

Dokumentation und Kodierung in der Hausarztpraxis – ein Lösungsvorschlag nach Wegfall der neuen Kodierrichtlinien

Documentation and Coding in Family Medicine – a Proposal for Solution

Thomas Kühlein¹, Thomas Maibaum², Jochen Gensichen³, Peter Engeser¹

Zusammenfassung: Ärztliche Dokumentation dient in erster Linie dem Management der klinischen Versorgung individueller Patienten. Kodierung ist dafür nicht zwingend notwendig. Medizinische Klassifikationen dienen dagegen der Datengewinnung mit dem Ziel der statistischen Beschreibung von Patientengruppen für bürokratische, organisatorische oder wissenschaftliche Zwecke. Eine medizinische Klassifikation sollte sowohl für das Feld, das sie beschreibt, als auch für den Anwendungszweck der entstehenden Daten spezifisch sein. Klassifikation ist unvermeidlich Reduktion von Information. Die Detailgenauigkeit einer Klassifikation genügt nicht den Ansprüchen an die Dokumentation der Versorgung individueller Patienten. Ein Thesaurus ermöglicht gleichzeitig individuelle Dokumentation und Klassifikation. Ursprünglich erfolgte das ärztliche Kodieren zur Abrechnungskontrolle. Inzwischen sollte es zusätzlich einem morbiditätsgewichteten Lastenausgleich zwischen den Krankenkassen dienen. Die Morbidität sollte hierfür über Diagnoseklassen der ICD-10 gemessen werden. Im hausärztlichen Bereich lässt sich Morbidität jedoch in weiten Teilen besser über das subjektive Leiden der Patienten, als über definierte Krankheitskonzepte beschreiben. Dafür ist die Erfassung von Beratungsanlässen über eine dafür geeignete Klassifikation, wie die International Classification of Primary Care (ICPC), notwendig. Als Kodierhilfe wäre eine „Übersetzung“ der ICPC in die ICD, wie sie im Rahmen der neuen ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und einigen Hausärzten angestrebt wurde, nicht zielführend. Die entstandene Liste wird immer wieder als Thesaurus bezeichnet. Dies ist sachlich nicht richtig. Die Einführung der AKR wurde inzwischen fallen gelassen. Ein spezifischer Hausarztthesaurus, der für beide Klassifikationen kodiert, wäre dennoch eine notwendige Hilfe für ein sinnvolles Verschlüsseln in der Hausarztpraxis. Ein solcher Thesaurus liegt bereits in anderen Sprachen vor. Er müsste nur übersetzt und auf seine Praxistauglichkeit geprüft werden.

Schlüsselwörter: Klassifikationen; Dokumentation; Beratungsanlass; Hausarzt

Summary: Medical documentation primarily serves the management of clinical care of individual patients. Coding is not categorically necessary for this purpose. In contrast, medical classifications like the International Classification of Diseases (ICD) are intended for generating data to describe groups of patients for administrative, managerial or scientific purposes. A medical classification should be specific for the field it describes as well as for the applied use of the emerging data. To classify means inevitably to reduce information. The granularity of a classification does not meet the requirements of documentation for individual patients. A thesaurus makes individual documentation and classification possible at the same time. In Germany coding in medicine was introduced to control reimbursement. Now the aim was to use the data for balancing differing morbidity loads between health care insurances. Accordingly, morbidity can be quantified via the diagnostic rubrics of ICD-10. However, morbidity in family medicine might be better described by the suffering of patients (illness) than by defined disease concepts. Coding of reasons for encounter with an adequate classification like the International Classification of Primary Care (ICPC-2) is mandatory for this. The federal reimbursement agency and some family practitioners proposed a “translation” of ICPC-codes to ICD codes as an aid within the new German ambulatory coding directives. However, this seems unrewarding. Instead, a specific thesaurus coding for both classifications would be a better solution. Such a thesaurus is available in some other languages. It should be translated and tested for feasibility in the German setting.

Keywords: Classifications; Documentation; Reason for Encounter; Family Practitioner

¹ Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

² Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät der Universität Rostock

³ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena

Peer reviewed article eingereicht: 06.07.2011, akzeptiert: 31.08.2011

DOI 10.3238/zfa.2011.0400

Objekt (Gegenstand): Ein beliebiger Ausschnitt aus der wahrnehmbaren oder vorstellbaren Welt. Objekte können materiell, immateriell oder imaginär sein. Jedes Objekt weist eine Menge von Eigenschaften auf, durch die es sich von anderen Objekten unterscheidet oder in denen es mit ihnen übereinstimmt.

Begriff: Abstrakte Denkeinheit, die auf den gemeinsamen Eigenschaften einer Menge von Objekten beruht.

Bezeichnung: Da ein Begriff eine Denkeinheit ist, muss er extern repräsentiert werden, und zwar durch eine Bezeichnung. Eine Bezeichnung kann ein Symbol sein (z.B. beliebige Kombination aus Buchstaben und Zahlen) oder Ausdruck einer bestimmten Sprache.

Dokumentation: Methoden und Tätigkeit des Sammelns, Erschließens, Ordners, Aufbewahrens und gezielten Wiederfindens von Informationen zu spezifischen Frage- oder Aufgabenstellungen.

Medizinische Dokumentation: Dokumentation klinischer Beobachtungen (einschließlich Messung und diagnostische Bilder), Bewertungen und Anordnungen, üblicherweise auf den Patienten bzw. den Behandlungsfall bezogen.

Dokumentationssprache: Eine formalisierte Sprache, die der Beschreibung von Objekten und Sachverhalten mit dem Zweck des Speicherns und Wiederfindens dient.

Begriffssystem (Ontologie): Eine Menge von Begriffen, die entsprechend der zwischen ihnen bestehenden Beziehungen geordnet sind. Ein Begriffssystem ist die Grundlage jedes Ordnungssystem.

Ordnungssystem: Dokumentationssprache, die auf einer Begriffsordnung basiert. Klassifikationen und Nomenklaturen sind Beispiele für Ordnungssysteme.

Klassifikation: Ein Ordnungssystem, das auf dem Prinzip der Klassenbildung beruht. In einer Klasse werden alle Begriffe zusammengefasst, zwischen denen bei der Auswertung der Dokumentation nicht unterschieden werden soll.

Klassenbildendes Merkmal (Klassenm): Ist das gemeinsame Merkmal (oder eine gemeinsame Merkmalskombination), welches die Zugehörigkeit von Begriffen zu einer bestimmten Klasse einer Klassifikation bestimmt und sie von den Elementen aller anderen Klassen unterscheidet.

Klassieren: (oft unpräzise klassifizieren genannt) Zuordnung eines Objektes zu genau einer Klasse einer Klassifikation

Nomenklatur: Eine systematische Zusammenstellung von Bezeichnungen, die für eine Dokumentationsaufgabe zugelassen sind. Eine Nomenklatur ist ein Ordnungssystem.

Terminologie (Fachwortschatz): Eine geordnete Zusammenstellung der Benennungen eines Fachgebiets, zusammen mit Definitionen der Begriffe, welche sie benennen.

Thesaurus: Eine Kombination aus einem Begriffssystem und einer Terminologie in einem bestimmten Dokumentationsgebiet, ergänzt durch zusätzliche terminologische Information wie Synonyme und Quasi-Synonyme oder auch die Angabe der semantischen „Nähe“ zu benachbarten Begriffen.

Alle Definitionen verkürzt, aber nahezu wörtlich nach Leiner F, Gaus W, Haux R, Knaup-Gregory P, Pfeiffer K-P. *medizinische Dokumentation – Lehrbuch und Leitfaden*. 5. Auflage. Schattauer, Stuttgart 2006.

Krankheiten: Sind Abstraktionen, begriffliche Einheiten, die einem konkreten Zweck dienen. Krankheiten werden als Entitäten mit jeweils einem eindeutigen Grund und einer eindeutigen zugrunde liegenden strukturellen, biochemischen oder genetischen Abweichung verstanden. Krankheiten existieren jedoch nicht für sich in der konkreten Wirklichkeit und können daher auch nicht unabhängig behandelt werden. Klinisch tätige Ärzte können nur kranke Menschen behandeln.

Cassell EJ. *The nature of suffering and the goals of medicine*. 2nd Ed. Oxford University Press. New York 2004, S.98 u. S.76

Beratungsursache oder Beratungsanlass: Dies beinhaltet das Anliegen, die Beschwerden des Patienten, wenn er den Arzt aufsucht.

Beratungsergebnis: Dies stellt nach ärztlicher Konsultation die „Übersetzung“ des Beratungsanlasses in eine (vorläufige) Arbeitshypothese oder Diagnose dar.

Übertragen aus der Terminologie von R.N. Braun. Braun RN, Mader FH: *Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin*, 4. Aufl. Springer, Berlin/Heidelberg 2003

Statt der meist üblichen defensiven Haltung und dem Warten auf neue administrative Vorgaben wollen wir hier einen praktikablen Lösungsweg für ein besseres Kodieren in der Hausarztpraxis zur Diskussion stellen. Im Zuge des Streits um die AKR wurden verschiedene grundsätzliche Missverständnisse zum Thema „Kodierung und Dokumentation“ sichtbar. Nachdem in Praxistests die Umsetzung der AKR in der fachlichen Breite der Allgemeinmedizin als unzumutbar empfunden wurde, suchte man nach Lösungen in Anlehnung an die International Classification of Primary Care (ICPC). Eine aktuelle Fragebogenstudie kam zu dem Befund, dass sich Hausärzte eine „zeitsparende und einheitliche Kodierung mit ICPC-Oberfläche“ wünschen [1]. Hinter der ICPC-Oberfläche sollen jedoch zusätzlich ICD-10 Codes liegen. Dazu wurde „ein möglichst eindeutiges ‚Mapping‘, also eine Übersetzung in beide Richtungen der jeweils besten Kodierungszuordnungen“, gefordert [1]. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) strebte eine ähnliche Lösung an. Diese Kodierhilfen für Hausärzte scheinen jedoch nicht zielführend. Ein großer Teil der Schwierigkeiten ergibt sich aus einer unscharfen und oft auch falschen Verwendung der entsprechenden Terminologie. Da mit den Begriffen der Dokumentations- und Klassifikationstheorie freimütig umgegangen wird, sollen ihre Definitionen hier wenigstens kurz angeführt sein (siehe Glossar in Abbildung 1).

Nachdem diese Definitionen zwar eine Ahnung von der Komplexität der dahinter liegenden Begriffe geben können, jedoch wenig hilfreich scheinen, soll im Folgenden versucht werden, wenigstens die wichtigsten von ihnen zu klären, und daraus folgend, einen Ausweg im verworrenen Streit um die AKR zu entwickeln.

Die Verwechslung von Dokumentation, Kodierung und Klassierung

Seit Hippokrates und vermutlich schon früher haben Ärzte ihre Arbeit dokumentiert [2]. Unter Dokumentation versteht man ganz allgemein die Nutzbarmachung von Informationen zu ihrer weiteren Verwendung [3, 4]. Dokumen-

Abbildung 1 Glossar.

Hintergrund

Am 1.1.2011 sollten die neuen ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) in Kraft treten. Sie lösten eine heftige Debatte aus. Ihre Einführung wurde inzwischen

auf Bundesebene gänzlich fallen gelassen. Damit ist aber die Frage der Kodierung nicht vom Tisch. Auch weiterhin wird sich die Frage stellen, wie ein sinnvolles und gleichzeitig effizientes Kodieren in der Hausarztpraxis möglich ist.

tation kann verschiedenen Zwecken dienen:

1. als Erinnerungshilfe für den Arzt,
2. der Mitteilung an andere Ärzte und
3. der juristischen Absicherung des Arztes.

Es gibt aber noch weitere Zwecke ärztlicher Aufzeichnungen, wie zum Beispiel:

1. die Rechtfertigung gegenüber Kostenträgern,
2. ihre Verwendung für einen Lastenausgleich zwischen den Krankenkassen und damit im besten Falle zu einer gerechteren Verteilung der Versicherungsgelder,
3. ihre Nutzung für ein praxisinternes, klinisches Qualitätsmanagement und
4. ihre wissenschaftliche Nutzung zur Beantwortung von Fragen der Versorgungsforschung, der Gesundheitsberichterstattung oder anderer Forschungszweige.

Für die ersten drei Zwecke (Erinnerungshilfe, Mitteilung, Absicherung) wird von individuellen Ärzten die klinische Versorgung individueller Patienten beschrieben. Dies ist der primäre Sinn ärztlicher Aufzeichnungen [5, 6]. Dabei bedienen sich Ärzte einer Fachsprache [7]. Hinter jeder Bezeichnung dieser Fachsprache steckt ein mehr oder weniger klarer Begriff [8]. Über eine Bezeichnung erfolgt eine Zuordnung der individuellen Art der Beschwerden eines Patienten zu diesem Begriff. Obwohl das Krankheitsbild des individuellen Patienten nur mehr oder weniger der Definition des Krankheitsbegriffs nahekommt [9], wird leicht anschließend so getan als leide der Patient an dem, was der Begriff definiert. Der Arzt entindividualisiert dadurch das Leiden des Patienten [10]. Die Anzahl der Begriffe und Bezeichnungen der ärztlichen Fachsprache ist sehr groß. Die hinter den Bezeichnungen liegenden Begriffe sind aber häufig schlecht definiert und wandeln sich über die Zeiten [11, 12, 13, 14]. Selbst gut definierte Begriffe werden jedoch oft ungenau oder falsch verwendet [15]. Auch passen die im spezialistischen Bereich entstandenen Krankheitsbegriffe oft schlecht zu den im hausärztlichen Bereich gesehenen Krankheitsbildern. Der „typische Fall“ beschreibt häufig ein weit fortgeschrittenes Krankheitsbild, wie es im haus-

ärztlichen Bereich eher selten ist. Solange die Dokumentation der Erinnerungshilfe des individuellen Arztes für einen individuellen Patienten dient, ist das alles nicht problematisch. Schon bei der Mitteilung an andere Ärzte wird es schwierig.

Dokumentation dient in der Medizin zunächst der Beschreibung des Leidens und der Versorgung individueller Patienten zum Zweck der Erinnerung, Mitteilung und juristischen Absicherung. Sie dient der Steuerung der Versorgung einzelner Patienten. Dokumentation braucht Struktur um Information wieder zu finden. Klassierung ist hierfür nicht zwingend notwendig.

Kodierung dient in der Medizin der Erzeugung maschinenlesbarer Daten zur statistischen Beschreibung geeigneter medizinischer Bereiche für bestimmte Zwecke. Dafür ist eine Klassierung (oft unpräzise Klassifizierung genannt), also eine Zusammenfassung individueller Einträge zu Klassen, notwendig. Ein individueller Befund wird in der Fachsprache dokumentiert und dann einer bestimmten Klasse zugeordnet, zu der ein entsprechender Kode gehört. Klassierung stellt somit immer eine Vergrößerung der Information dar. Ein Kode lässt sich aus dem Befund, ein Befund aber nicht exakt aus dem Kode ableiten [6]. Zwischen den Klassen bestehen semantische Beziehungen (z.B. x ist Teil von y).

Die weltweit am häufigsten genutzte Diagnosenklassifikation ist die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10). Mit der speziell für den hausärztlichen Bereich entwickelten International Classification of Primary Care (aktuell ICPC-2) lassen sich jedoch neben den Diagnosen auch Beratungsanlässe und Prozeduren klassieren. Beide Klassifikationen sind Mitglieder der „Familie internationaler Klassifikationen“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO-FIC). Die Kodes der ICD-10 stehen über ein offizielles, sogenanntes „Mapping“ mit den Kodes der ICPC-2 in Verbindung. Ein „Mapping“ (wörtlich Kartierung) ist keine Übersetzung, sondern zieht Verbindungslinien analog der Verbindung zweier Punkte auf einer Landkarte. Die begriffliche Detailgenauigkeit der ICPC zur Beschrei-

bung der Beratungsergebnisse ist eher niedrig. Deshalb hat man vorgeschlagen, wo notwendig, von der ICPC-2 ausgehend, über das Mapping bei Bedarf die ICD-10 zu nutzen, um genauer zu klassieren [16].

Klassierung alleine genügt jedoch nicht dem Anspruch einer guten Dokumentation auf der Ebene des individuellen Patienten. In der offiziellen Buchpublikation der ICPC steht deshalb in der Einleitung ausdrücklich: „Die ICPC ... ist keine Nomenklatur. Die Reichhaltigkeit der Medizin auf dem Niveau des individuellen Patienten erfordert eine Nomenklatur und einen Thesaurus, die weit über den Rahmen der ICPC hinausgehen, besonders wenn es um die Erfassung spezifischer Details in den Aufzeichnungen über den einzelnen Patienten geht“ [17]. Mit anderen Worten, die Klassierung kann die individuelle Dokumentation nicht ersetzen, weil sie durch die unvermeidliche Vergrößerung immer einen Informationsverlust darstellt.

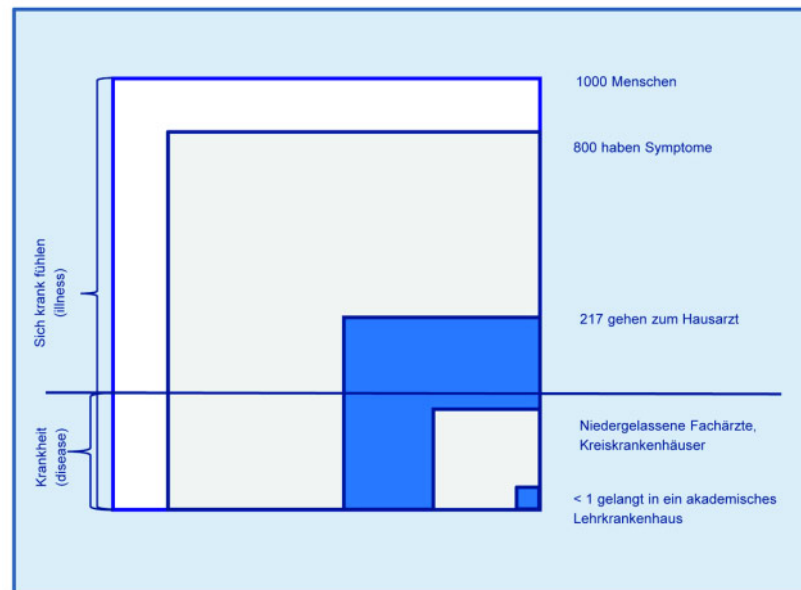
Der Zweck, für den Ärzte zunächst kodiert haben, war die Abrechnungskontrolle. Daher auch die nachvollziehbare „allergische Reaktion“ der Ärzte gegen die Kodierung [18]. Durch die weitgehende Pauschalierung hausärztlicher Honorare ist dieser Zweck hinfällig geworden. In Folge des Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 1. April 2007 wurde im Januar 2009 Paragraph 268 SGB V zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs wirksam. Der Risikostrukturausgleich dient dem Lastenausgleich zwischen den Krankenkassen. Danach sind Versichertengruppen zu bilden, die die Morbidität der Versicherten auf der Grundlage von Diagnosen, Indikationen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale berücksichtigen. Der zugrunde liegende Gedanke lautet: Morbidität lässt sich vor allem über Diagnosen und ärztliches Handeln messen. Wenn man aber an die Vergabe von Diagnosen und an ärztliches Handeln Geld knüpft, läuft man Gefahr mehr Diagnosen und ärztliches Handeln zu ernten, als für die Patienten gut ist. Jetzt versuchte man über neue Kodierrichtlinien, also noch mehr Bürokratie, das Problem in den Griff zu bekommen. Paul Watzlawick hat diesen sehr menschlichen, zur Eskalation statt zur Lösung führenden Reflex als „noch mehr desselben“ bezeichnet [19].

Klassifikationen und Kodierung dienen der Beschreibung von Patientengruppen, auch innerhalb der Praxis. Klassifikationen müssen für das Gebiet, das mit ihrer Hilfe beschrieben werden soll, spezifisch, und für den Zweck, dem sie dienen, geeignet sein. Für die ICD-10 trifft beides für ihre aktuelle Verwendung in der Hausarztmedizin nicht zu. Klassierung dient zusätzlichen, meist bürokratischen Zwecken einer Dokumentation. Sie sollte den eigentlichen ärztlichen Zweck der Dokumentation nicht stören.

Die Verwechslung von Beratungsanlass und Beratungsergebnis

Die Patienten kommen häufig mit Symptomen zum Arzt. Sie wünschen zunächst eine Erklärung für diese Symptome. Für viele Symptome findet sich in der Hausarztpraxis jedoch keine konkrete Erklärung. Die hausärztliche Arbeitsweise erfordert deshalb in vielen Fällen nach Ausschluss potenziell gefährlicher Verläufe ein „aufmerksames Abwarten“ [20]. Es wird explizit von einer zu frühen Diagnosestellung abgeraten. Ein allein auf Diagnosen und ärztlichem Handeln beruhendes Morbiditätskonzept setzt einen falschen Anreiz und läuft dem hausärztlichen Handlungsideal zuwider. Das begründete Nicht-Handeln in Diagnostik und Therapie im Sinne des Patienten gehört zu den schwierigsten und verantwortungsvollsten Aufgaben in der Medizin [21]. Die Verhinderung nutzloser Medizin ist eine der Kernaufgaben hausärztlicher Tätigkeit [22]. Die „Tyrannei der Diagnose“, schon gar auf der Basis bürokratischer Erfordernisse, stört wichtige Entwicklungsschritte auf dem Weg zu einer patientenorientierten und dadurch im erfreulichen Nebeneffekt Ressourcen schonenden Medizin [23].

Ein Symptom ist unausweichlich ein Symptom von etwas [24]. Dem Symptom wird eine Bedeutung zugeordnet. Das Leiden des Patienten steckt oft stärker in dieser Bedeutung, als im Symptom selbst. Die Aufgabe der Medizin ist es, das Leiden der Patienten zu lindern. Der Psychiater und Medizinanthropologe Arthur Kleinman hat eine wesentliche Unterscheidung zwischen dem Kranksein, als „sich krank fühlen“ (illness) und der Krankheit (disease) getroffen [25]. „Illness“ sind die Symptome,



Adaptiert nach Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med 2001;344:2021-25

Abbildung 2 Verteilung der Morbidität zwischen „illness“ und „disease“.

me, Einschränkungen, Ängste, Sorgen und Bedeutungen, die das Leiden im Leben des Patienten ausmachen. „Disease“ wird definiert als: „was der Arzt über eine Umformung des Krankseins in Begriffen medizinischer Theorie erzeugt. Krankheit ist, was man Ärzte in ihrer Ausbildung zu sehen gelehrt hat. Dieses Sehen erfolgt durch die Brille der theoretischen Sichtweisen ihrer speziellen Form klinischer Praxis“. Anders ausgedrückt, der Patient geht mit „illness“ zum Arzt und kommt mit „disease“ wieder nach Hause. Die „illness“ steckt im Beratungsanlass, die „disease“ im Beratungsergebnis. Die International Classification of Primary Care (ICPC) ist im Gegensatz zur ICD-10 nicht nur zur Klassierung der Beratungsergebnisse, sondern auch und vor allem der Beratungsanlässe gedacht. Das bedeutet, man kann und sollte mit ihr zwei grundsätzlich verschiedene Dinge kodieren.

Nur ein kleiner Teil der Fälle in einer Hausarztpraxis kann definierten Krankheitskonzepten zugeordnet werden [26, 27]. Green et al. publizierten 2001 eine grundlegende Arbeit zur Verteilung der Morbidität auf die verschiedenen Sektoren eines Gesundheitssystems [28]. Demnach gaben 800 je 1000 befragter Menschen einer Zufallsstichprobe an, gerade irgendwelche Symptome zu haben (siehe auch Abbildung 2). Nur 217

suchten deshalb einen Arzt auf, die meisten von ihnen einen Hausarzt. Weniger als einer gelangte in ein akademisches Lehrkrankenhaus, wo traditionell Krankheitsbegriffe mit ihren Bezeichnungen als Diagnosen entwickelt und gelehrt werden.

Nur ein kleiner Teil der befragten Menschen ging wegen ihrer Symptome zum Arzt. Das Symptom alleine scheint nicht Grund genug einen Arzt zu konsultieren. Zwischen dem Verspüren möglicherweise auf Krankheit hinweisender Symptome mit den ihnen zugehörigen Bedeutungen, Befürchtungen und Schwierigkeiten (illness) und den Krankheitsbegriffen als theoretischen Konstrukten akademischer Forschungs- und Lehrtätigkeit (disease), lässt sich hausärztliche Arbeit in weiten Bereichen näher am subjektiven Leiden, als an definierten Diagnosen verorten. Eine Klassierung nur der Diagnose ist zur Erfassung der Morbidität hausärztlicher Patienten wenig geeignet. Dies gilt auch dann, wenn eine hausärztliche Klassifikation wie die ICPC ausschließlich zur Kodierung der Diagnose verwendet wird. Es stellt sich grundsätzlich die Frage, ob man Morbidität als das Leiden der Menschen (illness) oder als die Diagnosen ihrer Ärzte (disease) verstehen und messen sollte. Mit der ICPC, und besser noch mit der

ICPC und der ICD zusammen, kann man beides.

Wenn man die Morbidität im Gebiet der Hausarztmedizin beschreiben will, sollte man nicht nur die Diagnosen, sondern auch die Beratungsanlässe erfassen. Die Erfassung allein der Diagnosen und des ärztlichen Handelns blendet einen wesentlichen Teil hausärztlicher Arbeit aus und setzt falsche Anreize.

Die Verwechslung zwischen den aktuellen Kodierungsmethoden und dem Vorgang der Klassierung

Der Idealfall der Klassierung würde so aussehen, dass der Arzt ein Beratungsergebnis so genau wie für diesen Fall notwendig dokumentiert. Dann nimmt er das systematische Verzeichnis der ICD-10-GM und die aktuellen Kodierrichtlinien zur Hand und führt in genauer Kenntnis der Systematik der Klassifikation, entsprechend der Ein- und Ausschlusskriterien der jeweiligen Codes und nach den Vorgaben der Kodierrichtlinien, eine kognitive (und richtige) Zuordnung zu einer bestimmten Klasse durch.

Man hat den Ärzten zusätzlich einen sogenannten Thesaurus in Form eines alphabetischen Verzeichnisses zur Verfügung gestellt. Ein Thesaurus ist ein Ordnungssystem. Er „stellt wie ein zweisprachiges Wörterbuch die Verbindung zwischen einer natürlichen Sprache und einer Dokumentationsprache her“ [4]. Jeder Begriff des Thesaurus ist einem bestimmten Code der ICD-10 zugeordnet. Der Thesaurus enthält dabei für denselben Codebegriff sowohl Synonyme, wie auch ähnliche, aber unterschiedliche Begriffe, die in der Klassifikation zusammengefasst werden. Der Thesaurus ermöglicht so die Gleichzeitigkeit individueller Dokumentation und die Zuordnung des individuellen Falles zu einer Patientengruppe durch den dahinterliegenden Code.

Hausärzte kodieren in Deutschland in aller Regel mit Hilfe ihrer Praxisverwaltungssysteme (PVS). Nutzt man im PVS zur Auffindung des richtigen Codes den Thesaurus, passiert in der Regel allerdings Folgendes: Der Arzt fängt an, das individuelle Beratungsergebnis im Kopf, in seiner Software zu schreiben. Mit jedem

Buchstaben engt sich in einem sogenannten „Drop-down-Menü“ die Anzahl der in einer Liste angebotenen Thesaurusbezeichnungen immer weiter auf die gesuchte Bezeichnung ein. Die angebotene Liste ist lang, und die Ähnlichkeit der Begriffe groß. Oft wird deshalb der erste halbwegs passende Begriff gewählt. Welche Klasse der ICD-10 hinter dem dazugehörigen Code steckt, wird von den PVS zumeist nicht angezeigt. In der Not der endlosen Listen des Thesaurus haben sich viele Ärzte eigene Lösungen gesucht, und einige PVS-Anbieter sind ihnen beigekommen. Sie haben eigene, vermeintlich spezifischere und damit kleinere Listen erzeugt, aus denen sie die Begriffe aussuchen. Dazu erlauben die PVS nicht etwa nur die Auswahl einer Untermenge des Thesaurus mit den dazu gehörigen Codes, sondern auch die Hinterlegung eigener Begriffe mit selbst gewählten Codes. Dieses Verfahren ist für den einzelnen Arzt eine Arbeitserleichterung. Vom Standpunkt der Datenauswertung ist es eine Katastrophe, da es die durch individuelle Willkür und Unkenntnis entstandenen Fehler der Kodierung auch noch systematisiert und einen Lernvorgang, zum Beispiel durch zufälliges Auffinden geeigneter Begriffe und Codes in Zeiten geringerer Arbeitslast, verhindert.

In der Regel wird nicht klassiert, sondern nur mit Hilfe mehr oder weniger passender Listen (Thesaurus) eine mehr oder weniger passende Bezeichnung ausgewählt. Die Bezeichnung ist im Hintergrund einem Code zugeordnet, dessen Begriff unbekannt bleibt. Die Kodierung über den Thesaurus ermöglicht die Gleichzeitigkeit von individueller Dokumentation und Klassierung. Der angebotene Thesaurus des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ist jedoch bei Weitem zu groß.

Das Problem mit den ambulanten Kodierrichtlinien: eine unmögliche und eine mögliche Lösung

Liest man die neuen AKR, so erscheinen sie einem, bis auf einige Ausnahmen, sinnvoll. Bei einem Feldversuch wurden sie jedoch vor allem von den Hausärzten als deutlicher und nicht mehr leistbarer, bürokratischer Mehraufwand empfunden.

Zudem hatte man die Umsetzung der Kodierrichtlinien auch noch über schwer durchschaubare und schwer abschätzbare Finanzströme zwischen den Ländern und Sektoren, indirekt an das Honorar der Ärzte gekoppelt. Es fehlt hausärztlicherseits das Vertrauen, über eine größere Kodiertiefe und -genauigkeit eine gerechtere Verteilung der Ressourcen zu erhalten.

In dieser Situation suchte man seitens der Hausärzte und seitens des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (ZI) nach Lösungen. Beide kamen auf die Idee, die ICPC zu benutzen. Allerdings wollten beide nicht die ICPC selbst. Was sie wollten, war, auf Basis der ICPC eine Art virtuelles Hausarztkapitel innerhalb der ICD-10 finden. Das Ziel war, für jeden ICPC-Kode je einen möglichst passenden ICD-10-Kode zu bestimmen. Das ist vom klassifikatorischen Standpunkt unmöglich. Es gibt, wie gesagt, bereits eine offizielle Verbindung (Mapping) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zwischen den beiden Klassifikationen. Aber erstens ist ein Mapping keine eindeutige Übersetzung (s.o.), sondern stellt in diesem Fall eine m:n-Verbindung dar (s.u.). Und zweitens ist die „Übersetzung“ eines Beratungsanlasses der ICPC in eine Diagnose der ICD-10 grundsätzlich unmöglich. Ein m:n-Mapping bedeutet, dass in den meisten Fällen ein Code der kleineren ICPC auf viele Codes der größeren ICD-10 gemappt ist (1:n). Es gibt eine gewisse Zahl von Codes der ICPC, die genau einem Code der ICD-10 zugeordnet sind (1:1). Und es gibt eine kleine Zahl von umgekehrten Fällen, wo mehrere ICPC-Codes auf denselben ICD-10 Code mappen (m:1). Ein 1:1-Mapping oder gar eine „Übersetzung“, sind völlig unmöglich. Die inzwischen vom ZI erstellte Liste bezieht sich jetzt ausdrücklich nicht mehr auf die ICPC. Sie soll eine Art „Hausarztkapitel“ innerhalb der ICD-10 als Kodierhilfe anbieten. Dieses Kapitel wird als Thesaurus bezeichnet, was nicht zutrifft, und zu beständigen Verwechslungen führt. Nicht jede Diagnosenliste ist auch ein Thesaurus.

Das Problem für die Hausärzte ist, solange sie selbst nicht mit Daten arbeiten, nicht die ICD-10. Den allermeisten Hausärzten dürfte es ziemlich gleichgültig sein, welcher Code hinter der von ihnen gewählten Bezeichnung steht. Ihr Problem ist vielmehr der viel zu große

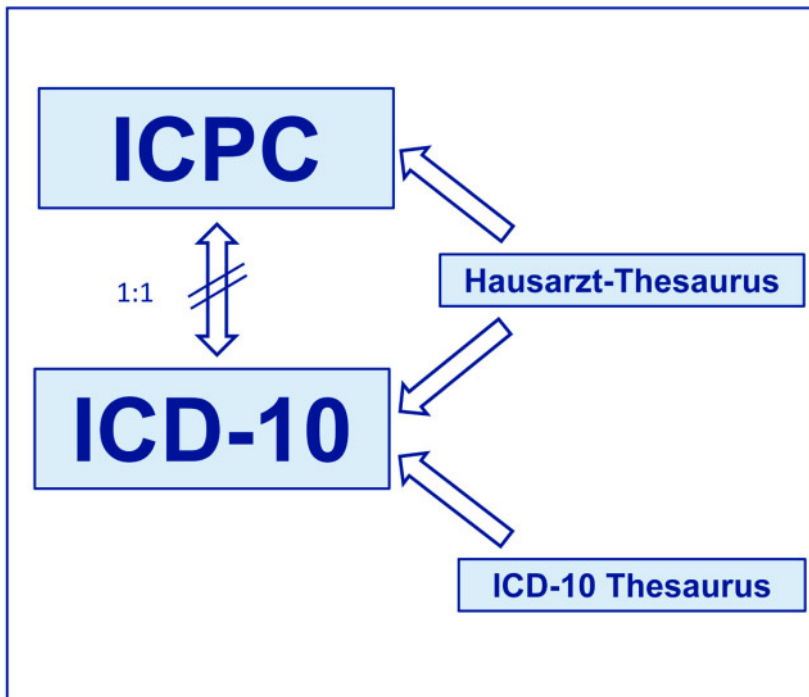


Abbildung 3 Unmögliche und mögliche Verbindung zwischen ICPC und ICD-10.

Thesaurus der ICD-10, über den in der Regel die Kodierung erfolgt. Was die Arbeit erleichtern und die Kodierqualität verbessern würde, wäre deshalb in erster Linie nicht eine kleinere Anzahl von Codes der ICD-10, wie das ZI sie jetzt anbietet, sondern ein spezifischerer und handhabbarer Thesaurus. Damit ausgerüstet sollte es möglich sein, auch ohne die unglücklichen selbsterstellten Listen, in annehmbarer Zeit genau zu kodieren. Ein spezifischer Thesaurus ergibt sich jedoch nicht aus einer Auswahl spezifischer Codes, sondern die Codes ergeben sich aus dem Thesaurus. Viele Begriffe der ICPC sind in der ICD-10 nur in Form sehr unspezifischer Codes abbildbar. Ein Beispiel wären die „Angst vor ..Kodes“, die in der ICD-10-GM auf Z71 „Person mit Furcht vor Krankheit, bei der keine Diagnose gestellt wird“ gemappt sind, während in der ICPC genauer differenziert wird, was die Sorge des Patienten war. Deshalb ist es sinnvoll einen Thesaurus zu verwenden, dem die Codes beider Klassifikationen hinterlegt sind. Man könnte so, im Falle der Beratungsanlässe, bei Bedarf die spezifischeren ICPC-Codes und, im Falle der Diagnosen, bei Bedarf die Codes der ICD-10 verwenden.

Ein solcher Hausarztthesaurus existiert bereits seit Jahren in Belgien und in

den Niederlanden. Seine Begriffe werden direkt der ICPC und der ICD-10 zugeordnet. Er enthält, im Gegensatz zum Thesaurus der ICD-10-GM mit seinen etwa 120.000 Begriffen, nur etwa 20.000 Begriffe. Darin sind auch noch die Begriffe für die Kodierung der ärztlichen Prozeduren enthalten. Zieht man diese ab, bleiben noch etwa 15.000 für Hausärzte relevante Begriffe, um die passenden Codes der ICD-10 zu finden. In einem aufklappenden „Drop-down-Menü“ würden sich jeweils nur noch wenige, aber brauchbare Begriffe anbieten. Der Hausarztthesaurus dient dabei als Brücke (Interface-Terminologie [29]) zwischen den beiden Klassifikationen. Abbildung 3 illustriert noch einmal den unmöglichen und den möglichen Lösungsweg.

Damit wären zwar noch immer nicht die zur Abbildung der Morbidität in der Hausarztmedizin notwendigen Beratungsanlässe beschrieben, aber wenigstens wäre schon einmal ein dafür geeignetes Werkzeug in den PVS vorhanden.

Schlussfolgerung

Dokumentation dient der Beschreibung des Leidens, der Befunde und der klinischen Versorgung einzelner Patienten. Klassierung, beziehungsweise Kodierung

erfolgen zum Zweck der Beschreibung von Patientengruppen. Eine Klassifikation ist dann geeignet, wenn sie sowohl für das Feld, das sie beschreibt als auch für den Anwendungszweck der entstehenden Daten spezifisch ist. Hausärztliche Medizin findet oft näher am subjektiven Leiden der Patienten, als an definierten Krankheitskonzepten statt. Das Leiden spiegelt sich oft besser in den Beschreibungen der Symptome und ihrer Bedeutungen für die Patienten, als in den Diagnosen ihrer Ärzte wider. Deshalb erfordert die Beschreibung der Morbidität der Patienten von Hausärzten sowohl die Erfassung der Beratungsanlässe wie auch der Beratungsergebnisse. Die ICPC ist eine dafür geeignete Klassifikation. Als Kodierhilfe im Rahmen der neuen ambulanten Kodierrichtlinien wäre ein spezifischer Hausarztthesaurus, der für beide Klassifikationen kodiert, wünschenswert. Ein solcher Thesaurus liegt bereits in mehreren Sprachen vor. Er müsste übersetzt und auf seine Praxistauglichkeit geprüft werden.

Danksagung: Unser Dank geht an Frau Prof. Dr. Petra Knaup-Gregori vom Institut für Medizinische Biometrie und Informatik des Universitätsklinikums Heidelberg für fachlichen Rat und Unterstützung.

Interessenkonflikte: Zwei der Autoren, Thomas Kühlein und Thomas Maibaum, waren an der Erstellung des ICD-10 Hausartzkapitels durch das ZI beteiligt. Dafür wurde eine Aufwandsentschädigung vom ZI bezahlt. Der Erstautor Thomas Kühlein hat diese Aufwandsentschädigung nicht selbst erhalten, sondern diese Arbeit im Auftrag der Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg durchgeführt. Peter Engeser war für die DEGAM federführend an den Verhandlungen zum Erwerb einer nationalen Lizenz zur Nutzung der ICPC von der Wonca (Weltorganisation der Hausärzte) und der Kostenübernahme durch das ZI beteiligt. Ziel und Grund der Beteiligung der Autoren an diesen Vorgängen war es, die ICPC als sinnvolle Klassifikation im hausärztlichen Bereich zur Verfügung zu stellen. Die Notwendigkeit der Erstellung eines geeigneten Thesaurus als bessere Lösung einer Kodierhilfe wurde in der Arbeitsgruppe am ZI durch den Erstautor mehrfach vorgetragen. Nachdem der hier

vorliegende Artikel gegen das vom ZI angebotene „Hausartzkapitel der ICD-10“ als Kodierhilfe argumentiert, sehen wir keinen Interessenkonflikt. Thomas Küh-

lein ist Mitglied im Wonca International Classification Committee (WICC). Wonca ist die Weltorganisation der Hausärzte. Das WICC hat die ICPC entwickelt und

arbeitet an deren Aktualisierung und Verbreitung. Die Arbeit der Mitglieder ist unbezahlt. Ein finanzieller Interessenkonflikt besteht nicht.

Dr. med. Thomas Kühlein ...



... ist Facharzt für Allgemeinmedizin. Er ist 49 Jahre alt und war 10 Jahre lang niedergelassener Hausarzt in einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis in Bad Staffelstein/Oberfranken. Seit Juli 2006 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg und leitet das Projekt CONTENT (www.content-info.org). An zwei Tagen der Woche ist er weiterhin hausärztlich im Medizinischen Versorgungszentrum Westhofen tätig und leistet Notdienste am Wochenende. Er ist verheiratet und hat drei Kinder, von denen die älteste Medizin studiert.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Thomas Kühlein
Abteilung Allgemeinmedizin und
Versorgungsforschung
Universitätsklinikum Heidelberg
Voßstraße 2, Geb. 37
69115 Heidelberg
Tel.: 06221 564818
Fax: 06221 561972
E-Mail:
thomas.kuehlein@med.uni-heidelberg.de

Literatur

- Claus C, Chenot J-F, Popert U. Diagnosen-Kodierung in der hausärztlichen Praxis – Ergebnisse einer Befragung auf der Practica 2011. *Z Allg Med* 2011; 87: 84–88
- Grmek MD. Die Geschichte des medizinischen Denkens – Antike und Mittelalter. München: C.H. Beck, 1996
- Szecsényi J, Broge B, Pietratus S. Entwicklung qualitätsgerechter Dokumentationsverfahren für die hausärztliche Praxis. Göttingen: AQUA – Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung, 1998
- Gaus W. Dokumentations- und Ordnungslehre. Berlin: Springer Verlag, 1983
- Garfinkel H. Good organizational reasons for 'bad' clinic records. In: *Studies in Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press, 1984
- Giere W. Dokumentation und Klassifikationen als wesentliche Grundlage des Gesundheitssystems. In: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Hrsg.). Was heißt und zu welchem Ende treibt man medizinische Dokumentation? Tagungsberichte Band 10. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2007
- Montgomery Hunter K. Doctors' Stories – The Narrative Structure of Medical Knowledge. Princeton: Princeton University Press, 1991
- Ogden CK, Richards IA. The Meaning of Meaning. A Study of the Influence of Language upon Thought and of the Science of Symbolism. San Diego: Harcourt Brace Jovanovich, 1989
- Taylor JR. Linguistic Categorization. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2003
- Montgomery K. How Doctors Think – Clinical Judgment and the Practice of Medicine. New York: Oxford University Press, 2006
- Fleck L. Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache: Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 2008
- Aronowitz RA. From the Patients Angina to the Cardiologist's Coronary Heart Disease. In: *Making Sense of Illness – Science, Society and Disease*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998
- Shorter E. From Paralysis to Fatigue. A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era. New York: The Free Press, 1993
- Bentall RP. Madness Explained. Psychosis and Human Nature. London: Penguin Books, 2003
- Bleuler E. Das autistisch-undisziplinierete Denken in der Medizin und seine Überwindung. Berlin: Springer Verlag, 1975
- Wood M, Lamberts H, Meijer JS, Hofmans-Okkes IM. The conversion between ICPC and ICD-10. Requirements for a family of classification systems in the next decade. *Fam Pract* 1992; 9: 340–348
- Wonca International Classification Committee (Hrsg.). Internationale Klassifizierung der medizinischen Primärversorgung ICPC-2. Ein Codierungssystem der Allgemeinmedizin. Wien: Springer Verlag, 2001
- Meyer RL. Die ICD-10 und die deutsche Ärzteschaft – eine Komödie, ein Trauerspiel oder ein Lehrstück? *PrimaryCare* 2005; 5: 296–302
- Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R. Lösungen – Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Bern: Verlag Hans Huber, 1988
- Abholz HH, Pillau H. Anamnese, körperliche Untersuchung und Dokumentation. In: Kochen MM (Hrsg.) *Allgemein- und Familienmedizin*. 2. Aufl.. Stuttgart: Hippokrates Verlag, 1998
- Siebolds M. Evidenzbasierte Medizin als Modell der Entscheidungsfindung in ärztlicher Praxis. *ZaeFQ* 2003; 97: 257–262
- Kühlein T, Sghedoni D, Visentin G, Guervas J, Jamouille M. Quartäre Prävention – eine Aufgabe für Hausärzte. *PrimaryCare* 2010; 10: 350–354
- Rosenberg CE. The tyranny of diagnosis. Specific entity and individual expertise. *Milbanks Quarterly* 2002; 80: 237–260
- Cassell EJ. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. Oxford: Oxford University Press, 2004
- Kleinman A. The Illness Narratives – Suffering Healing and the Human Condition. USA: Basic Books, 1988
- Landolt-Theus P, Danninger H, Braun RN. Kasographie. Mainz: Verlag Kirchheim, 1992
- Dinant GJ. Undifferentiated illness and uncertainty in diagnosis and management. In: Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D, Silagy C. *Oxford Textbook of Primary Medical care Vol. 1*. Oxford: Oxford University Press, 2005
- Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001; 344: 2021–2025
- Rosenbloom ST, Miller RA, Johnson KB, Elkin PA, Brown SH. Interface terminologies: facilitating direct entry of clinical data into electronic health record systems. *J Am Med Inform Assoc* 2006; 13: 277–288