

Heinz Bhend, Thomas Rosemann

ICPC und eKG

Das Potential von ICPC¹ bei elektronischer Dokumentation

Die Wahrnehmung der Möglichkeiten und der Bedeutung von ICPC im Bereich der elektronischen Dokumentation in der Hausarztpraxis ist leider sehr einseitig und vor allem unvollständig. Noch haftet ICPC der Nimbus von «l'art pour l'art» oder allenfalls Forschungstool an. Hier soll nun skizziert werden, weshalb ICPC für die Zukunft unabdingbar ist und wo genau diese Klassifizierung konkret einen Mehrwert ergibt.

ICPC ist ein Ordnungstool – mehr nicht; damit aber auch keine Nomenklatur und keine Referenzierung. ICPC ist als Klassifikation von der WHO anerkannt [1] und steht nicht isoliert da, da sie gut mit ICD-10, SNOMED-CT (Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms) [2] und LOINC (Logical Observation Identifiers Names and Codes) [3] zusammenarbeiten kann. SNOMED ist eine Nomenklatur, LOINC eine möglichst vollständige Sammlung aller Begriffe der Medizin, speziell für klinische Untersuchungen und Laboruntersuchungen; damit eine Auflistung auf die man «sich beziehen (referenzieren²) kann».

ICPC ist gewissermassen die erste Sicht oder erste Ebene. Diese muss, entsprechend des hausärztlichen Alltags, eine grobe Orientierung geben. Durch die Prävalenzgewichtung für die Hausarztpraxis und die Kapitelstruktur, die sich an den Organsystemen orientiert, ist ICPC sehr praxisnahe. Da die Kapitel alle die gleiche Rubrikabfolge haben und der Umfang insgesamt «nur» 400 Codes enthält, ist ICPC relativ schnell erlern- und anwendbar [4].

Etikettierung der Dokumentation

Wir dokumentieren, ob papierbasiert oder elektronisch, unzählige Informationen. Medizinische Informationen sind grundsätzlich wertvoll, da sie, v.a. bei elektronischer Speicherung, das Potential haben, später einen Mosaikstein für ein Gesamtbild abzugeben.

Nur die weniger wertvollen Dinge bewahren wir allenfalls in einer einzigen Schachtel unsortiert auf. Sobald etwas wertvoll ist oder bei Bedarf schnell zur Hand sein sollte, haben wir ein Ordnungsprinzip – ein einfacheres oder ein komplexeres.

Ein weit verbreitetes und altbewährtes Ordnungsprinzip ist die Speicherung von Dingen in Schubladen und die Beschriftung dieser Schubladen. Dies hat den Vorteil, dass uns bei Bedarf auch jemand anders etwas holen könnte, wenn er weiss, wo die Schubladen sind und lesen kann. In Analogie dazu macht es Sinn, unsere Konsultationen zu «etikettieren», um Informationen schneller wieder zu finden. Das Wiederfinden der Informationen kann uns dann der Computer abnehmen.

Annahme

Hausarzt A hat seit der Umstellung auf elektronische Dokumentation alle Konsultationen mit ICPC kodiert.

¹ ICPC oder ICPC-2 steht für «International Classification in Primary Care»; aktuell ist die Version 2 gültig. Weitere Informationen unter www.icpc.ch oder http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_1062.aspx.

² Referenzieren ist die «Übersetzung» von engl. «Reference» oder «Referencing» – in diesem Zusammenhang ist gemeint, dass jedem medizinischen Begriff ein Code zugeordnet wird.

Benefit

- Für ein Gutachten der IV bezüglich «Rücken» kann er primär nur die Rückenprobleme hervorholen und bearbeiten (L84 und L86. L84: Rückensyndrom ohne Schmerzausstrahlung; L86: Rückensyndrom mit Schmerzausstrahlung).
- Für die Überweisung zum Diabetesspezialisten filtert er die Einträge zu T89 (Diabetes, nicht insulinpflichtig) raus und erstellt aufgrund dieser Einträge den Überweisungsbrief.
- Seinen klinischen Praxisspiegel kann er auf Knopfdruck (prozentuale Häufigkeit der Codes oder Kapitel) abrufen – ebenso den Workload in Form der Anzahl ICPC-Codes pro Konsultation. Erstmals wird ihm bewusst, dass er im Durchschnitt 2,7 Probleme pro Konsultation behandelt.

ICPC und Kommunikation/Datenaustausch

Elektronische Kommunikation bedeutet Austausch digitaler Daten und Weiterverarbeitung der Information. Sinnvollerweise sollte diese Weiterverarbeitung bei elektronischer Übermittlung «medienbruchfrei» sein. Heute wird oft nur die Information, wie z.B. «Cholezystektomie 1988», übermittelt. Der nachbehandelnde Arzt tippt in sein System wiederum «Cholezystektomie 1988» unter Anamnese ein. Bei strukturierter, elektronischer Übermittlung sollte dereinst dieser Anamneseeintrag automatisch am richtigen Ort gespeichert werden. Eine häufige Art des Informationsaustausches zwischen Hausärzten ist der Wechsel eines Patienten (z.B. infolge Umzugs). Wenn die beiden involvierten Hausärzte das gleiche Ordnungstool verwenden, besteht die Möglichkeit, die Daten weiter zu verwenden.

Annahme

Pat XY wechselt den Hausarzt infolge Umzugs. Sein bisheriger Hausarzt hat seine Konsultationen nach ICPC kodiert.

Benefit

Der neue Hausarzt hat das gleiche Ordnungssystem. Damit besteht die Möglichkeit, die Einträge des ehemaligen Hausarztes in die neue Software zu integrieren. Der neue Hausarzt kann somit auch später noch auf frühere Einträge des Kollegen zurückgreifen und bei Bedarf nach Problemen filtern. Da die Einträge «etikettiert» sind und er das Ordnungsprinzip kennt, findet er sie schneller.

Fernziel

Das Fernziel dieses Ansatzes ist der Datenaustausch ganzer Systeme von A nach B. Wir können aber schlecht von der Industrie fordern, dass sie mit grossem Aufwand die Technik zur Verfügung stellt, um diesen Transfer zu bewerkstelligen, wenn wir uns nach erfolgtem Datentransfer nicht orientieren können. In diesem Zusammenhang macht es wenig Sinn, wenn jeder *sein* Ordnungsprinzip hat.

Solange er nur von «seinem System A» nach «seinem neuen System B» wechselt, mag das verlustfrei möglich sein, sobald die technischen Tools zur Verfügung stehen. Bei Praxisassistenz, Zusammenführen von Einzelpraxen zu Gruppenpraxen oder Praxisaufgabe zwingen wir die Partner oder Nachfolger durch eigenes Versäumnis zu entsprechendem Mehraufwand.

Informationsmanagement

Je höher wir in der Dokumentationspyramide klettern, desto mehr kommt das Potential eines systematischen Ordnungstools zum Tragen (Abb. 1).

Viele Zusatzinformationen benötigen wir nicht zum einzelnen Patienten, sondern zu einem Problem oder einer Diagnose. Wenn die Informationen problembezogen hinterlegt werden, stehen sie systemweit für alle Patienten mit entsprechendem Problem X oder Diagnose Y zur Verfügung.

Dazu ein Beispiel: Ich kenne die Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie zur Methotrexatbehandlung beinahe auswendig – aber eben nur beinahe. Ich bin froh, wenn ich sie bei Bedarf schnell zur Verfügung habe. Nun macht es keinen Sinn, für jeden Patienten mit chronischer Polyarthritis diese Richtlinien individuell zu speichern. Bei einem Update müsste ja bei allen Patienten dieses PDF-Dokument ausgetauscht werden. Da ist nur eine zentrale Ablage, «angehängt» an den Code L88 sinnvoll.

Benefit

Sobald ein Code für einen Patienten aktiviert wird, stehen die hinterlegten Informationen offline in Form von Graphiken, PDF- oder Worddateien zur Verfügung oder es kann auf entsprechende Onlineinformationen³ zugegriffen werden. Eine neue Erkenntnis einer Fortbildung kann ebenfalls so «hinterlegt» werden und ist ab sofort bei Bedarf verfügbar. Änderungen müssen einmal zentral gemacht werden. Informationen stehen so zeitgerecht und aktualisiert zur Verfügung.

Medikamentenmanagement

ICPC kann durchaus auch mit der Medikation verknüpft werden. Im Endausbau des Episodenkonzepts ist dies so vorgesehen. Eine Vorstufe könnte sein, dass die Software «im Hintergrund mitlernt», bestimmte, sich wiederholende Kombinationen von ICPC-Codes und Medikationen registriert und bei Bedarf zu einem bestimmten ICPC-Code einen Vorschlag machen kann. Dies kann in der Hitze des Gefechts eine grosse Hilfestellung sein, soll aber immer nur «on demand» – d.h. nur bei Bedarf – aktiv werden. Für ein System von immer wieder aufblinkenden Popups, wie man sie etwa in ausländischen Softwarelösungen antrifft, kann ich mich persönlich gar nicht begeistern. Wenn ich aber anstehe, bin ich froh, mit einem Mausclick die gewünschte Information präsentiert zu bekommen. Das ist der Einstieg zu Clinical Decision Support oder einem Expertensystem.

Clinical Decision Support⁴

Der Ausgangspunkt der Idee ist einleuchtend: die richtige Information zur richtigen Zeit am richtigen Ort. Das ist schon sehr viel und wird durch die Bereiche Informationsmanagement und Medikamentenmanagement schon teilweise abgedeckt. Expertensysteme gehen aber noch weiter – sie sollen im Hintergrund mitarbeiten und bei Bedarf Hinweise liefern. Dies soll aber so individuell konfigurierbar sein, dass jeder Anwender selber entscheiden kann, wann und in welcher Form er diese Hilfe in Anspruch nehmen will. Es gibt ICPC-unabhängige und codeabhängige Informationen und Tools.

³ So sind z.B. die EBM-Guidelines unter www.ebm-guidelines.com via ICPC-Codes abrufbar.

⁴ Clinical Decision Support (CDS): Entscheidungsunterstützung für medizinische Diagnostik und Therapie.

⁵ Es gibt Bestrebungen, dass dies Aufgabe des Apothekers sei oder durch ein Onlinetool bewerkstelligt werden soll!

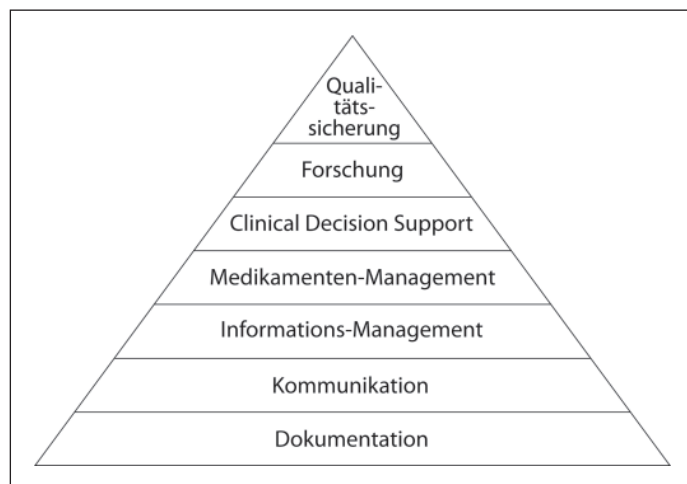


Abbildung 1

Dokumentationspyramide – die Grafik ist ein Versuch, die Bedeutung der elektronischen Dokumentation zu illustrieren. Die elektronische Dokumentation ist die Basis für weitere Möglichkeiten des IT-Einsatzes in der Arztpraxis.

Illustrationen

- Patient XY nimmt seit Jahren einen ACE-Hemmer – in letzter Zeit ist sein Kaliumwert gestiegen. Klar weiss jeder Hausarzt, dass hier Vorsicht geboten ist. Ich kann aber im System auch hinterlegen, dass bei ACE-Hemmern und Kalium über 4.5 eine Warnung erscheint. Dieses Beispiel ist nur als Illustration gedacht – andere, weitere und auch komplexere Konstellationen sind denkbar.
- Medikamenteninteraktionen: Die Systeme sind noch lange nicht ausgereift. Wir könnten sie aber weiter «tunen». Wichtig wäre auch hier, das Heft in die Hand zu nehmen und die tausendfachen Verschreibungen der Hausärzte professionell auszuwerten und Nebenwirkungen zentral zu dokumentieren. Zusammen mit der allenfalls notwendigen Berücksichtigung von Ergebnissen des Präsenzlabor wäre dies auch ein klares Signal, dass die Interaktionsprüfung in den klinischen Kontext gehört und losgelöst davon nur zusätzlichen Aufwand bedeutet⁵.
- Bei Fettstoffwechselstörungen, Diabetes oder Niereninsuffizienz haben die meisten Praxen gewisse interne Richtlinien (geschriebene oder ungeschriebene), wie häufig eine gewisse Kontrolle erfolgen soll. Hier kann die Software konkrete Unterstützung bieten. Wenn T90 (Diabetes, nicht insulinabhängig) erfasst und im System hinterlegt ist, dass bei Diabetes bis Alter 85 zweimal pro Jahr ein HbA1C gemessen werden soll, meldet sich die Software, wenn die geplante Messung seit zwei Monaten überfällig ist. Wiederum: Dieses Beispiel ist nur als Illustration gedacht, das Ganze soll nur scharf gestellt werden, falls die Kollegin oder der Kollege dies wünscht.

In der Literatur und im Internet gibt es zahlreiche mehr oder weniger sinnvolle Scores und Algorithmen für die klinische Entscheidungsfindung. Praxisrelevante und validierte Tools sollen künftig direkt in die Softwareprodukte implementiert werden. Die Weiterentwicklung der elektronischen Krankengeschichte (eKG) muss anwendernahe erfolgen. Die Spezifikationen für künftige Praxissoftwarelösungen zur klinischen Untersuchung werden wir in enger Zusammenarbeit mit dem Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich erarbeiten.

Forschung

Auf das Potential von ICPC für die Forschung wurde wiederholt hingewiesen und wird im Rahmen des FIRE-Projektes umgesetzt [5]. Leider wurde ICPC in der Schweiz bisher praktisch «nur» als Forschungstool wahrgenommen. Forschung in der Hausarztmedizin wird immer wichtiger werden. Wenn sich die Motivation und Akzeptanz von ICPC aber nur darin begründen würde, liefe ICPC bald ins Leere.

«Wer Daten hat, hat die Macht», ist ein alter Spruch. Wir haben viele Daten, die zum Teil schon von Dritten veredelt und weiterverkauft werden. Wir tun gut daran, unsere Daten zu erfassen, zu poolen und dann auch zur Stärkung und Professionalisierung der Hausarztmedizin einzusetzen [6]. Dazu ist ICPC unabdingbar.

Qualitätssicherung

Wissen was man tut, ist der erste Schritt zur Qualitätssicherung. Wir wissen, dass wir täglich gute Qualität leisten. Aber eben: Das Gute ist der Feind des Besseren. Um besser zu werden, muss uns jemand den Spiegel hinhalten. Dies kann durch den klinischen Praxispiegel ermöglicht werden. Dieser wiederum setzt die ICPC-Kodierung der Konsultationen voraus.

Nur wenn ich weiss, wo ich stehe, kann ich mich in der richtigen Richtung bewegen. Dies wird im komplexer werdenden Umfeld immer wichtiger werden. Mit systematischer ICPC-Etikettierung der Konsultationen legen wir den Grundstein zur Qualitätssicherung.

Grenzen von ICPC

Gelegentlich wird «vorgeworfen», ICPC sei zu grobgranuliert. Gegenüber ICD-10 ist die ICPC tatsächlich viel gröber. Aber: Ein feingranuliertes Tool, das nicht anwendbar ist, bringt wenig. Sicher soll und darf keine Information verloren gehen. Wenn wir einen Patienten von einem Spezialarzt übernehmen, z.B. mit drei ICD-10-Codes für die KHK, soll diese Zusatzinformation in einer zweiten Ebene gespeichert bleiben und bei Bedarf abrufbar sein. Für die hausärztliche Betreuung reicht aber in erster Annäherung, dass der Patient eben neben T90 (Diabetes, nicht insulinabhängig), S91 (Psoriasis) eben noch eine KHK (K76) hat. Wenn ich dann tiefer in die KHK einsteigen will und mehr Informationen dazu brauche, sollte

ich über den «internen Link» K76 auf die drei IC10 Codes des Kardiologen gelangen.

RFE und Episodenkonzept

Der bisher skizzierte Einsatz von ICPC ist erst der Beginn und bedeutet für den Einzelnen, einen initialen Mehraufwand. Die Mehrheit der elektronisch dokumentierenden Kolleginnen und Kollegen wird es dabei bewenden lassen. Dies ist auch gut so. Ein nächster Ausbauschnitt wäre dann die Erfassung des RFE (Reason for Encounter⁶). Dies sind nochmals ICP-Codes als Etikette für den Beratungsanlass, was künftig bei entsprechender Softwareunterstützung problemlos durch die MPA direkt am Telefon erfasst werden könnte. RFE ist die subjektive Wahrnehmung oder die Sicht des Patienten: «Ich habe Kopfschmerzen» (N01); «Ich habe Angst vor einer Lungenentzündung» (R27); «Ich bin so müde» (A04) usw. In der Gegenüberstellung der RFE und der tatsächlichen Etiketten der Konsultationen kann die Kernkompetenz des Hausarztes illustriert werden.

Die «hohe Schule» der ICPC-Anwendung ist dann der Endausbau in Form des Episodenkonzeptes. ICPC-Codes, die einzelnen Konsultationen zugeordnet sind und zum gleichen Problem gehören, werden mit einer «Klammer» als Episode zusammengefasst. Damit kann der Longitudinalverlauf abgebildet werden. Die Codes innerhalb einer Episode können wechseln, die Episode bleibt bis zur definitiven Behebung dieselbe. Der Aufwand für die Erfassung der Episoden ist deutlich grösser und die Softwareunterstützung muss diesbezüglich noch massiv ausgebaut werden. Das Fernziel wäre, dass dereinst eine repräsentative Gruppe von Hausärztinnen und Hausärzten diese Aufgabe für alle übernimmt.

Literatur

- 1 <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/index.html>.
- 2 http://www.nlm.nih.gov/research/umls/Snomed/snomed_main.html.
- 3 <http://loinc.org>.
- 4 Bhend H. ICPC-2 First Steps. PrimaryCare. 2008;8(6):108–11; und www.icpc.ch.
- 5 Bhend H. «FIRE is lit» – das Feuer ist entfacht. PrimaryCare 2009;7(7):325–7.
- 6 Kühlein T. Wer die Daten besitzt, hat die Macht. PrimaryCare. 2010;10(14): 271–2.

Korrespondenz:

Dr. med. Heinz Bhend
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 Oltnerstrasse 9
 4663 Aarburg
heinz.bhend@sgam.ch

⁶ RFE ist international als Beratungsanlass einer Konsultation oder «die Sicht des Patienten» definiert. Leider wird RFE fälschlicherweise auch für die Anstrengungen rund um das DRG-Monitoring verwendet.