

Konsensus zur Demenz

Demenzielle Erkrankungen werden in einer „alternenden“ Gesellschaft zu einer wachsenden Herausforderung für das Gesundheitssystem. In Österreich waren im Jahr 2000 etwa 90.500 ältere Menschen mit Demenz erfasst, im Jahr 2050 werden es bereits 233.800 Personen sein. Im Rahmen dieser Problematik haben die Hausärzte eine Schlüsselfunktion: Sie sind in der Regel die Ersten, die mit frühen Symptomen konfrontiert werden. „Angesichts der demographischen Entwicklung wird die Demenzfrüherkennung in der Allgemeinpraxis zur Notwendigkeit“, so Univ.-Prof. Dr. Anita Rieder vom Institut für Sozialmedizin Wien. ÖGAM-Präsident Dr. Erwin Rebhandl unterstreicht die Rolle des Allgemeinmediziners als Drehscheibe im Schnitt-

Erstmals fokussiert ein Konsensusstatement auf Strategien der Demenzfrüherkennung in der hausärztlichen Praxis

stellenmanagement der Demenzbetreuung.

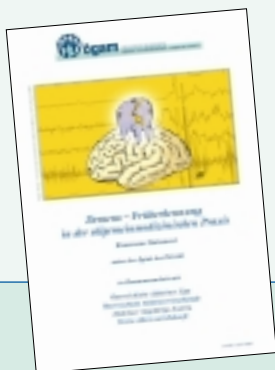
Einfache Filteruntersuchung

Obwohl Frühformen der Alzheimer-Demenz und anderer Demenzen durch den Einsatz relativ einfacher Testverfahren mit hoher Zuverlässigkeit erfasst werden können, wird nur bei einem Bruchteil der Betroffenen tatsächlich eine frühe Diagnose gestellt. Dies führt dazu, dass z.B. nur 15–18% der Alzheimer-Patienten entsprechend therapiert werden. Selbst bei gestellter Diagnose ist die Therapie oft mangelhaft. Der vorliegende Konsensus präsentiert Möglichkeiten einer schnellen Filteruntersuchung für die hausärztliche Praxis und stellt den aktuellen Wissensstand hinsichtlich Abklärung, Therapie und Langzeitbetreuung dar.

Benefit für Patienten und Familien

Eine optimale Behandlung für Demenzpatienten erfordert einen multimodalen Ansatz, der medikamentöse

Therapien, psychologische und psychosoziale Interventionen sowie die Bereitstellung entsprechender Versorgungsstrukturen umfasst. Obwohl noch keine Heilung primär degenerativer Demenzen möglich ist, kann die Lebensqualität der Patienten, ihrer Familien und Betreuungspersonen wesentlich verbessert werden. Eine erhöhte Wachsamkeit hinsichtlich Vorstufen und Frühformen der Demenz ist Voraussetzung für eine verbesserte Früherkennung.



Demenzfrüherkennung in der allgemeinmedizinischen Praxis. Konsensusstatement unter der Ägide der ÖGAM. Update Europe, Internationale Zeitschrift für ärztliche Fortbildung Nr. 42/2004. Als Download erhältlich unter www.oegam.at, Rubrik Information und Wissenschaft, Konsensusstatements

Veranstaltungen

➤ **3., 10., 17. März 2005, jeweils 18.30–21.30 Uhr**

SchmerzCurriculum Wien

Moderation: Dr. Martina Malus

3. März 2005: Modul I

„Grundlagen der Schmerztherapie“

10. März 2005: Modul II

„Diagnostik und Therapie von chronischen Schmerzen“

17. März 2005: Modul III

„Diagnostik und Therapie von akuten Schmerzen“

Ort: ARCOTEL Hotel Wimberger, Neubaugürtel 34–36, 1070 Wien

Anmeldung:

Wiener Medizinische Akademie, Fr. Mag. Hedwig Schulz
Alser Straße 4, 1090 Wien, Tel. +43 (1) 405 13 83-23
Fax +43 (1) 405 13 83-10, E-Mail h.schulz@medacad.org

➤ **7. März 2005**

DFP-Fortbildung – ÖBGM

Das Arbeiten mit EBM-Leitlinien in der Praxis – Seminar

Ort: Ärztekammer für OÖ, 4010 Linz, Dinghoferstraße 4

Keine Teilnahmegebühr

Anmeldung:

ÖBGM-Sekretariat, Fr. Erika Suchy, 4460 Losenstein, Meissenedt 14
Tel. 07255/65 15, Fax 07255/42 05, E-Mail obgam@netway.at

Klassifizierung und Codierung in der Allgemeinmedizin

Klassifizierung wird unvermeidlich

Alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen, damit auch die Allgemeinmediziner, werden zunehmend mit Klassifikations- und Codierungsfragen konfrontiert. Codes sind Bestandteil des Arztbriefs geworden, der Zeitaufwand für Codierungsarbeit ist Teil der Kritik an der ärztlichen Ausbildung in den Spitälern. Auf der einen Seite wird dabei Klassifizierung/Codierung als mühsam, zeitaufwendig und unvergütet erlebt, auf der anderen Seite ist der Bedarf an Erfassung relevanter Daten für wissenschaftliche und gesundheitsökonomische Zwecke unbestreitbar.

Die Art und Weise, wie medizinische Daten im Grundversorgungsbereich gesammelt werden, war Thema bei der 4. Österreichischen Wintertagung für Allgemeinmedizin im Jänner 2005. Prof. Niels Bentzen, Vorsitzender des internationalen Klassifikationskomitees der WONCA (World Organisation of Family Doctors), referierte über die Problematik der Klassifizierung/Codierung in der Allgemeinmedizin.

Codierung als gemeinsame Sprache

Um die große Menge gesundheitsrelevanter Daten für die Steuerung im Gesundheitssystem nutzen zu können, bedarf es einer strukturierten Reduktion der Daten auf Codes, die von allen Beteiligten auf die gleiche Wei-

se interpretiert werden. Diese Codes sind Teil einer gemeinsamen Sprache, die eine plausible Deutung und Vergleichbarkeit von Daten national und international erlaubt. Klassifikationen sind die Wörterbücher dieser gemeinsamen Sprache. Information über die Alltagsarbeit wird innerhalb eines überschaubaren Rasters in Gruppen geordnet. Entscheidend für die Qualität einer Klassifizierung/Codierung ist eine konzeptionelle Grundlage, die der darzustellenden Wirklichkeit möglichst gut entspricht.

Es gibt keine für alle Zielsetzungen geeignete, ideale Klassifikation, deshalb wurden auch immer wieder Anstrengungen für die Entwicklung neuer Konzepte unternommen und bestehende, etablierte Systeme einer ständigen Revision unterworfen.

Klassifikation unter den besonderen Bedingungen der Allgemeinpraxis

Für die Allgemeinmedizin gilt, dass die Gründe für Beratung und Behandlung inklusive sozialer und administrativer Aspekte darstellbar sein sollen. Weiters soll die Klassifikation auch die Zuordnung „unscharfer“ Symptome und Befunde (wie Husten, Müdigkeit) erlauben, die bei der Grundversorgung in ca. 30% der Beratungen auch als Ergebnis bleiben. Ihre Überführung in wissenschaftlich eindeutige Diagnosen zum Zweck einer exakten Dokumentation würde einen

erheblichen ökonomischen und patientenrechtlich nicht vertretbaren Aufwand bedeuten bzw. zu unexakten Verlegenheitsdiagnosen führen.

Für die Ziele der Steuerung im Gesundheitswesen haben sich zwei internationale Werkzeuge etabliert: einerseits die ICD-10, die Internationale Klassifikation der Krankheiten, von der WHO betreut, andererseits die ICPC-2, die Internationale Klassifikation der medizinischen Grundversorgung, betreut von der WONCA.

Die ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) wurde seit Anfang des 20. Jahrhunderts zur statistischen Erfassung von Todesursachen entwickelt und inzwischen zur detaillierten Klassifikation aller bekannten Krankheiten weitergeführt. Sie enthält 13.000 Diagnosen und 600 Symptome. Ihre Bedeutung liegt in der großen Spezifität und Endpunktorientierung. Sie liegt derzeit in ihrer 10. Revision vor.



Prof. Niels Bentzen

Für die Allgemeinmedizin ist die ICD einerseits zu spezifiziert, andererseits nicht genügend umfassend, da viele Beratungsanlässe nicht nur in Diagnosen und Symptomen ausdrückbar sind.

Aus diesem Unbehagen über die bisherigen Klassifikationen hat die WONCA Arbeitsgruppen mit der Klassifizierungsproblematik befasst und die Ergebnisse in mehreren Ländern in Feldversuchen getestet. 1987 wurde von Lamberts und Wood die erste Version der ICPC (International Classification of Primary Care) vorgelegt, die seither von einer internationalen Arbeitsgruppe der WONCA überarbeitet wird und in Form des ICPC-2 als Buch bzw. elektronisch vorliegt.

Definitionen

Dokumentation:

Aufzeichnungen über Beratungsanlass, Diagnostik, Behandlung und deren Ergebnisse.

Codierung:

Regelentsprechende Zuordnung von Inhalten einer Klassifikation zu Buchstaben und Nummern zur Informationsweitergabe oder für statistische Zwecke.

Klassifikation:

1. Zuordnung von Begriffen zu einem System nach einheitlichen methodischen Prinzipien.
2. System, das durch Gruppierung von Begriffen nach verwandten Merkmalen entsteht.
3. Im betreffenden Fachbereich akzeptierte Wissensordnung.

Beispiel ICPC-2

Soziale Probleme:

- Z01 Armut/finanzielle Probleme
- Z02 Probleme mit Ernährung/Wasser
- Z03 Wohnungs-/Nachbarschaftsprobleme
- Z04 Soziokulturelle Probleme
- Z05 Probleme am Arbeitsplatz
- Z06 Problem mit Arbeitslosigkeit
- Z07 Ausbildungsproblem
- Z08 Problem mit Sozialleistungen
- Z09 Rechtliches Problem
- Z10 Problem mit Gesundheitssystem
- Z11 Problem mit Compliance/Kranksein
- Z12 Partnerschaftsproblem
- Z13 Verhaltensproblem des Partners
- Z14 Problem mit Erkrankung des Partners
- Z15 Problem mit Verlust/Tod des Partners
- Z16 Beziehungsproblem mit Kind
- Z18 Problem mit Erkrankung des Kindes
- Z19 Problem mit Verlust/Tod des Partners
- Z20 Beziehungsproblem mit Elternteil/Familie
- Z21 Verhaltensproblem mit Elternteil/Familie
- Z22 Problem mit Erkrankung Elternteil/Familie
- Z23 Problem mit Verlust/Tod Elternteil/Familie
- Z24 Beziehungsproblem mit Freund
- Z25 Problem mit häuslicher Gewalt
- Z27 Angst vor sozialen Problemen
- Z28 Funktionseinschränkung/Behinderung (z)

Die Internationale Klassifikation der Grundversorgung ICPC-2

Drei Elemente der medizinischen Betreuung werden klassifiziert:

1. die Gründe für die Kontakte von Kranken und Gesunden mit den Leistungserbringern
2. Diagnosen bzw. medizinische Probleme
3. Maßnahmen

Die Dokumentation ist epidenorientiert unter Einschluss der diagnostischen, therapeutischen und administrativen Maßnahmen möglich. Die Episode kann über mehrere Konsultationen hinsichtlich Beratungsanlass, Maßnahmen und Ergebnis dargestellt werden. Die ICPC-2 basiert auf ca. 600 Diagnosen und 100 Symptomen. Eine Transformation in ICD-10-Codes ist möglich. Eine

Abstimmung mit dem ATC-System (Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem) ist bereits erfolgt (liegt für die ICD nicht vor). Die ICPC-2 ist derzeit in Dänemark, Norwegen, den Niederlanden, Portugal und Australien in der Grundversorgung obligatorisch in Verwendung und von der WHO als Klassifikation für die Grundversorgung anerkannt.

Die ICPC ist streng zweiachsig aufgebaut: Die Hauptachse ist nach Organsystemen gegliedert und enthält 17 mit Buchstaben gekennzeichnete Kapitel:

- A:** Allgemeines und Unspezifisches
- B:** Blut, blutbildende Organe und Lymphsystem ...
- Y:** Männliche Geschlechtsorgane
- Z:** Soziale Probleme

Die zweite Achse enthält sieben Komponenten mit ihren zweistelligen numeri-

schen Codes. Dabei sind die Komponenten 2 bis 6 (Codes 30 bis 69) für alle Kapitel gleich:

2. Diagnostische und präventive Maßnahmen
3. Medikation, Behandlung und therapeutische Maßnahmen
4. Resultate
5. Administrative Maßnahmen
6. Überweisungen und andere Gründe für den Arztbesuch

Die Komponenten 1. „Symptome und Beschwerden“ und 7. „Diagnosen und Krankheiten“ wurden von der RVC (Reason for Visit Classification for Ambulatory Care, USA 1979) und von der ICD-9 abgeleitet. Sie sind in jedem Kapitel in ätiologisch begründeter Reihenfolge angeordnet, was die Übersichtlichkeit und Auffindung der Inhalte erleichtert.

Chancen und Probleme

Prof. Niels Bentzen betonte, dass die Art und Weise, wie die Beratungsanlässe, Gesundheitsprobleme und Krankheiten beschrieben werden, auch die Arbeitsmethode in der Grundversorgung widerspiegeln. Ein Klassifikationssystem für die Allgemeinmedizin sollte deshalb möglichst umfassend und nicht nur krankheitsspezifisch sein, ein zu codierendes Problem sollte weiters auch möglichst nur einmal im Klassifizierungssystem vorkommen.

Ein Codierungssystem kann nicht alle Anforderungen der notwendigen Dokumentation abdecken. Es kann aber eine Strukturierung und Vereinheitlichung eines Teils der medizinischen Dokumentation gewährleisten und somit Datenbasis für eine statistische Auswertung werden.

Prof. Niels Bentzen warf auch Fragen zu den gesundheitspolitischen Konsequenzen der Klassifizierungs-/Codierungsproblematik auf: Wer strukturiert die medizinischen Daten im Gesundheitswesen? Wem obliegt die Datenkontrolle? Wer hat die Interpretationshoheit?

Geht es doch um die Grundlagen zur Steuerung des Gesundheitssystems, um die Ressourcenverteilung, um die Anerkennung, was Leistung ist, was keine, was qualitativ ist und was nicht. Es geht aber auch um juristische Konsequenzen, insbesondere um die Erkenntnistiefe zum Zeitpunkt der Codierung, nicht zuletzt aber auch um das Selbstverständnis im Arbeitsalltag.

Zusammenfassung

Codierungssysteme werden auch in der Allgemeinmedizin verbindlich werden. Entscheidend ist, dass es sich bei der verwendeten Klassifizierung um ein die Wirklichkeit der Grundversorgung widerspiegelndes System handelt, das Daten liefert, die auch für die Verbesserung der Qualität der allgemeinen medizinischen Alltagsarbeit verwendet werden können.

Dr. Reinhold Glehr

8230 Hartberg, QS-Referent Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Literatur:

- ¹ Okkes IM, Lambers H. Classification and the domain of family practice. In: Jones R, Britten R, Culpepper L et al, editors. Oxford Textbook of Primary Medical Care, Volume 1. Oxford: Oxford University Press, 2004: 139-53.
- ² WONCA Internationale Classification Committee (Hrsg): Internationale Klassifizierung der medizinischen Primärversorgung ICPC-2, Ein Codierungssystem der Allgemeinmedizin übersetzt aus dem englischsprachigen Original: Mally, Tönies, Zehnder, Fischer, Glehr, Springer 1998
- ³ Schneider, Gantner, Maag, Borst, Wensing, Szecsenyi: Are ICD-10 codes appropriate for performance assessment in asthma and COPD in general practice? Results of a cross sectional observational study. BMC Health Services Research 2005, 5: 11

Im Rahmen des Frühlingskongresses der ÖBGM zum Thema „Die Haut“ wurde die Ulcustherapie in Vorträgen und Seminaren ausführlich behandelt. Im Qualitätszirkel Rohrbach fand darauf unter der Moderation von Dr. Franz Burghuber ein Kooperationsgespräch unter Hautfachärzten, Allgemeinmedizinern und Hauskrankenenschwestern statt.

Wechsel synthetischer Wundverbände

2–3 cm gesunde Haut mit bedecken, belassen, bis gelbbraunes Exsudat ausfließt – übermäßiges Exsudat abpunktieren, Verbandwechsel

Qualitätszirkel „Ulcus cruris“

anfangs alle 1–2 Tage, später nach 7 Tagen.

Zusammenfassung

- Nicht alle Ulzera heilen!
- Débridement von nekrotischem Gewebe
- kein Puder, keine Alginat- oder Enzyme auf trockenen Wunden
- keine lokal irritierenden o. sensibilisierenden Substanzen

- Verzicht auf topische Aminoglykosidantibiotika

- keine topischen Kortikosteroide auf Wundflächen

- keine „Hausmittel“

- Vermeidung von Wärmeapplikation auf Wunden

- Behandlung von klinisch manifesten Wundinfektionen mit systemischen Antibiotika

- Beseitigung von zugrunde liegenden Basisschäden – Behandlung relevanter Begleiterkrankungen

- Anlage von Kompressionsverbänden mit Kurzzugbandagen bei venösen Ulzera

- Behandlung einer umgebenden Dermatitis

- Verwendung von okklusiven synthetischen Verbandmaterialien

Übersicht synthetische Wundverbände

		Vorteil	Nachteil	Verwendung	
Folien	dünnere semipermeabler Polyurethanfilm	transparent, selbstklebend, semipermeabel	keine Saugkraft	oberflächliche Wunden mit geringer Sekretion, 2–7 Tage	u.a. OpSite, Tegaderm, Cutifilm, Biocclusive
Alginat	Kalziumalginatfasern, Kompresse, Tamponade	hämostatisch, hohe Saugkraft, Gelbbildung	austrocknend, Sekundärverband	mäßige bis starke Sekretion, 1(–7) Tage	u.a. Kaltostat, Algosteril, Sorbsan, Sorbalgon
Hydrofaser	Ketten aus 100% Na-Carboxymethylcellulose	hohe Saugwirkung und Resorption (nur vertikal!), Gelbbildung	Sekundärverband	starke Sekretion, tiefe oder oberflächliche Wunden, Wundhöhlen, 1–7 Tage	Aquacel
Hydrogel	hydrophiles Polymergerüst, z.B. Na-Carboxymethylcellulose + H ₂ O	semitransparent, kühlend	geringe Saugkraft, nicht haftend, schlechte Bakteriensperre	Aufweichen trockener Nekrosen mit Alginaten oder Hydrofaser, 1–7 Tage	NUGel, Varihesive Hydrogel, Intra site Gel
Hydrokolloid = Hydro-polymer	semipermeable Polyurethanoberfläche + hydrophile, kolloidale Partikel	selbsthaftend, saugkräftig, wasserfest, flexibel	kaum durchsichtig, darunter gelbbraune Flüssigkeit	mäßige Sekretion, v.a. Stadium der Granulation, Epithelschutz bei strapazierter Haut, Blasenpflaster, 2–7 Tage	Varihesive extradünn, Comfeel, Cutinova hydro, Tielle, ev. mit Flammazine
Schaumstoffe	Polyurethanschaumstoffplatte mit variabler Dicke, Porengröße und Struktur	saugkräftig, granulationsfördernd, Polsterwirkung	undurchsichtig, austrocknend, schmerzhaft	tiefe Ulzera, Sekundärverband, 1–7 Tage	Allewyn, Tielle, Cutinova plus, Ligasano, Epigard
Wundverband mit Silberionen		Barriere gegen MRSA, Schutz vor Reinfektionen			Aquacel Ag, Acticoat
Aktivkohlegewirke				infizierte, übel riechende, blutende Wunden	Actisorb plus, Carboflex
Wundabdeckung	Paraffingittertüll, Silikongittertüll			Hauttransplantate, Verbrennungen, 3–5 Tage	Jelonet, Mepitel
Vakuumtherapie	verhaftender, grobporiger Polyurethanschaumstoff, Drainageschlauch in Wunde, Abschluss mit luftdichter Klebefolie	Aktivierung der Wundheilung, Infektverminderung		Ulcus cruris und Dekubitus, stark infizierte, tiefe Wunden	



Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin.

Das Redaktionsteam:

Dr. Erwin Rebhandl
Dr. Reinhold Glehr
Dr. Bernhard Fürthauer
Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier
Dr. Susanne Rabady

ÖGAM-Mitglieder wissen mehr!

Sie haben hohe Qualitätsansprüche und schätzen umfangreiche Information?

Zur ÖGAM-Mitgliedschaft kommen Sie unter www.oegam.at

Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat
Frau Erika Suchy
Tel. 07255 6515
Fax 07255 4205
E-Mail oegam@netway.at