

Bundesgesundheitsbl 2018 · 61:828–835
<https://doi.org/10.1007/s00103-018-2750-y>
 Online publiziert: 24. Mai 2018
 © Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil
 von Springer Nature 2018



Thomas Kühlein¹ · Martti Virtanen^{2,3} · Christoph Claus⁴ · Uwe Popert^{5,6} · Kees van Boven^{7,8,9}

¹ Allgemeinmedizinisches Institut, Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Deutschland

² Nordic Casemix Centre, Helsinki, Finnland

³ WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications in the Nordic Countries, Uppsala, Schweden

⁴ Grebenstein, Deutschland

⁵ Kassel, Deutschland

⁶ Abteilung Allgemeinmedizin, Universität Göttingen, Göttingen, Deutschland

⁷ Wonca International Classification Committee, Wonca, Bangkok, Thailand

⁸ TransHIS-Netzwerk, Nijmegen, Niederlande

⁹ Abteilung Allgemeinmedizin, Radboud Universität Nijmegen, Nijmegen, Niederlande

Codieren in der Hausarztpraxis – Wird die ICD-11 ein Fortschritt sein?

Fragt man (Haus-)ÄrztInnen, wie sie über das Codieren von Diagnosen denken, trifft man auf wenig Begeisterung. Man stöhnt über die zunehmende Bürokratie, die von der eigentlichen ärztlichen Arbeit abhalte und einem die Freude am Beruf verderbe. Mit anderen Worten, das Verhältnis von HausärztInnen zum Codieren ist schwierig. Dieser Artikel nähert sich in Form von Fragen diesen Schwierigkeiten an, zeigt aber auch aus hausärztlicher Perspektive sinnvolle Lösungsmöglichkeiten auf. Die Fragen sind im Einzelnen: Wozu codieren HausärztInnen? Was bedeutet Codieren? Wie Codieren HausärztInnen? Ist die ICD-10 eine geeignete Klassifikation für die Hausarztmedizin? Gibt es eine geeignete Klassifikation für die Hausarztmedizin? Wird die ICD-11 für HausärztInnen besser geeignet sein? Abschließend folgt ein Abschnitt: Schlussfolgerungen, Lösungen und Chancen.

Wozu codieren HausärztInnen?

Zum 01.01.2000 wurde die Codierung der Diagnosen mit der „Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (zunächst ICD-10, später ICD-10 GM/German Modification) im ambu-

lantem Bereich gesetzlich festgeschrieben (§ 295 (1), SGB-V). Der Einführung war ein langer Kampf vorausgegangen. Der Zweck, für den ÄrztInnen in Deutschland zunächst codieren mussten, war die Abrechnungskontrolle. Daher rührt wohl auch eine grundsätzlich negative oder zumindest misstrauische Haltung vieler ÄrztInnen gegenüber der Codierung [1].

Zwar codieren HausärztInnen auch heute noch Diagnosen nach den Vorgaben des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) als Abrechnungsbegründung; mit der Einführung einer weitgehenden Pauschalierung hausärztlicher Honorare relativierte sich jedoch diese Begründung für die Codierung.

Nach Einführung eines freien Kasernenwahlrechts für die Versicherten und der gleichzeitigen Verpflichtung der Krankenkassen, niemanden abzulehnen, war mit erhöhter Mobilität der Versicherten zwischen den Krankenkassen zu rechnen. Dabei entstehende Ungleichgewichte zwischen Einnahmen und Ausgaben der Krankenkassen mussten ausgeglichen werden. Dies sollte auf Basis der zu tragenden Morbiditätslast erfolgen. Im Januar 2009 wurde, infolge des Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 01.04.2007, der § 268 SGB-V zur Weiterentwicklung des Risikostruk-

turausgleichs (RSA) wirksam. Danach sind Versichertengruppen zu bilden, die die Morbidität der Versicherten unter anderem auf der Grundlage von Diagnosen berücksichtigen. Zur Abbildung der Diagnosen werden die ICD-10-Codes benötigt. Dieser sogenannte Morbi-RSA stellt wohl aktuell den wichtigsten Grund dar, warum HausärztInnen Diagnosen codieren müssen. Eigene Anwendungszwecke der durch das Codieren entstehenden Daten haben HausärztInnen in der Regel nicht. Wie solche Anwendungszwecke aussehen könnten, wird im letzten Abschnitt näher erläutert.

Was bedeutet Codierung?

Die Codierung wurde bei deren Einführung schnell als technokratisch begründete Vereinheitlichung abgetan [1]. Sprache und Denken funktionieren jedoch grundsätzlich nicht ohne Vereinheitlichung und Verallgemeinerung [2]. Schon der Vorgang der Diagnosestellung stellt durch Zuordnung eines individuellen Krankheitsbildes zu einem bekannten Krankheitsmuster eine Informationsreduktion dar. „Klassierung“ bedeutet die Zuordnung einer Diagnose zu einer Kategorie in einer Klassifikation, also ei-

Tab. 1 Die 25 häufigsten Diagnosen in der Hausarztpraxis (CONTENT)

	ICD-Code	Bezeichnung	n
1	J40	Bronchitis, nicht als akut/chronisch bezeichnet	724
2	J06.9	Akute Infektion der oberen Atemwege, NNB	619
3	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation NNB	529
4	J03.9	Akute Tonsillitis	499
5	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	459
6	T14.1	Offene Wunde	407
7	H66.9	Otitis media, NNB	401
8	110.90	Essentielle Hypertonie, NNB: ohne hypertensive Krise	367
9	T14.03	Insektenbiss oder -stich (ungiftig), NNB lok.	337
10	H10.9	Konjunktivitis, NNB	264
11	M54.5	Kreuzschmerz	261
12	B99	Sonstige und NNB Infektionskrankheiten	243
13	RH	Übelkeit und Erbrechen	231
14	J02.9	Akute Pharyngitis, NNB	220
15	E14.9	NNBer Diabetes mellitus: ohne Komplikationen	195
16	R50.9	Fieber, NNB	178
17	J18.9	Pneumonie, NNB	169
18	150.9	Herzinsuffizienz, NNB	166
19	R10.4	Sonstige und NNBe Bauchschmerzen	163
20	J98.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Atemwege	154
21	T78.4	Allergie, NNB	146
22	J45.9	Asthma bronchiale, NNB	144
23	B34.9	Virusinfektion, NNB	140
24	J32.9	Chronische Sinusitis, NNB	140
25	R96.1	Todeseintritt innerhalb von weniger als 24 h nach Beginn der Symptome, ohne anderweitige Angabe	137

NNB nicht näher bezeichnet

nem Ordnungssystem. Der Zweck ist, die Welt zählbar zu machen, ohne „Äpfel mit Birnen zu vergleichen“. Meist stellt die Klassierung – selbst auf ihrer detailreichsten Stufe – eine Zusammenfassung und damit Vergrößerung der Abbildung individueller Krankheitsbilder dar. Idealerweise wird die klassierende Zuordnung als kognitiver Prozess in genauer Kenntnis des Ordnungssystems und der Grenzen zwischen seinen sich nicht überschneidenden (disjunkten) Kategorien ausgeführt (aristotelisches Klassieren; [3]). Wohl Wenige klassieren auf diese Weise. Einerseits verwenden ÄrztInnen in ihrer klinischen Alltagssprache oft genauere Bezeichnungen für die Beschreibung der Krankheitsbilder ihrer PatientInnen, als eine Klassifikation sie bietet. Andererseits ist gerade der hausärztliche Bereich durch eine unvermeidliche große diagnostische Unschärfe gekennzeichnet. Viele Krankheitsbil-

der befinden sich, wenn HausärztInnen ihnen begegnen, noch in frühen Stadien oder bleiben grundsätzlich weniger gravierend als im Krankenhausbereich. Einzelne Symptome können oft erst im Nachhinein auf schwere Erkrankungen zurückgeführt werden. Sehr viel häufiger verschwinden sie jedoch von selbst als harmlose Körperwahrnehmungen. Primärmedizinische Lehrbücher lehren explizit den Umgang mit dieser diagnostischen Unschärfe, die keinesfalls als diagnostische Unfähigkeit missverstanden werden darf. Viele diagnostische Begriffe, die in ihrem Vollbild in Krankenhäusern geprägt wurden, finden sich in dieser Form selten in der Primärmedizin. Umgekehrt hat sich der hausärztliche Sprachgebrauch nicht ausreichend in der universitär dominierten ICD manifestiert. Es fehlt in der ICD vielfach die Möglichkeit zur Abbildung von unspezifischen Kontaktanlässen oder von zu-

nächst diffusen Beschwerdebildern, wie sie in Hausarztpraxen typisch sind. Als Brücke zwischen der klinischen Alltagssprache und einer Klassifikation bieten sich sogenannte Thesauren („interface terminologies“) an, wie sie beispielsweise das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in Form ihres „Alphabetischen Verzeichnisses“ für die ICD-10 in Buchfassung und als Software zur Verfügung stellt.

Wie codieren HausärztInnen?

Es gibt wenig Literatur dazu, wie in deutschen Hausarztpraxen codiert wird. Am ehesten lässt sich dies aus einer Fragebogenstudie von Claus et al. (2011) erschließen [4]. Danach sind es meist die ÄrztInnen selbst, die codieren. In geringerem Maße wird diese Aufgabe aber auch von diesbezüglich mehr oder weniger geschulten Medizinischen Fachangestellten (MFA) übernommen. Die Mehrzahl codiert mithilfe des DIMDI-Thesaurus (74%), während sich 36% eigene sogenannte Hauslisten (digital oder in Papierform) erarbeitet haben. Ein Teil nutzt wohl beide Möglichkeiten. Das Problem des DIMDI-Thesaurus für HausärztInnen ist seine Größe. Gibt man auf der Suche nach dem richtigen Code das Suchwort „Diabetes mellitus“ in seiner vollen Länge in ein Praxisverwaltungssystem (PVS) ein, erhält man etwa 250 Treffer. In manchen PVS sind die sich bei der Suche öffnenden „Drop-down-Menüs“ auf 100 Einträge begrenzt, sodass etwa 150 gefundene Einträge gar nicht aufgeführt werden. Aber die Bereitschaft, auch nur unter 100 Einträgen den passenden auszusuchen, dürfte gering sein.

■ **Tab. 1** zeigt die 25 häufigsten ICD-10-Diagnosen aus einer bisher unveröffentlichten Auswertung der Daten des CONTENT-Projekts (Continuous Morbidity Registration Epidemiologic Network; der Erstautor war lange Zeit Leiter des CONTENT-Projekts) der Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg [5]. An zweiter Stelle der Häufigkeit findet sich J06.9 „Akute Infektion der oberen Atemwege,

T. Kühlein · M. Virtanen · C. Claus · U. Popert · K. van Boven

Codieren in der Hausarztpraxis – Wird die ICD-11 ein Fortschritt sein?

Zusammenfassung

Hausärztinnen und Hausärzte haben keinen eigenen Nutzen vom Verschlüsseln der Diagnosen – sie codieren für die Zwecke anderer. Sie nutzen dabei meist den Thesaurus des Deutschen Instituts für Medizinische Information und Dokumentation (DIMDI) oder selbst erstellte „Hauslisten“. Die Codierqualität scheint für den morbiditätsadjustierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) auszureichen.

Aus hausärztlicher Sicht ist weder die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10) noch der DIMDI-Thesaurus für die Hausarztmedizin geeignet. Es ist nicht erkennbar, dass die neue ICD-11 ein Fortschritt für Hausärzte sein wird. Zumindest ist das

Datenbankformat mit Browser vorteilhaft. Eine konsequente Einbindung in die 182 deutschen Praxisverwaltungssysteme (PVS) würde den Codiervorgang standardisieren und die Codesuche erleichtern. Diese Codierweise wäre jedoch immer noch aufwendiger als die Nutzung der Hauslisten.

Erste Schritte in Richtung einer „offiziellen Hausliste“ wurden gegangen. Eine primärmedizinische Version der ICD-11 ist geplant, wird aber nicht ausreichend unterstützt. Mit der International Classification of Primary Care (ICPC-2) liegt bereits jetzt eine adäquate Klassifikation für den hausärztlichen Bereich vor, die in Kombination mit der ICD-10 verwendet werden kann. Aktuell wird die ICPC-3 entwickelt. Die ICPC ist Teil des ICD-

11-Foundation-Layer und müsste nur noch als offizielle Version für den hausärztlichen Bereich anerkannt werden. Auch über die ICPC ließen sich die richtigen Codes der ICD schnell finden. Eine verbesserte Kommunikationsfähigkeit der PVS untereinander sowie mit Krankenhausverwaltungssystemen könnte eine Übernahme von Codes möglich machen. Eine weitere Möglichkeit, die Situation zu verbessern, bestünde darin, den Hausärzten eigene Anwendungszwecke für die Daten zu schaffen.

Schlüsselwörter

ICD · ICPC · Codierung · Primärmedizin · Hausarzt

Coding in general practice—Will the ICD-11 be a step forward?

Abstract

Primary care physicians in Germany don't benefit from coding diagnoses—they are coding for the needs of others. For coding, they mostly are using either the thesaurus of the German Institute of Medical Documentation and Information (DIMDI) or self-made cheat-sheets. Coding quality is low but seems to be sufficient for the main use case of the resulting data, which is the morbidity adjusted risk compensation scheme that distributes financial resources between the many German health insurance companies.

Neither the International Classification of Diseases and Health Related Problems (ICD-10) nor the German thesaurus as an interface terminology are adequate for coding in primary care. The ICD-11 itself

will not recognizably be a step forward from the perspective of primary care. At least the browser database format will be advantageous. An implementation into the 182 different electronic health records (EHR) on the German market would probably standardize the coding process and make code finding easier. This method of coding would still be more cumbersome than the current coding with self-made cheat-sheets. The first steps towards a useful official cheat-sheet for primary care have been taken, awaiting implementation and evaluation. The International Classification of Primary Care (ICPC-2) already provides an adequate classification standard for primary care that can also be used in combination with

ICD-10. A new version of ICPC (ICPC-3) is under development. As the ICPC-2 has already been integrated into the foundation layer of ICD-11 it might easily become the future standard for coding in primary care. Improving communication between the different EHR would make taking over codes from other healthcare providers possible. Another opportunity to improve the coding quality might be creating use cases for the resulting data for the primary care physicians themselves.

Keywords

ICD · ICPC · Coding · Primary care · General practitioner

NNB“. Der Code steht für die häufigen grippalen Infekte. An Position zwölf findet sich B99 „Sonstige und NNB Infektionskrankheiten“ eine Restkategorie des Kapitels für Infektionskrankheiten der ICD-10, der Infektiologen vermutlich nur ganz seltene oder unbestimmbare Infekte zuordnen. Auf Position 20 findet sich J98.8 „Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Atemwege“ und auf Position 23 findet sich B34.9 „Virusinfektion“. Es ist wahrscheinlich, dass die ÄrztInnen mit allen vier Codes das

gleiche Krankheitsbild codieren wollten. **Tab. 2** gibt einen Hinweis, wie die vielen Fehlcodierungen vermutlich zustande kommen. Die Thesauruseinträge für die vier verschiedenen Codes sind erstens sehr zahlreich und sich zweitens sehr ähnlich.

Damit scheint der DIMDI-Thesaurus selbst für die Codierung der häufigsten Diagnose in Hausarztpraxen, den „grippalen Infekt“, ungeeignet. In der Not im Umgang mit diesem Thesaurus haben sich viele HausärztInnen eigene

Hauslisten erstellt. Die internationale Bezeichnung dieser Listen ist „cheat sheet“ (Schummelliste). Problematisch an diesen Listen ist, dass wohl die meisten PVS eine willkürliche Zuordnung von selbstgewählten Bezeichnungen zu den ICD-Codes erlauben. Werden hierbei durch Unkenntnis der ICD-Systematik Zuordnungsfehler gemacht, sind diese Fehler dadurch langfristig fixiert. Nach eigenen Angaben benötigt die Mehrheit der ÄrztInnen für den Codiervorgang einer einzelnen Diagnose weniger als

Tab. 2 Einträge des DIMDI-Thesaurus für die Codes J06.9, B99, J98.8 und B34.9

ICD-10 Code	Bezeichnung	DIMDI-Thesaurus Einträge
J06.9	Akute Infektionen an mehreren oder nicht NNBen, Lokalisation der oberen Atemwege	Fieberhafte Infektion der oberen Atemwege Fieberhafter grippaler Infekt Fieberhafter Infekt der oberen Luftwege Grippale Atemwegsinfektion Grippale Infektion mit Infektion der Atemwege Grippale Infektion Grippale Virusinfektion Grippaler Infekt mit bakterieller Superinfektion Grippaler Infekt mit Infektion der Atemwege Grippaler Infekt mit Infektion der Luftwege Grippaler Infekt Hochfieberhafter grippaler Infekt Infekt der oberen Atemwege Infekt der oberen Luftwege Infektion der oberen Atemwege Virusinfektion der oberen Atmungsorgane a. n. k.
B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	Fieberhafte Infektion Fieberhafter Infekt Hochfieberhafte Infektion Hochfieberhafter Infekt Infekt, s. a. Infektion Infekt Infektionskrankheit Unklarer Infekt
J98.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Atemwege	Atemwegsentzündung Atemwegsinfektion Infekt der Atemwege Infekt der Luftwege Luftwegsinfektion Respiratorische Infektion
B34.9	Virusinfektion nicht näher bezeichnet	Fieberhafte Virusinfektion Hochfieberhafte Virusinfektion Virale Allgemeininfektion Virale Infektion Viraler Allgemeininfekt Virusinfekt Virusinfektion a. n. k.

30 s. Nur 12 % geben an, mehr als eine Minute dafür zu brauchen [4].

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Codierung vor allem über den Thesaurus des DIMDI erfolgt, der für HausärztInnen ungeeignet scheint. Alternativ wird über selbst erstellte Hauslisten codiert, die vor allem dem Zweck der eigenen Arbeitserleichterung, nicht aber dem Anspruch einer verbesserten Codiergenauigkeit dienen. Die HausärztInnen scheinen sich mit dem Status quo abgefunden zu haben und erledigen den Codiervorgang auf für sie praktikable Weise. Man wäre jedoch vermutlich bereit, sich gegen jeden Mehraufwand zu wehren. Es stellt sich die Frage, ob die Qualität des Codierergebnisses ausreicht oder ob man durch weitergehende Co-

dierregeln das Ergebnis verbessern muss. Die Qualität des Codierergebnisses wird unterschiedlich bewertet [6–9].

Neben dem Morbi-RSA gibt es weitere, weniger bekannte Gründe für die Codierpflicht. Einer davon ist die Morbiditätsorientierung in der vertragsärztlichen Vergütung, die gleichzeitig mit dem Morbi-RSA eingeführt wurde. Es geht dabei um die jährliche Dynamisierung der vertragsärztlichen Vergütungen. Über die dabei ermittelte Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur wird jährlich die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) weiterentwickelt. Diagnosecodes werden außerdem u. a. für die Codebegründung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), in der Qualitätssicherung, den Disease-Management-

Programmen (DMP) und für „Praxisbesonderheiten für Heilmittel“ benötigt. Für alle diese Anwendungszwecke ist eine hohe Codierqualität im Prinzip wünschenswert. Ob diese freilich im zeitlich knappen Rahmen der hausärztlichen Konsultation leistbar ist und ob eine weniger komplexe Klassifikation als die ICD-10 nicht vielleicht zu einer weniger lückenhaften, aber dafür richtigeren Codierung führen würde, wäre zu untersuchen.

Ist die ICD-10 eine geeignete Klassifikation für die Hausarztmedizin?

Die Codierqualität in deutschen Hausarztpraxen ist eher mäßig. Dies wird unter anderem auf Zeitmangel sowie Doppeldeutigkeit und zu hohe Komplexität der ICD-10 zurückgeführt [10]. Die Frage nach der Eignung einer Klassifikation hat zwei Seiten. Auf der einen Seite muss eine Klassifikation geeignet sein, ein gegebenes Gebiet zu beschreiben. Sämtliche Konzepte eines bestimmten Wissensgebietes (Ontologie) müssen in ihr enthalten sein. Auf der anderen Seite muss die Klassifikation in der Lage sein, Daten zu erzeugen, die zur statistischen Beantwortung bestimmter Fragen geeignet sind. Dieser letztere sogenannte Anwendungszweck bestimmt die Granularität und die Art der Bündelung und Hierarchisierung von Konzepten innerhalb einer Klassifikation.

Die ICD-10 ist die weltweit am meisten eingesetzte Klassifikation der Krankheiten. Durch ihre historische Entwicklung weist sie jedoch einige interne Schwächen auf [3]. Es ist nachvollziehbar, dass Spezialisten ihre immer kleiner werdenden Fachgebiete in adäquater Detailgenauigkeit abgebildet sehen wollen. Getrieben durch die immer weiter zunehmende Spezialisierung in der Medizin, wuchsen in der ICD mit jeder neuen Version die Anzahl der Kategorien und die Granularität ihrer Unterkategorien. Müssen jedoch Generalisten, die im Gegensatz zu den Spezialisten auf der gesamten Breite der ICD arbeiten, ihre Codes auf der Ebene höchster Detailgenauigkeit suchen, verlieren sie sich schnell in genau diesem

Detail. Eine für Generalisten geeignete Klassifikation müsste die für sie wichtigen Konzepte auf einer höheren und damit übersichtlichen Ebene enthalten. Diese Kategorien auf höherer Ebene sollten die detaillierten Kategorien der Spezialisten in einer sinnvollen Weise bündeln. Das tut die ICD-10 aus Sicht der Primärmedizin ganz eindeutig nicht. Auf der Ebene drei- oder gar vierstelliger Codes erscheint die ICD-10 für die Hausarztmedizin nicht geeignet [11]. Ein Beispiel ist die Pneumonie. Hier sind „Grippe und Pneumonie“ als Überschrift für die Codes J09–J18 angegeben, ohne als Codegruppe einen eigenen Code zu besitzen. Grippe und Pneumonie zusammenzufassen, macht aus hausärztlicher Sicht keinen Sinn. Darunter ist eine Fülle von Pneumonieformen durch verschiedene Erreger und bei verschiedenen Krankheiten aufgeführt. Erst ganz am Ende finden sich als Residualcodes J18.8 „Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet“ und J18.9 „Pneumonie, nicht näher bezeichnet“. Ein übergeordneter Code für „Pneumonie“ wäre für die Hausarztmedizin völlig ausreichend und würde eine sinnvolle Bündelung aller anderen Pneumonicodes bedeuten.

Dazu kommt die Problematik der aufwendigen doppelten Codierung im Sinne der Kreuz-Stern-Systematik: Einige der Codes, die Folgekrankheiten beschreiben, erfordern die gleichzeitige Codierung der Grunderkrankung. In der ICD-10 ist beispielsweise eine Polyneuropathie bei Diabetes mellitus Typ 2 als E11.40 „Diabetes mellitus Typ 2 mit neurologischen Komplikationen, nicht entgleist“ zu verschlüsseln und zusätzlich bei Behandlungsrelevanz als G53.2* „Diabetische Polyneuropathie“.

Zudem geht die ICD-10, als eine von den Bedürfnissen von Spezialisten gespeiste Klassifikation, von akuten Zuständen aus, wie sie im Krankenhaussetting relevant sind. HausärztInnen hingegen betreuen ihre PatientInnen über die Zeit. Wird aus einem anfangs „unkomplizierten Diabetes“ ein „Diabetes mit neurologischen Komplikationen“ oder gar ein „entgleister Diabetes“, ist neu zu codieren. Im Folgequartal ist der „entgleiste Diabetes“ wahrscheinlich

wieder ein „nichtentgleister Diabetes“ und damit noch einmal umzucodieren.

Den meisten HausärztInnen dürfte die Richtigkeit des Codes und des Codiervorgangs gleichgültig sein, da sie keinen eigenen Anwendungszweck für die entstehenden Daten haben. Ein für HausärztInnen adäquater Thesaurus könnte daher die Codierqualität erhöhen. Eine andere Möglichkeit wäre, wenigstens die zum Teil fehlerhaften selbst erstellten Hauslisten durch eine korrekte „offizielle Hausliste“ zu ersetzen. Diesen Weg ging das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), indem es 2013 eine „Hausarzt-Thesaurus“ genannte Liste (eigentlich eher eine Art „offizielle Hausliste“) mit den wichtigsten ICD-10-Codes für die Hausarztpraxis auf Basis der International Classification of Primary Care (ICPC-2) erstellte. Es besteht der Verdacht, dass diese eigentlich gut gemachte Liste in nicht ausreichender Qualität in den PVS umgesetzt wurde und daher wenig genutzt wird. Dieser „Hausarzt-Thesaurus“ wurde im Herbst 2017 aktualisiert und erweitert. Dass er seinen Zweck der Verbesserung der Codierqualität erfüllt, ist durchaus wahrscheinlich. Es muss jedoch gesichert werden, dass er auch so in die PVS integriert wird, dass er funktioniert und sich zur Nutzung anbietet. Danach muss evaluiert werden, ob er tatsächlich eine Hilfe darstellt und zur Verbesserung der Codierqualität beiträgt. Der Antrag für ein entsprechendes Forschungsprojekt ist gerade in Arbeit.

Wir wollen hier aus Platzgründen nicht weiter ins Detail gehen, behaupten jedoch, dass die ICD-10 weder geeignet ist, das Gebiet der Primärmedizin ausreichend gut zu beschreiben, noch für spezifische Fragestellungen im Bereich der Primärmedizin eine adäquate Gruppierung der einzelnen Kategorien zur Verfügung stellt. Die für die Primärmedizin so wichtige Codierung des Beratungsanlasses (der Grund, warum der/die PatientIn kam) entfällt mit der ICD vollständig.

Gibt es eine geeignete Klassifikation für die Hausarztmedizin?

Diese Frage lässt sich mit einem klaren „Ja“ beantworten: Die International Classification of Primary Care (ICPC) ist die für HausärztInnen geeignete Klassifikation. Sie wurde von der Wonca (Weltorganisation der HausärztInnen), genauer dem Wonca International Classification Committee (WICC) entwickelt. Die aktuelle Version (ICPC-2) stellt den Klassifikationsstandard für die Primärmedizin in einigen europäischen Ländern dar. Auch Österreich hat gerade eine Nutzungslizenz für die Primärmedizin erworben. Derzeit wird an der Universität Nijmegen (Niederlande) begonnen, über ein internationales Konsortium die ICPC-3 zu entwickeln. Die ICPC ist nicht nur eine geeignete Klassifikation, um die Primärmedizin zu beschreiben, sondern stellt darüber hinaus über ein sogenanntes Mapping (Linking), also eine semantische Verbindung der Codes von ICPC-2 und ICD-10, eine hausärztliche Sicht auf die ICD-10 dar. Die aus hausärztlicher Sicht fehlende sinnvolle Gruppierung der ICD-10-Codes wird darin hergestellt. Wie im niederländischen TransHIS-Netzwerk (www.transhis.nl) praktiziert, ließe sich ein zweischrittiger Codiervorgang mit beiden Klassifikationen durchführen. Dabei wird zunächst in der sehr viel übersichtlicheren ICPC-2 der richtige Code gesucht und von dort aus das Mapping in die ICD-10 geöffnet. Aus einer begrenzten Zahl von ICD-10-Codes kann nun ausgewählt werden, um genau richtig zu codieren. In der ICPC-2 besteht zudem die Möglichkeit, den Beratungsanlass zu codieren. Über den Beratungsanlass könnte mit der entsprechenden Software ein empirisch ermitteltes Angebot der häufigsten aus diesem Beratungsanlass folgenden Diagnosen angeboten werden. So käme zwar die Codierung des Beratungsanlasses hinzu, der Codiervorgang der Diagnose ließe sich dadurch jedoch vereinfachen und abkürzen. Die Codierung des Beratungsanlasses könnte bereits von den medizinischen Fachangestellten an der Anmeldung übernommen werden.

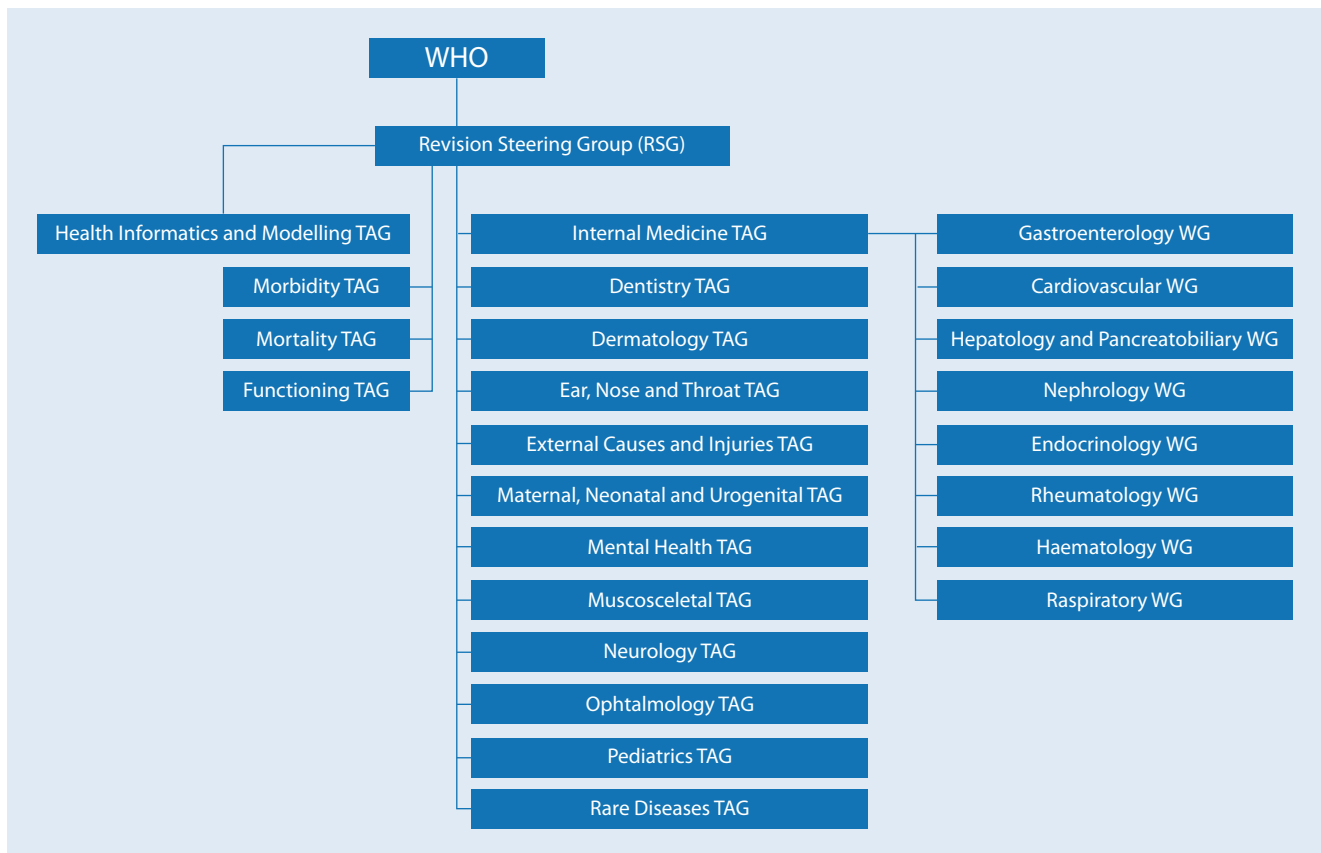


Abb. 1 ▲ Beispiel eines Organisationsdiagramms des Revisionsprozesses der ICD in der WHO [12]

Auf dem Beratungsanlass aufbauend, könnten auch von den MFA vorzubereitende praxisinterne Behandlungspfade abgearbeitet werden, die den Hausarzt entlasten.

Auch jetzt schon ließe sich mit der ICPC-2 ein Morbi-RSA durchführen, da die ICPC-2 in das ACG-System der Johns-Hopkins-Universität (Adjusted Clinical Groups; <https://www.hopkinsacg.org/>) integriert ist, das den Anwendungszweck der Ressourcenverteilung in einem Gesundheitswesen mit einschließt. Mit der ICPC-2 liegt somit eine adäquate Klassifikation vor, die Hausarztmedizin zu beschreiben, die zudem mit der ICD-10 kompatibel ist.

Wird die ICD-11 für HausärztInnen besser geeignet sein?

Die wesentliche Neuerung der ICD-11 gegenüber der ICD-10 wird sein, dass sie nicht mehr als Buch verwendet wird, sondern als Datenbank für die Nutzung am Computer vorgesehen ist. Sie basiert auf

einem sogenannten Foundation Layer, also einer umfassenden Sammlung definierter Konzepte mit all ihren jeweiligen semantischen Verknüpfungen untereinander (z. B. A ist Teil von B ...). In diesen Foundation Layer wurden auch alle Konzepte der ICPC-2 aufgenommen. Auf den Foundation Layer setzen die sogenannten Linearizations, also die eigentlichen Klassifikationen, auf. Die für die Zwecke der WHO wichtigste ist wohl die Joint Linearization for Morbidity and Mortality Statistics (JLMMS). Die JLMMS wird die neue elfte Version der ICD darstellen. An ihrer Oberfläche ändert sich zunächst wenig. Die Codes (als Buchstaben-Zahlen-Folge) ändern sich, die Kapitelstruktur bleibt weitgehend gleich und die Zahl der Kategorien wächst vermutlich wie mit jeder Vorgängerversion auch. Aus hausärztlicher Perspektive ist zunächst keine Verbesserung ersichtlich. Woher auch sollte eine Verbesserung kommen? In der Organisationsstruktur des Revisionsprozesses werden Primärmediziner nicht berücksichtigt (siehe ▣ Abb. 1; [12]). Sie wa-

ren somit nicht wesentlich an der Entwicklung beteiligt.

Eine Erleichterung für HausärztInnen bietet allerdings die Veröffentlichung der ICD-11 als Datenbank. Über intelligente Suchfunktionen (Browser) kann der richtige Code schnell gefunden werden und bis zum Schweregrad hin weiter verfeinert werden („post coordination“). Diese Logik des Aufbaus ist deutlich einfacher als die bisherige Kreuz-Stern-Logik. Die Integration dieser Datenbank samt ihrem Browser in die 182 verschiedenen PVS auf dem deutschen Markt könnte eine Vereinheitlichung des Codiervorgangs und eine Verbesserung der Codierqualität bedeuten.

Im Vergleich zur Codierung über das dicke Buch der ICD-10 und dessen oft ungenügende Umsetzung des Codiervorgangs in den PVS bieten die ICD-11 und der Browser zwar sehr wohl eine Erleichterung der Codierung, im Vergleich zur aktuell gefundenen Lösung der Codieraufgabe über die eigenen Hauslisten bleibt der Aufwand aber weiterhin deut-

lich erhöht. Auch das Problem des zu umfangreichen Thesaurus bleibt weiterhin bestehen.

Neben der JLMMS soll, beauftragt von der WHO, eine „Primary Care Linearization“ der ICD-11 entwickelt werden. Drei der Autoren sind an dieser Entwicklung beteiligt (Thomas Kühlein, Martti Virtanen und Kees van Boven). Zwei von ihnen (Thomas Kühlein und Kees van Boven) sind parallel maßgeblich an der Entwicklung der ICPC-3 beteiligt. Die Entwicklung der ICPC-3 folgt einer klar definierten Methodik. Die Auswahl der Codes basiert auf international empirisch ermittelten Häufigkeiten und die Entwickler haben geschützte (bezahlte) Zeit, ihre Arbeit zu machen. All das fehlt bislang für die Entwicklung einer „Primary Care Linearization“ der ICD-11. Auch wird die Entwicklung finanziell kaum unterstützt, weshalb der Entwicklungsprozess nur sehr langsam fortschreitet. Die Entwicklung erfolgt nicht in Kooperation mit den Spezialisten, sondern post hoc zur JLMMS beziehungsweise parallel dazu. Es ist zu erwarten, dass das Ergebnis entsprechend ungenügend ausfallen wird, und zu befürchten, dass es dennoch zum Standard erhoben werden wird.

Schlussfolgerungen, Lösungen und Chancen

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die ICD-10-GM keine adäquate Klassifikation für die Primärmedizin darstellt und dass auch der Thesaurus des DIMDI ungeeignet ist. Die Gesamtsicht auf die Problematik zeigt eine erhebliche Komplexität der Anwendungszwecke der ICD-Daten, die fast alle außerhalb der Bedarfe der codierenden Ärzte selbst liegen.

Das Zi hat eine gerade aktualisierte Hausliste mit den für HausärztInnen wichtigsten ICD-10-Codes zusammengestellt, deren Umsetzung in die PVS jedoch ungewiss und deren Praktikabilität im Alltag noch zu prüfen ist. Sie stellt aus hausärztlicher Sicht einen Schritt in die richtige Richtung dar.

Mit der ICPC-2 liegt bereits jetzt eine adäquate Klassifikation für die Hausarztmedizin vor, die über das Mapping auch gemeinsam mit der ICD-10 verwendbar

wäre. Dies wird auch für die ICPC-3 in Kombination mit der ICD-11 der Fall sein.

HausärztInnen wollen in erster Linie die Krankheitsbezeichnung in ihrer Karteikarte stehen haben, die sie bei ihrer Suche nach dem richtigen Code im Kopf hatten und die das individuelle Krankheitsbild ihrer PatientInnen am besten beschreibt. Um die Codierung für HausärztInnen zu erleichtern, wäre deshalb neben der Zi-Hausliste ein umfangreicher, empirisch ermittelter Hausarztthesaurus eine wichtige Hilfe. Da die Einträge des DIMDI-Thesaurus jeweils mit einer sogenannten Alpha-ID hinterlegt sind, ließe sich durch Auswertung der PVS von Hausärzten – die den DIMDI-Thesaurus nutzen – leicht ermitteln, welche Thesauruseinträge in Hausarztpraxen tatsächlich genutzt werden. Über eine Analyse der Häufigkeiten der gefundenen Einträge könnte man einen sinnvollen Cut-off zwischen Vollständigkeit und Praktikabilität des Thesaurus bestimmen.

Ein weiterer Weg, um die Codierqualität zu verbessern, könnte ein höherer Standardisierungsdruck auf die PVS-Anbieter sein. Aktuell befinden sich laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) auf dem deutschen Markt 182 verschiedene PVS. Deren Lösungen zur Umsetzung des Codiervorgangs sind sehr heterogen. Die PVS können, soweit ersichtlich, alle nicht untereinander kommunizieren. Auch eine Kommunikation mit Krankenhäusern oder Apotheken ist bislang nicht möglich. In einer Zeit, in der man von einer „Informationsgesellschaft“ spricht, ist dies ein mehr als unbefriedigender Zustand, der sich offensichtlich seit Langem nicht von selbst durch Marktkräfte bereinigt. Könnten Arztbriefe bei Krankenhausentlassung und von Gebietsärzten elektronisch übertragen werden, ließen sich von dort nicht nur die Codierungen übernehmen, sondern beispielsweise auch Medikationspläne mühelos abgleichen. In einer Zeit, in der die Politik zunehmend von Telemedizin schwärmt, scheint der Zustand der medizinischen Kommunikation in Deutschland geradezu absurd und hinkt weit hinter vielen europäischen Nachbarländern her.

Soll die Datenqualität noch weiter verbessert werden, müssen entweder eigene

Anwendungsmöglichkeiten für die codierenden ÄrztInnen geschaffen werden, um ihre Motivation zur korrekten Codierung zu steigern, oder die Codierung muss in die Hände professioneller bezahlter Codierer gelegt werden. In jedem Fall werden dafür geeignete Klassifikationen, Thesauren und intelligente Softwarelösungen benötigt.

Worin könnten eigene Anwendungszwecke für PrimärmedizinerInnen bestehen? Professionalität erfordert unter anderem zwei entscheidende Dinge: Reflexion der Ergebnisse des eigenen Handelns und Rechenschaftspflicht gegenüber der Gesellschaft [13, 14]. Eine klinische Qualitätssteuerung („clinical governance“), wie sie in England als Top-down-Verfahren etabliert wurde, sollte eigentlich eine professionelle Selbstverständlichkeit sein, also bottom-up erfolgen. Mit adäquaten Dokumentationssystemen müsste sie nicht notwendigerweise zu unzumutbarem Dokumentationsaufwand führen [15–17]. Für eine klinische Qualitätssteuerung braucht man qualitativ gute und geeignete Daten. Beide Anwendungszwecke: Codierung einerseits für eigene Zwecke und andererseits für administrative Zwecke wie den Morbi-RSA, könnten Hand in Hand gehen. Die Reflexion der Ergebnisse des eigenen Handelns und die Erfüllung der Rechenschaftspflicht gegenüber der Gesellschaft müssen erst erlernt werden und als selbstverständliche professionelle Kultur wachsen. Um dies zu erleichtern, könnte man beides durch finanzielle Anreize fördern.

Aktuell werden zwei Klassifikationen für die Primärmedizin neu entwickelt: die Primary Care Linearization der ICD-11 und die ICPC-3. Das Wesen eines Standards, wie eine Klassifikation ihn darstellt, ist jedoch, dass es nur einen, nicht zwei davon gibt. Das sich der bessere Standard – die ICPC – durchsetzen wird, ist nicht gesichert, da sich die WHO offensichtlich weigert, das „Konkurrenzprodukt“ ICPC als offizielle Version für die Primärmedizin anzuerkennen. Gerade durch die erfolgte Übernahme der ICPC-Codes in den Foundation Layer der ICD-11 wäre dies jedoch ein Leichtes. Die ICPC-2 ist damit bereits jetzt ein Teil der ICD-11.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. T. Kühlein

Allgemeinmedizinisches Institut, Universitätsklinikum Erlangen

Universitätsstraße 29, 91054 Erlangen, Deutschland

thomas.kuehlein@uk-erlangen.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. C. Claus und U. Popert geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht. Für die Autoren besteht kein Interessenkonflikt über die persönliche Mitgliedschaft in folgenden Organisationen: T. Kühlein: Chair des Wonca International Classification Committee (WICC). M. Virtanen: CEO des Nordic Case-mix Centre, Helsinki Area, Finland, Direktor des WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications in the Nordic Countries. K. van Boven: Co-Chair des Wonca International Classification Committee, CEO und Chefentwickler des internationalen Konsortiums zur Entwicklung der ICPC-3, Präsident des TransHIS-Netzwerks, Niederlande.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Meyer RL (2005) Die ICD-10 und die deutsche Ärzteschaft – eine Komödie, ein Trauerspiel oder ein Lehrstück? *Prim Care* 5:296–302
2. Harnard S (2005) To cognize is to categorize: cognition is categorization. In: Cohen H, Lefevbre C (Hrsg) *Handbook on categorization in cognitive science*. Elsevier, Oxford
3. Bowker GC, Star SL (2000) *Sorting things out: classification and its consequences*. MIT Press, Cambridge
4. Claus C, Chenot J-F, Popert U (2011) Diagnosen-Kodierung in der hausärztlichen Praxis – Ergebnisse einer Befragung auf der Practica 2011. *Z Allg Med* 87:84–88
5. Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J (Hrsg) (2008) *Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis – Vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis*. Urban & Vogel, München
6. Schramm A, Steinbronn R, Klewer J, Kugler J (2014) Analyse der ambulanten Kodierqualität in Sachsen und Thüringen anhand von Leistungsdaten der AOK PLUS – die Verwendung des Zusatzkennzeichens „Z“ in der Diagnosedokumentation. *Gesundheitswesen* 76:750–754
7. Ozegowski S (2013) Regionale Unterschiede in der Kodierqualität ambulanter Diagnosen. *Gesundheit Ges Wiss* 13(1):23–34
8. Drösler S, Neukirch B (2014) Evaluation der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Krefeld. http://www.kbv.de/media/sp/2014_11_18_Gutachten_Kodierqualitaet.pdf. Zugegriffen: 1. Jan. 2018
9. IGES (2012) *Bewertung der Kodierqualität von Vertragsärztlichen Diagnosen. Eine Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbands in Kooperation mit der Barmer GEK*. IGES Institut, Berlin
10. Erler A (2007). *Garbage in – Garbage out? Validität von Abrechnungsdiagnosen in hausärztlichen Praxen als Voraussetzung für die Einführung eines diagnosebasierten risikoadjustierten Vergütungssystems*. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Dr. med., Medizinischen Fakultät der Charité – Universitätsmedizin Berlin
11. Wockenfuss R, Frese T, Herrmann K, Claussnitzer M, Sandholzer H (2009) Three- and four-digit ICD-10 is not a reliable classification system in primary care. *Scand J Prim Health Care* 27:131–136
12. WHO ICD revision organizational structure. http://www.who.int/classifications/icd/TOR_FTAg13August10.pdf. Zugegriffen: 1. Jan. 2018
13. Schön DA (1983) *The reflective practitioner—how professionals think in action*. Basic Books, New York
14. Winthereik BR, van der Ploeg I, Berg M (2007) The electronic patient record as a meaningful audit tool: accountability and autonomy in general practitioner work. *Sci Technol Human Values* 32:6–25
15. Kühlein T, Carvalho A, Viegas Dias C, Rodrigues D, Pinto D (2017) Wie versorge ich meine Patienten mit...? – Eine Frage der Professionalität. *Z Allg Med* 93:396–401
16. Maun A (2017) Primärvärdsqualität – ein System zur Qualitätsverbesserung in der schwedischen Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 93:402–406
17. Hummers E (2017) Schweden gegen Deutschland 1:0. *Z Allg Med* 93:407–409