärztin- und Hausarztmedizin besser angepasst und spiegelt unsere Realität besser wider als andere Klassifizierungen. Sie liefert zudem Daten für wissenschaftliche Studien oder kann als Feedback für die eigene Praxis bzw. z. B. als Grundlage für Diskussionen in Qualitätszirkeln herangezogen werden.

Letztendlich werden für den Erfolg dieses Projektes zwei Fragen für uns Hausärztinnen und Hausärzte entscheidend sein:

- Wie wird die Implementierung in die eigene Arztsoftware organisiert und finanziert?
- Wie funktioniert die Bereitstellung der Fachbegriffssammlung? Aus meiner Sicht ist der Thesaurus das entscheidende Werkzeug für die Praxis: man möchte einerseits rasch von einem Symptombegriff zu einer ICPC-2-Kodierung kommen, andererseits möchte man dadurch relativ spezifische Diagnosen oder Symptombeschreibungen stellen – für die Arbeit mit den eigenen Patient:innen in der eigenen Praxis. Außerdem möchte man etwas dazu beitragen, damit wir Allgemeinmediziner:innen unsere Leistung abbilden.

„Erst wenn wir Daten liefern, werden wir wahrgenommen.“

Dr. Christoph Powondra ist Allgemeinmediziner im PVZ Böheimkirchen und arbeitet an der österreichweiten Einführung eines einheitlichen und effizienten Codierungssystems in den Hausarztpraxen. Im Interview berichtet er über Stolpersteine und Visionen.

Interview: Ronald Ecker

Woher nimmst du die Motivation, das Projekt „Implementierung ICPC-2 in den Hausarztpraxen“ voranzutreiben?

Christoph Powondra: Meine Motivation, in das Projekt einzusteigen, war, eine Lösung für ein bestehendes Problem zu finden. Mir ist nach drei Jahren Arbeit mit der zweiseitigen ICPC-2-Tabelle klar geworden, dass man allein damit keine vergleichbaren oder verwertbaren Daten generieren kann. Medizinische Begriffe werden

nach eigenem Gutdünken einem scheinbar passenden Code zugeordnet, was dazu führt, dass gleiche Begriffe von PVE zu PVE unterschiedlich codiert werden. Um diesem Problem zu begegnen, muss man eine österreichweit gültige Wortschatzsammlung erzeugen, die von allen akzeptiert und verwendet wird. Außerdem ist es notwendig, den Softwarefirmen einen klaren Leitfaden zur Verfügung zu stellen, damit die Wortschatzsammlung – der „Thesaurus“ – für alle Anwender:in- ▶

SAVE THE DATE



29. Frühlingskongress 2023 „Notfälle in der Hausarztpraxis“

www.obgam.at

Wann?

11.3.2023

Wo?

**JKU MED CAMPUS 1,
4020 LINZ**





Dr. Christoph Powondra, Allgemeinmediziner im PVZ Böheimkirchen

nen optimal ausgenutzt und möglichst anwender:innenfreundlich in der Software präsentiert wird. Ich habe mich dieses Problems gemeinsam mit Helmut Dultinger, einem Kollegen aus Niederösterreich, und Harald Kornfeil aus Salzburg angenommen. Wir haben im vergangenen Jahr schon sehr viele Probleme auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnosecodierung lösen können.

„MEINE VISION IST EINE DIAGNOSECODIERUNG, DIE SUPERLEICHT ZU VERWENDEN UND SO STRUKTURIERT IST, DASS JEDE KOLLEGIN UND JEDER KOLLEGE DIE VORTEILE UNMITTELBAR IN DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENKARTEI BEMERKT.“

Dieses stetige Weiterkommen mit einem klaren Ziel vor Augen und die Freundschaft, die sich aus der Zusammenarbeit mit den beiden Kollegen entwickelt hat, sind derzeit meine größten Motivatoren.

Wieso können für Österreich nicht einfach Vorbild-Projekte aus benachbarten Ländern – z. B. das FIRE-Projekt in der Schweiz oder das Content-Projekt in Deutschland – übernommen werden?

Content läuft nicht mehr, aber FIRE ist tatsächlich ein Vorbild, dem wir durchaus nacheifern. Wir sind auch mit den Kollegen aus Zürich im Erfahrungs- und Arbeitsaustausch. 1 : 1 übernehmen lässt es sich nicht, dazu sind die Rahmenbedingungen in allen drei Ländern zu unterschiedlich.

Was sind für dich die größten Herausforderungen?

Die Codierung so einfach und treffsicher wie möglich zu

machen. Es darf nicht sein, dass wir in unserer Arbeit über Codes nachdenken müssen, das muss der Computer für uns erledigen. Wir suchen nur den geeigneten Begriff, der Computer hat den Code schon parat. Wir nennen das – nach Dr. Wolfgang Edinger – „indirektes Codieren“. Damit werden einerseits Ärztinnen und Ärzte in ihrer Arbeit nicht behindert und andererseits wird eine

sinnvolle Datenauswertung möglich. Das von uns identifizierte primäre Problem, das beide Punkte betrifft, ist die Inhomogenität der Datenbanken der vielen verschiedenen Softwarefirmen. Da hat jeder seine eigene spezielle Welt kreiert, die untereinander nicht zusammenpassen. Für eine etwaige Datenerfassung wie bei FIRE in der Schweiz braucht es eine definierte einheitliche Datenbe-

reitstellung aus den Praxisprogrammen. Dieses Fernziel ist derzeit zwar noch einigermaßen weit weg, aber auch da versuchen wir Lösungen zu finden.

Ein weiteres Argument für Diagnosecodierung ist für mich, dass ohne Codierung ein moderner Decision-Support – also eine computerunterstützte Entscheidungsfindung – nicht möglich ist.

Die Allgemeinmedizin wird immer komplexer, die Medizin als Wissenschaft immer umfangreicher. Ich glaube, dass zur optimalen Patient:innenversorgung mittlerweile eine IT-unterstützte Entscheidungshilfe unabdingbar ist.

Wir Hausärztinnen und Hausärzte müssen uns während der Arbeit an Patient:innen zunehmend mit aktueller Information ausstatten, um optimal versorgen und beraten zu können. Niemand kann dieses Wissen ständig parat haben. Je schneller und patient:innenspezifischer diese Informationen abrufbar sind, desto eher werden wir diese Informationsquellen zum Wohle unserer Patient:innen

nützen. Denn viel Zeit haben wir im Praxisalltag bekanntlich nicht.

Siehst du Möglichkeiten, wie solche Projekte zu finanzieren sind?

Möglichkeiten sehen wir, allerdings gibt es noch nichts Konkretes. Letztlich müssen alle Stakeholder verstehen, dass ohne diese Entwicklungsarbeit weder Versorgungsplanung oder -forschung noch eine zeitgemäße Patient:innenversorgung möglich ist. Weder Softwarefirmen noch Hausärztinnen und Hausärzte sind unmittelbare Nutznießer:innen. Profitieren werden Patient:innen, Versorgungsforschung und Planung, Bund und Länder – wenn man beispielsweise an Disease-Control denkt – und auch der Hauptverband der Krankenversicherungsträger. Dort werden zum Beispiel die als Text verfassten Krankenstand-Diagnosen händisch in IC10-Codes umgeschrieben. Letztgenannte Stakeholder sollten die Ausführenden, nämlich beteiligte Hausärztinnen und Hausärzte und Softwarefirmen zumindest finanziell schadlos halten und die laufenden Kosten übernehmen.

Wie kann man die Beteiligten – Allgemeinmediziner:innen und Softwarefirmen – motivieren, am Projekt teilzunehmen?

Wesentlich wird sein, dass wie gerade erwähnt keine fi-

nanzielle Belastung für Hausärztinnen und Hausärzte oder Softwarefirmen durch die Teilnahme an diesem Projekt entsteht. Im Gegenteil würden erfolgsabhängige finanzielle Anreize – zum Beispiel für konsequente Diagnosecodierung – eine positive Motivation darstellen. Wir Allgemeinmediziner:innen werden uns in der österreichischen Versorgungslandschaft mit Hilfe dieses Projekts auch besser präsentieren können. Erst wenn wir Daten liefern, werden wir auch wahrgenommen. Ich glaube, dieses Bewusstsein könnte auch für viele eine Motivation sein.

Wie sieht deine Vision in diesem Projekt aus?

Meine Vision ist eine Diagnosecodierung, die superleicht zu verwenden und so strukturiert ist, dass jede Kollegin und jeder Kollege die Vorteile unmittelbar in der elektronischen Patientenakte bemerkt – ein Decision-Support, der patient:innenspezifisch die wesentlichen Informationen aufbereitet, sinnvolle Warnungen gibt und uns mehr Zeit für unsere Patient:innen ermöglicht und letztlich die Möglichkeit zur zeitnahen Datenerfassung aus der Primärversorgung schafft, z. B. über Risikopatient:innen und Infektionsgeschehen, die wir in der COVID-19-Pandemie dringend gebraucht hätten.

Vielen Dank für das Gespräch! ■

20. ÖGAM-Wintertagung 2023 für Allgemeinmedizin 23



14.-20. Jänner 2023 • Zug/Lech a. A.
SAVE THE DATE!