

## Allgemeinmedizin

Thorsten Körner<sup>1</sup>  
 Anke Saad<sup>1</sup>  
 Gunter Laux<sup>1</sup>  
 Thomas Rosemann<sup>1</sup>  
 Martin Beyer<sup>2</sup>  
 Joachim Szecsenyi<sup>1</sup>

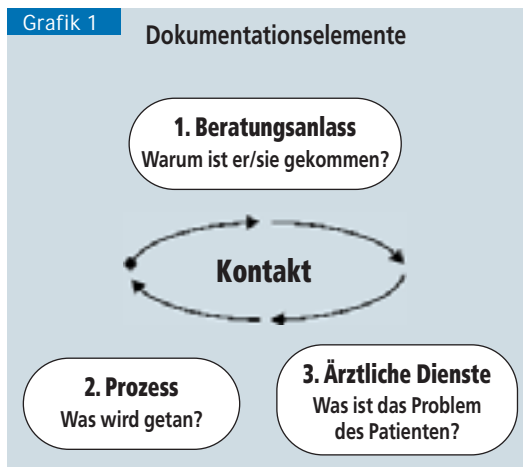
# Die Episode als Grundlage der Dokumentation

Eine episodenzugeordnete Patientenakte mit einer speziell für die Allgemeinmedizin entwickelten Klassifikation verbessert die Datenbasis in der hausärztlichen Versorgung.

**E**pidemiologische Daten aus Hausarztpraxen sind in Deutschland kaum verfügbar, entsprechende Untersuchungen älteren Datums (1, 2, 3, 4). Studien zu Morbiditätsverschiebungen liegen nicht vor. Ebenso fehlen kontinuierliche Beschreibungen der Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung und der Verknüpfung von Beratungsanlässen und -ergebnissen oder Diagnosen sowie der veranlassten Leistungen (wie Medikamenten-, Heilmittelverordnungen, Krankenhauseinweisungen, Laboruntersuchungen). Die quartalsweise übermittelten Routinedaten mit ICD-10-Diagnosen geben keine zusammenhängende und vor allem keine wirklichkeitsgetreue Information, denn in der Allgemeinmedizin stehen Beratungsanlässe gegenüber klar definierten Diagnosen im Vordergrund. Erfahrungen aus Belgien, den Niederlanden und Großbritannien zeigen, dass durch eine bessere Dokumentation und allgemeinmedizinische Datenbanken wichtige Beiträge zu Forschung und klinischer Praxis in der Allgemeinmedizin geleistet werden können (5, 6, 7, 8, 9).

Eine episodenzugeordnete elektronische Patientenakte mit einer für die Allgemeinmedizin entwickelten Klassifikation ist hierbei von zentraler Bedeutung. Gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), baut die Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg ein Netzwerk mit Allgemeinpraxen auf, die eine episodenzu-

Grafik 1



bezogene Praxissoftware und die International Classification for Primary Care (ICPC-2 E/electronic version) einsetzen.

Ein allgemeinmedizinisches Klassifikationssystem muss dem Hausarzt ein geeignetes Raster zur Verfügung stellen, in dem er die Patientenprobleme versorgungsnah abbilden kann. Um dieser Besonderheit der primärärztlichen Versorgung Rechnung zu tragen, wurde die International Classification for Primary Care entwickelt (ICPC-2). Die erste Fassung der ICPC hat die World Organization of Family Doctors (WONCA) 1987 als ICPC-1 veröffentlicht (10). In dieser Klassifikation waren erstmals die drei wesentlichen medizinischen Dokumentationselemente vereint (11) (*Grafik 1*):

1. Beratungsanlass,
2. Diagnose oder Problem und
3. Behandlungsprozess.

Die siebzehn Kapitel der derzeit verwendeten ICPC-2 E entsprechen Organsystemen und sind jeweils in sieben Komponenten gegliedert. Diese Struktur ermöglicht eine rationelle und umfassende Klassifizierung.

Im Rahmen des vom BMBF geförderten Projekts CONTENT (CONTinuous morbidity registration Epidemiological NeTwork; [www.content-info.org](http://www.content-info.org)) wurde die deutsche Übersetzung der ICPC-2 (12) überarbeitet und erstmals in elektronischer Form verfügbar gemacht (*Grafik 2*).

Die allgemeinmedizinische Versorgung ist eher durch Beratungsanlässe als durch Diagnosen bestimmt. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zur häufig eng umschriebenen

Versorgung durch Fachspezialisten, die in der Regel eine Diagnosestellung als Resultat eines Patientenkontaktes hat. Als Beratungsanlass im Projekt CONTENT werden alle Gründe berücksichtigt, weswegen die Patienten das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen. Zu den Gründen zählen Symptome und Beschwerden, bereits bekannte Krankheiten, die Nachfrage von diagnostischen oder präventiven Leistungen, Verschreibungen und Überweisungen, die Übermittlung von Testergebnissen und sozialrechtliche Gründe, wie Atteste und Anträge. Die Beratungsanlässe sind meist mit einem oder mehreren zugrunde liegenden Problemen verknüpft, die der Arzt am Ende der Konsultation dokumentiert und die vom ursprünglichen Beratungsanlass abweichen können. ICPC-2 wird international eingesetzt und ist in zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten untersucht worden. Einen Überblick gibt die Internet-Seite des WONCA International Classification Committee der Weltorganisation für Allge-

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

<sup>2</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main

meinmedizin: [www.GlobalFamilyDoctor.com/wicc](http://www.GlobalFamilyDoctor.com/wicc).

Eine Episode umfasst sämtliche zu einem Gesundheitsproblem gehörenden Elemente – von der ersten Vorstellung des Gesundheitsproblems durch den Patienten bei seinem Hausarzt bis zur letzten Beratung wegen dieses Problems oder dessen Beendigung. Die Episode ist also ein ordnendes Element und enthält die problemorientierten Einträge über die Dauer eines Gesundheitsproblems.

Die ärztliche Diagnose wird wie bisher auch als ICD-10 angegeben, aber einer Episode zugeschrieben. Die zu einem Beratungsanlass passende Diagnose kann durch den Thesaurus ausgewählt werden, der bestimmte Zusammenhänge vorschlägt.

Behandlungsprozess und Krankheitsverlauf werden nach mehreren Patientenkontakten deutlich, wenn einer bestehenden Episode weitere Daten zugeordnet werden. Sämtliche zusammenhängenden Medikationen, Überweisungen und Befunde lassen sich filtern und übersichtlich darstellen.

### Fallbeispiel

Im Fallbeispiel werden die Dokumentation eines 60-jährigen Patienten mit Diabetes mellitus und die Journalstruktur der Episodenstruktur gegenübergestellt (Grafik 3).

Bei der herkömmlichen Dokumentation mittels Praxissoftware ordnet der Arzt die auf den Behandlungsfall bezogenen Einträge, wie Diagnose, Anamnese, Labor und Medikamente, einem Datum zu. Während eines typischen Hausarztbesuchs äußern Patienten durchschnittlich drei bis fünf Anliegen. Dies wurde durch die Einführung der Praxisgebühr unterstützt. Der Diabetiker aus dem Fallbeispiel äußert zusätzlich grippale Beschwerden, die Besorgnis über einen zu hohen Blutdruck und den Wunsch nach Krankenschreibung. Dies ist in einer Journalstruktur lediglich chronologisch, aber nicht strukturiert darstellbar und führt zwangsläufig zu einer unübersichtlichen Beschreibung.

Wendet der Arzt ICPC-2 und die Episodenstruktur als ordnendes Prinzip an, erscheinen die mit einem Patientenkontakt verbundenen Einträge zwar auch unter einem Datum, lassen sich aber durch eine Filterfunktion nach Episoden geordnet darstellen. Alles, was zur Episode Diabetes mellitus zählt, ist in einer separaten Übersicht abrufbar. Somit sind die Krankheits- und Behandlungsverläufe mit ihren zugehörigen beratenden, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen übersichtlich verfügbar. Früher getroffene Entscheidungen bleiben verständlich, und die Zuordnung der Medikamente hilft, Fehler zu vermeiden und die Medikamentenanamnese nachvollziehbar zu gestalten.

Die ICPC-2 wurde ursprünglich als Klassifikation für Beratungsanlässe konzipiert. Sie unterstützt die strukturierte und nachvollziehbare Darstellung der konkreten Beweggründe, die die Patienten in die Praxis geführt haben. So ist es zunächst nicht Diabetes mellitus, der einen Patienten veranlasst, seinen Hausarzt aufzusuchen, sondern es sind vielmehr Symptome wie Durstgefühl, Schwitzen oder Gewichtszunahme. Solche Beratungsanlässe gehen in der bisherigen Dokumentation im Journal leicht verloren. Wenn sie mit der ICPC-2 klassifiziert werden, können sie anschließend ausgewertet und verglichen werden. Durch die Episodenzuordnung trägt die komplette Dokumentation auch zu einem wesentlich besseren Fallverständnis bei.

### Unterschiedliche Anforderungen

Die episodensbasierte Dokumentation verwendet eine kompakte allgemeinmedizinische Klassifikation zur Erfassung von Beratungsanlässen und eine halbautomatisierte Doppelkodierung in der ICPC-2 E und ICD-10 durch Überleitungstabellen und einen hinterlegten Thesaurus. Innerhalb des Projekts CONTENT wurden eine Anforderungsspezifikation und ein Pflichtenheft für Systemhäuser erstellt. Diese

Grafik 2

ICPC-Matrix

Kapitel	Komponenten						
	1 (0-29) Struktur- und Systeme	2 (30-49) Diagnose und Indikation im Rahmenplan	3 (50-59) Medikation, Beratung, UMG, Maßnahmen	4 (60-69) Labor, Untersuchungsergebnisse	5 (70-79) Klinische Verlauf	6 (80-89) Diagnostik, Therapie, UMG, Familienplanung	7 (90-99) Diagnostik, Ernährung
A Allgemein und unspezifisch	A01-29	A30-49	A50-59	A80-81	A82	A83-89	A70-89
B Blut, blutbildende Organe, Immunsystem	B01-29	B30-49	B50-59	B80-81	B82	B83-89	B70-89
D Verdauungssystem	D01-29	D30-49	D50-59	D80-81	D82	D83-89	D70-89
F Auge	F01-29	F30-49	F50-59	F80-81	F82	F83-89	F70-89
H Ohr	H01-29	H30-49	H50-59	H80-81	H82	H83-89	H70-89
K Kreislauf	K01-29	K30-49	K50-59	K80-81	K82	K83-89	K70-89
L Bewegungsapparat	L01-29	L30-49	L50-59	L80-81	L82	L83-89	L70-89
N Neurologisch	N01-29	N30-49	N50-59	N80-81	N82	N83-89	N70-89
P Psychologisch	P01-29	P30-49	P50-59	P80-81	P82	P83-89	P70-89
R Atmungsorgane	R01-29	R30-49	R50-59	R80-81	R82	R83-89	R70-89
S Haut	S01-29	S30-49	S50-59	S80-81	S82	S83-89	S70-89

#### Kapitelübersicht:

- A: Allgemein und unspezifisch
- B: Blut, blutbildende Organe, Immunsystem
- D: Verdauungssystem
- F: Auge
- H: Ohr
- K: Kreislauf
- L: Bewegungsapparat
- N: Neurologisch
- P: Psychologisch
- R: Atmungsorgane
- S: Haut
- T: Endokrin, metabolisch, Ernährung
- U: Urologisch
- W: Schwangerschaft, Geburt, Familienplanung
- X: Weibliches Genitale
- Y: Männliches Genitale
- Z: Soziale Probleme

Grafik 3

Journalstruktur versus Episodenstruktur  
(Fallbeispiel)Bisherige Dokumentation  
(Journalstruktur)

Kürzel	Texteintrag
D	Hypertonie
D	Diabetes mellitus
D	Grippaler Infekt
M	Metformin 850

A = Anamnese  
D = Diagnosen  
M = Medikamente  
K = Krankheitsfall  
F = Formular

## Episodenbezogene Dokumentation

Kürzel	Texteintrag	ICPC-Kode
K	Bluthochdruck, unkompliziert	KF1: K86
K	Diabetes mellitus, insulinabhängig	KF2: T89
K	Grippe	KF3: A
F	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	KF3: A62
A	Erhöhter Blutdruck	KF1: K85
A	Gewichtszunahme	KF2: T07
A	Fieber	KF3: A03
M	Metformin 850	KF2: T50

## Selektionsansicht

Kürzel	Episode 2: Diabetes mellitus	ICPC-Kode
K	Diabetes mellitus, insulinabhängig	KF2: T89
A	Gewichtszunahme	KF2: T07
M	Metformin 850	KF2: T50

Dokumente unterstützen die Weiterentwicklung elektronischer Patientenakten innerhalb integrierter Versorgungsmodelle. Dies ist jedoch nicht Bestandteil des Projektes. Zunächst stehen die Unterstützung der Dokumentation in Hausarztpraxen und die Verbesserung der Datenbasis zur Morbidität der Patienten im Vordergrund.

Die Anforderungen an medizinische Dokumentation und an elektronische Patientenakten sind je nach Interesse und Blickwinkel der Betroffenen sehr unterschiedlich. Für Patienten sind die freie Arztwahl, Wartezeiten, Zuzahlungen, der Umfang des Leistungskatalogs, die Versorgungsqualität und der Datenschutz wichtiger als die Struktur und Ausgestaltung der Dokumentation.

Für niedergelassene Ärzte gibt es je nach Arbeitssituation in der Einzel- oder Gemeinschaftspraxis und je nach Fachrichtung unterschiedliche Anforderungen an die Dokumentation. Allgemein gültige Ziele sind jedoch die übersichtliche Informationssammlung und Darstellung, die Verwendbarkeit für Lehre und Forschung, für Qualitätssicherung und für die Kommunikation mit Patienten, anderen Behandlern sowie Kranken- und Rentenversicherung. Ärzte befürchten weitere Kontrolle, mehr Bürokratie und Einschränkung der ärztlichen Freiheit. Unter den niedergelassenen Ärzten gibt es eine Fru-

stration über zunehmende Anforderungen an Dokumentation und Begründung von Maßnahmen gegenüber den Kostenträgern. Diese vorrangig abrechnungsbezogene Dokumentationsanforderung mindert die Bereitschaft, sich an der Weiterentwicklung von Dokumentationssystemen und elektronischen Patientenakten zu beteiligen.

## Abrechnungsunabhängige Dokumentation

Für die Kommunikation mit Krankenhäusern sind zusätzlich zu inhaltlichen Anforderungen an Einweisungsdiagnose und Anamnese, Medikation, Abrechnungsdaten, Entlassungsdiagnose und Darlegung der Behandlung technische Aspekte der Schnittstellengestaltung entscheidend. Die derzeit gängige Methode des Einscannens von Arztbriefen und Befunden führt zu nicht weiter verwertbaren Daten in der Praxis und ist bestenfalls eine Übergangslösung. Standards wie HL7 und SCIPHox stehen bereits zur Verfügung, um eine sinnvolle Einbindung solcher Informationen zu unterstützen ([www.sciphox.de](http://www.sciphox.de)).

Zu den primären Zielen von Krankenkassen zählen Abrechnung und Risikosteuerung sowie die Kommunikation mit Patienten und Behandlern. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung

strebt unter anderem eine morbiditätsbezogene Vergütung an. Hier gibt es deutliche Unterschiede zwischen ökonomischen Fallgewichten und medizinischen Schweregraden. Erfahrungen aus dem stationären Bereich zeigen für die Kliniker wenig befriedigende Lösungen mit diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs), inhaltliches Unverständnis und Frustration über unvollständige und medizinisch unzutreffende Abbildung diagnostischer und therapeutischer Leistungen.

Das Ziel einer guten Dokumentation ist durch die primäre Nutzung zu Abrechnungszwecken und durch häufige Reformen des Abrechnungssystems immer neuen Fehlanreizen ausgesetzt. Daher wäre ein Modellversuch wünschenswert, der für ein Netzwerk von Arztpraxen zumindest für einen begrenzten Zeitraum eine abrechnungsunabhängige Dokumentation ermöglicht. Dies würde zu einer Darstellung medizinischer „Fallgewichte“ im ambulanten Sektor beitragen. Diese könnten den ökonomischen Gewichtungen von Fällen durch DRGs in Krankenhäusern gegenübergestellt und in die Diskussion um morbiditätsbezogene Regelleistungsvolumina mit einbezogen werden.

Die Lösung der Dokumentation von der Abrechnung unterstützt eine gute medizinische Dokumentation und ermöglicht die Entwicklung empirisch basierter Anforderungsspezifikationen und schließlich eine Zertifizierung medizinischer Software, wie es beispielsweise in Belgien der Fall ist. Die episodenzugehörige Dokumentation mit ICPC-2 E bietet durch ihre Anpassung an die Versorgungsrealität nicht nur einen deutlich höheren Nutzen für den dokumentierenden Arzt, sondern erhöht gleichzeitig die Akzeptanz der Dokumentation.

Zitierweise dieses Beitrags:  
Dtsch Arztebl 2005; 102: A 3168–3172 [Heft 46]



Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das beim Verfasser erhältlich oder im Internet unter [www.aerzteblatt.de/lit4605](http://www.aerzteblatt.de/lit4605) abrufbar ist.

Anschrift für die Verfasser:  
**Dr. med. Thorsten Körner**  
Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung  
Voßstraße 2, 69115 Heidelberg  
E-Mail: [thorsten.koerner@med.uni-heidelberg.de](mailto:thorsten.koerner@med.uni-heidelberg.de)

## Literaturverzeichnis Heft 46/2005, zu:

### Allgemeinmedizin

# Die Episode als Grundlage der Dokumentation

Eine episodenzugewandene Patientenakte mit einer speziell für die Allgemeinmedizin entwickelten Klassifikation verbessert die Datenbasis in der hausärztlichen Versorgung.

Thorsten Körner<sup>1</sup>, Anke Saad<sup>1</sup>, Gunter Laux<sup>1</sup>, Thomas Rosemann<sup>1</sup>, Martin Beyer<sup>2</sup>, Joachim Szecsenyi<sup>1</sup>

#### Literatur

1. Moehr JR, Haelm KD: Verdener Problem-Liste. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 1977.
2. Schach E: Die EVaS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: Deutscher-Ärzte-Verlag; 1989.
3. Braun RN, Haber P: Das Fälleverteilungsgesetz. Der Allgemeinarzt 1998, 19: 1848–1860.
4. Kerek-Bodden H, Koch H, Brenner G, Flatten G: Diagnosespektrum und Behandlungsaufwand des allgemeinärztlichen Patientenkontexts. Ergebnisse des ADT-Panels des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 2000, 94: 21–30.
5. Walley T, Mantgani A: The UK General Practice Research Database. Lancet 1997; 350: 1097–1099.
6. Hippisley-Cox J, Stables D, Pringle M: QRESEARCH: a new general practice database for research. Inform Prim Care 2004; 12: 49–50.
7. Vlug AE, van der Lei J, Mosseveld BM, van Wijk MA, van der Linden PD, Sturkenboom MC, et al.: Postmarketing surveillance based on electronic patient records: the IPCI project. Methods Inf Med 1999; 38 (4–5): 339–344.
8. Metsemakers JFM, Höppener P, Knottnerus JA, Kocken RJ, Limonard CBG. Computerized health information in the Netherlands: a registration network of family practices. Br J Gen Pract 1992; 42: 102–106.
9. Bartholomeeusen S, Kim CY, Mertens R, Faes C, Buntinx F: The denominator in general practice, a new approach from the Intego database. Fam Pract 2005; 22(4): 442–447.
10. 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.
11. Okkes IM, Jamouille M, Lamberts H, Bentzen N. ICPC-2-E. The electronic version of ICPC-2. Differences with the printed version and the consequences. Fam Pract 2000; 17: 101–106.
12. Lamberts H, Wood M, ed. ICPC: International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.