

Warum der Wal manchmal

Klassifikationen und der Umgang mit Daten



» DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Dem Klassifizieren von Krankheiten, dem Dokumentieren und Sammeln von Daten hängt etwas Bürokratisches an. Es wird unweigerlich mit Abrechnungsfragen und Kostenkontrolle verknüpft. Zu klassifizieren ist aber nicht nur administrative Schikane, sondern grundsätzlich menschlich.

von Thomas Kühlein und Joachim Szecsenyi

Klassifikationen reduzieren die komplizierte Welt mit ihren endlosen Varianten zu Gruppen aufgrund von Ähnlichkeiten, Unterschieden und Beziehungen. Ein Objekt gehört wegen eines Merkmals eindeutig oder eindeutig nicht zu einer bestimmten Klasse. Ein Beispiel ist der Wal, der in der Klassifikation Linnés zu den Säugetieren gerechnet wird, weil die Walkuh ihr Junges säugt. Ismael, Melvilles Erzähler von Moby Dick, ordnet den Wal anhand seines äußeren Erscheinungsbildes den Fischen zu. Er macht dabei das Gleiche wie der Wissenschaftler Linné, er klassifiziert – nur eben anders. Auch die klinische Forschung kommt ohne eine Reduktion durch Klassifikationen kaum aus. Zu klassifizieren ist also nicht nur administrative Schikane oder esoterische Wissenschaft, sondern grundsätzlich menschlich.

Warum die ICD für die Hausarztmedizin ungeeignet ist

Der Aufbau jeder Klassifikation bestimmt sich durch den Zweck, für den sie geschaffen wurde. Der ursprüngliche Zweck der ersten ICD (International Classification of Diseases)-Vorfahrin gegen Ende des 19. Jahrhunderts war die Klassifikation von Todesursachen. Die Grundstruktur der damaligen Klassifikation kann man immer noch in der heutigen ICD-10 entdecken. Das liegt auch daran, dass sich Klassifikationen schwer tun, mit dem Fortschritt mit zu wachsen. Durch Änderung der Grundstruktur würden frühere mit ihrer Hilfe gesammelte Daten ihre Vergleichbarkeit mit den heutigen verlieren. Dennoch ist die ICD im Zuge des gewaltigen medizinischen Fortschritts immer größer geworden. Das Ergebnis ist, dass sie in ihrem Wunsch allen zu dienen, nur noch wenigen gefällt.

Die Hausarztpraxis ist die erste Schnittstelle zwischen der Welt der Patienten und der Welt der Medizin. Ein großer Teil der Beschwerden, Ängste und Fra-

gen, mit denen Patienten zum Hausarzt gehen, gelangt nie zum Status einer Diagnose. Es gehört ja gerade zum hausärztlichen Handwerkzeug, nicht zu früh Diagnosen zu stellen. Die Aufgabe ist stattdessen, sich in diagnostischer Unsicherheit und daraus folgend im abwartenden Offenlassen zu gedulden. Die Kunst des Hausarztes liegt in der Unterscheidung von Selbstheilendem und Gefährlichem. Die ICD ist im Wesentlichen eine Diagnosenklassifikation. Als solche ist sie ungeeignet, weite Teile hausärztlicher Arbeit abzubilden. Ziel ihrer Einführung war erklärtermaßen die Kostenkontrolle. Die Gefahr liegt darin, dass das, was nicht abgebildet werden kann, auch nicht bezahlt wird.

Die ICPC-2 – eine Klassifikation für die Hausarztmedizin

Ein Klassifikations-Komitee (WICC) der WONCA, der Weltorganisation der Hausärzte, hat eine eigene Klassifikation, die International Classification of Primary Care (ICPC), für die Hausarztmedizin erarbeitet. Sie gehört zur Familie der Klassifikationen der Welt-Gesundheits-Organisation (WHO). Kern der ICPC-2 ist das Konzept der Behandlungsepisode (episode of care). Eine Behandlungsepisode beginnt mit dem ersten Kontakt eines Patienten mit seinem Arzt bezüglich eines bestimmten Gesundheitsproblems und endet mit dem letzten Kontakt bezüglich des-

selben Problems. Jeder Kontakt der Episode gliedert sich in Beratungsanlass, Beratungsergebnis und Prozess.

Die zweite Version, die ICPC-2, ist inzwischen so kompakt, dass sie sich auf einem einzigen beidseitig bedruckten Blatt darstellen lässt. Das hat seinen Grund: Je größer und komplexer der Bereich ist, in dem man arbeitet, desto weniger kann man sich um die Details der Einzelheiten kümmern und umgekehrt.

**Hausärzte müssen
ihre Leistungen
nachvollziehbar darstellen
können, um gerecht
belohnt zu werden**

doch ein Fisch ist



Die Pneumonie in der ICD-10

- J11.-Grippe mit Pneumonie, Viren nicht nachgewiesen
- J12.-Viruspneumonie, andersorts nicht klassifiziert
 - J12.0 Pneumonie durch Adenoviren
 - J12.1 Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren
 - J12.2 Pneumonie durch Parainfluenzaviren
 - J12.8 Pneumonie durch sonstige Viren
 - J12.9 Viruspneumonie; nicht näher bezeichnet
- J13.-Pneumonie durch Streptococcus Pneumoniae
- J14.-Pneumonie durch Hämophilus influenzae
- J15.-Pneumonie durch Bakterien, andersorts nicht klassifiziert
 - J15.0 Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae
 - J15.1 Pneumonie durch Pseudomonas
 - J15.2 Pneumonie durch Staphylokokken
 - J15.3 Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B
 - J15.4 Pneumonie durch Escherichia coli
 - J15.6 Pneumonie durch andere aerobe gramnegative Bakterien
 - J15.7 Pneumonie durch Mykoplasma pneumoniae
 - J15.8 Sonstige bakterielle Pneumonie
 - J15.9 Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet
- J16.-Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, andersorts nicht klassifiziert
 - J16.0 Pneumonie durch Chlamydien
 - 16.8 Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger
- J17.-Pneumonie bei andersorts klassifizierten Krankheiten
 - J17.0 Pneumonie bei andersorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten
 - J17.1 Pneumonie bei andersorts klassifizierten Viruskrankheiten
 - J17.2 Pneumonie bei Mykosen
 - 17.3 Pneumonie bei parasitären Krankheiten
 - J17.8 Pneumonie bei sonstigen andersorts klassifizierten Krankheiten
- J18.-Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
 - J18.0 Bronchopneumonie nicht näher bezeichnet
 - J18.1 Lobärpneumonie nicht näher bezeichnet
 - J18.2 Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet
 - J18.8 Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
 - J18.9 Pneumonie, nicht näher bezeichnet

Die Pneumonie in ICPC → R81 Pneumonie

CONTENT: Datenerfassung in der Hausarztpraxis

Jeder klassifiziert seinen Bedürfnissen entsprechend

Weltweit arbeiten hausärztliche Gruppierungen an der Umsetzung und Verbesserung der ICPC-2. In Deutschland ist das die Projektgruppe CONTENT (www.content-info.org) der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg. CONTENT bedeutet Continuos Morbidity Registration Epidemiologic NeTwork. Eine bestehende Praxissoftware (S3, Medimed Systec GmbH) wurde modifiziert und um ein Modul mit der Episodenstruktur erweitert. Inzwischen gibt es eine zweite Softwarefirma (Frey-ADV GmbH), die das Modul implementiert hat. Diese Software heißt Quincy. Das Programm wurde bereits erfolgreich in der Praxis erprobt. Mit einem Mausklick kann es alle zu einer Episode gehörenden Informationen gesammelt darstellen; der Computer gibt die eingegebenen Daten während der Konsultation sinnvoll gebündelt zurück. Diese neue Form der Informationsdarstellung führt zu einer besseren Übersicht und einem vertieften Fallverständnis.

Die am Projekt teilnehmenden Ärzte erhalten regelmäßige Feed-back-Berichte über die von ihnen anonymisiert an ein Rechenzentrum der Universität gelieferten Daten. So erhalten sie ein transparentes und nachvollziehbares Bild ihrer ärztlichen Arbeit. Die strukturierte Dokumentation in der logischen Klammer der Episode über eine praxistaugliche Software ist ein Novum in der deutschen Medizinlandschaft.

Die Professionalisierung der Hausarztmedizin

Es steht politisch außer Zweifel, dass die ärztliche Tätigkeit in Zukunft mit Nachweisen nicht nur der Einzelleistung, sondern auch der Qualität und Effektivität verknüpft sein wird. Diese

Nachweise sind ohne strukturierte Datenerfassung nicht möglich. Praxisdaten und ihre Analyse zur Darstellung und Verbesserung der eigenen Leistung sind Kernelement ärztlicher Professionalität. Sie sind auch das entscheidende Faustpfand in kommenden Verhandlungen mit den Kostenträgern.

In der aktuellen Situation werden Hausärzte zur Datenerhebung mittels einer ungeeigneten Klassifikation gezwungen, um ihr Tun zu kontrollieren. Große Teile ihrer täglichen Arbeit lassen sich so nicht abbilden. Besser wäre es, den Spieß umzudrehen und über die Datenerfassung mit einer geeigneten Klassifikation wie der ICPC-2 und der eigenständigen Analyse dieser Daten handlungs- und verhandlungsfähig zu werden.

Wir Hausärzte fordern gerechten Lohn für unsere Leistung. Solange wir unsere Leistung jedoch nicht nachvollziehbar darstellen können, werden wir uns schwer tun, diesen Lohn einzufordern. Diese Darstellung der Politik oder den Krankenkassen zu überlassen, wäre ein berufspolitischer Fehler. Der Besitz und professionelle Umgang mit eigenen, geeigneten Daten sind Grundlage unserer Professionalität und der zentrale Schlüssel in zukünftigen Verhandlungen mit Kostenträgern.

Dr. med. Thomas Kühlein,
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Universitätsklinikum Heidelberg,
 Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung,
 E-Mail: thomas.kuehlein@med.uni-heidelberg.de

Interessenskonflikte: keine
 CONTENT wird gefördert durch
 das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).