

ICPC and ICD: Do we need them both?

Thomas Kühlein

WICC-Open Day Turku 2016



FRIEDRICH-ALEXANDER
UNIVERSITÄT
ERLANGEN-NÜRNBERG

MEDIZINISCHE FAKULTÄT

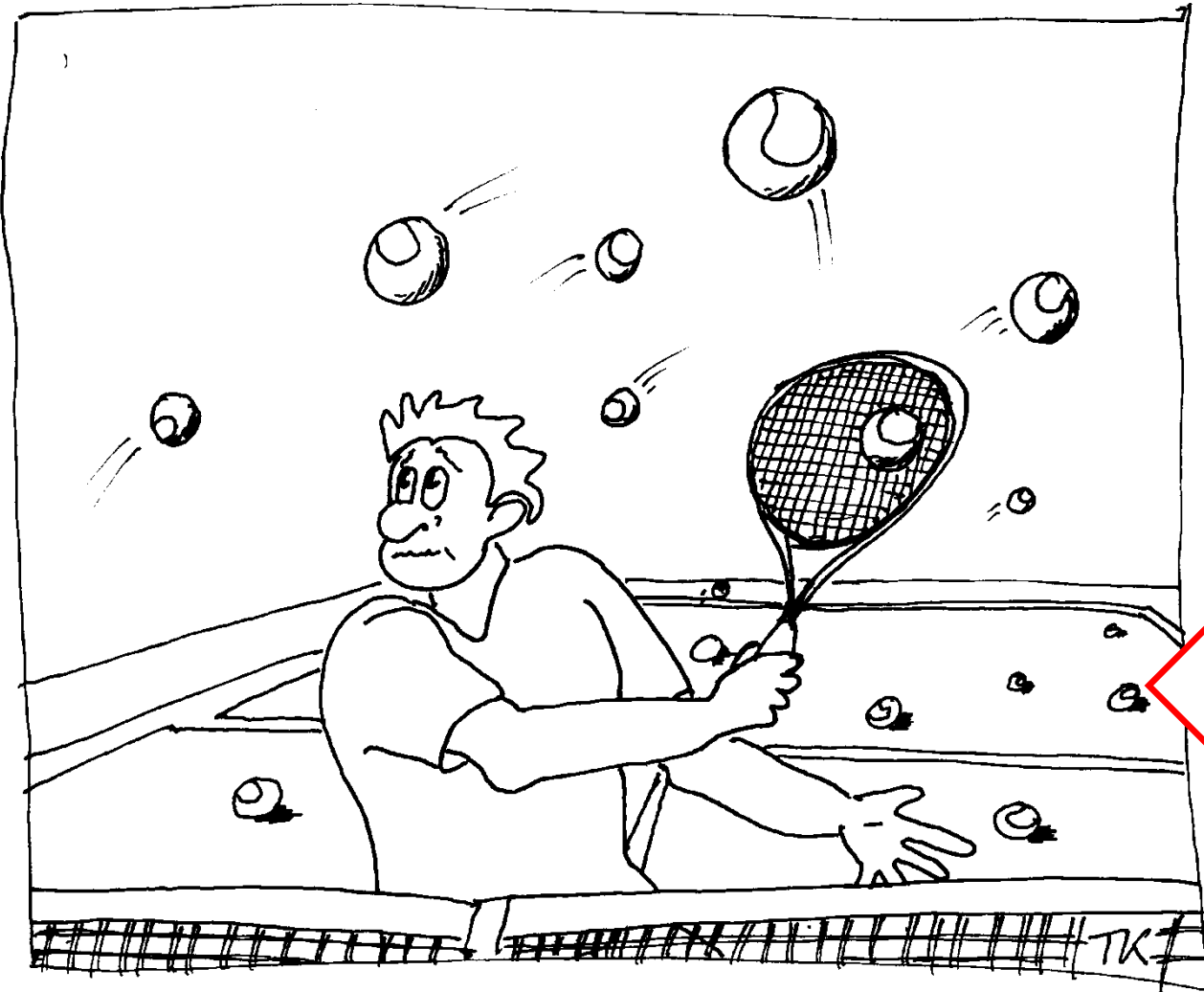
Universitätsklinikum
Erlangen



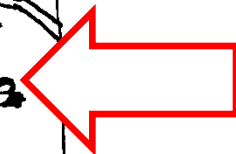
Yes and no



Most GPs would say: none at all

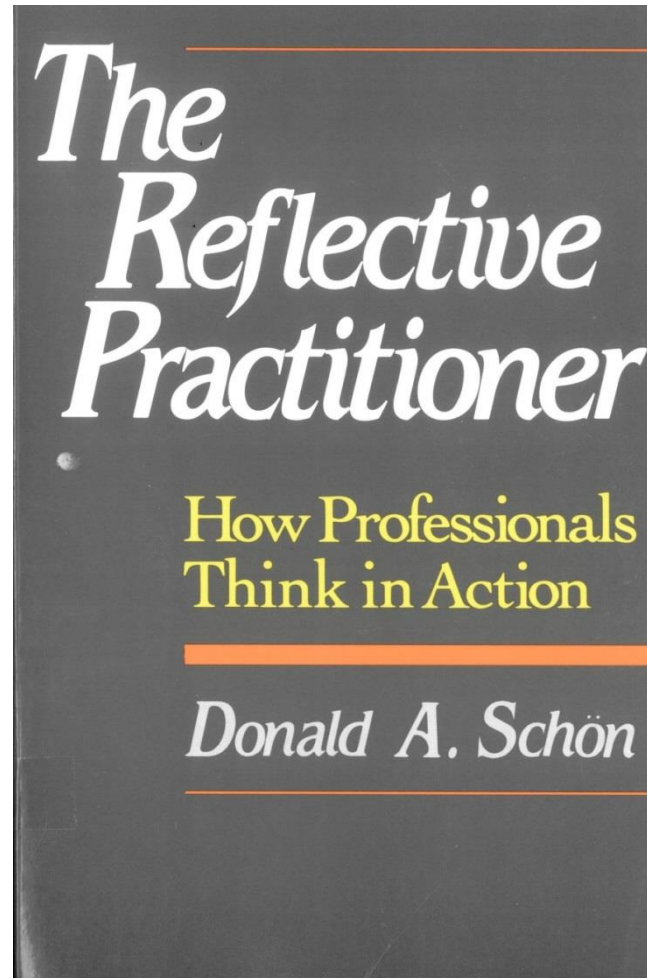


Feeling of
life of the
patient of a
GP



Feeling of life of a GP

**If you'd ask them: What did you do yesterday
in your practice?**





Sorting things out

What is simple is always wrong,
what is complicated we can't use.

Paul Valéry



Things not to mix up



The whole is more than the sum of its pieces



Ludwig van Beethoven, Für Elise,

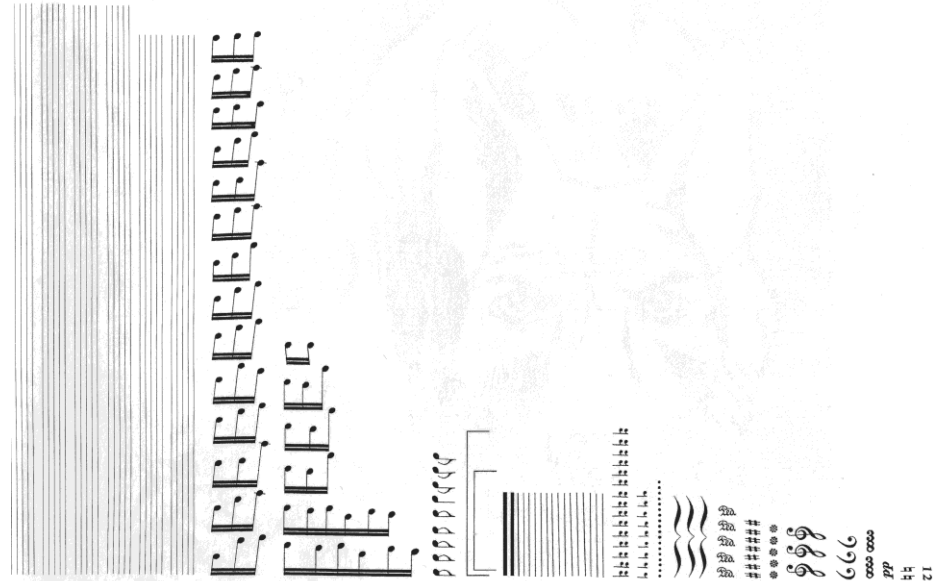


Table 3.1 Goodness-of-example ratings for sixty members of the category FURNITURE

Member	Rank	Specific score	Member	Rank	Specific score
chair	1.5	1.04	lamp	31	2.94
sofa	1.5	1.04	stool	32	3.13
couch	3.5	1.10	hassock	33	3.43
table	3.5	1.10	drawers	34	3.63
easy chair	5	1.33	piano	35	3.64
dresser	6.5	1.37	cushion	36	3.70
rocking chair	6.5	1.37	magazine rack	37	4.14
coffee table	8	1.38	hi-fi	38	4.25
rocker	9	1.42	cupboard	39	4.27
love seat	10	1.44	stereo	40	4.32
chest of drawers	11	1.48	mirror	41	4.39
desk	12	1.54	television	42	4.41
bed	13	1.58	bar	43	4.46
bureau	14	1.59	shelf	44	4.52
davenport	15.5	1.61	rug	45	5.00
end table	15.5	1.61	pillow	46	5.03
divan	17	1.70	wastebasket	47	5.34
night table	18	1.83	radio	48	5.37
chest	19	1.98	sewing machine	49	5.39
cedar chest	20	2.11	stove	50	5.40
vanity	21	2.13	counter	51	5.44
bookcase	22	2.15	clock	52	5.48
lounge	23	2.17	drapes	53	5.67
chaise longue	24	2.26	refrigerator	54	5.70
ottoman	25	2.43	picture	55	5.75
footstool	26	2.45	closet	56	5.95
cabinet	27	2.49	vase	57	6.23
china closet	28	2.59	ashtray	58	6.35
bench	29	2.77	fan	59	6.49
buffet	30	2.89	telephone	60	6.68

1 = very good example

...

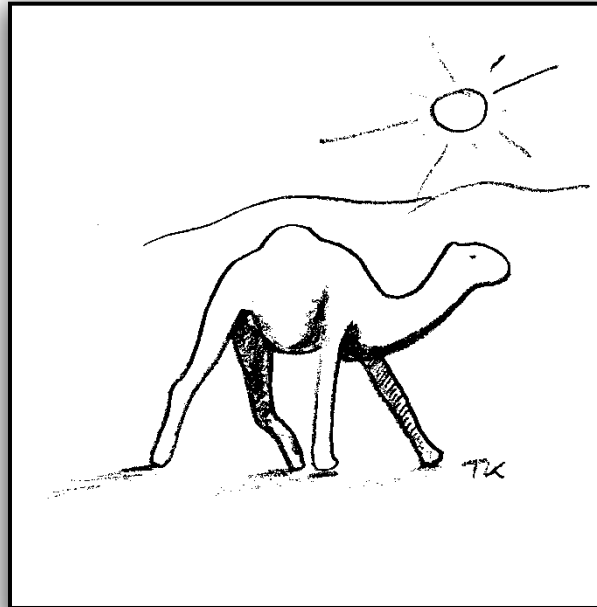
7 = very bad example, or no example at all

Source: Rosch 1975b: 229. Copyright 1975 by the American Psychological Association. Reprinted by permission of the author.

Cited from Taylor JR *Linguistic Categorization*, Oxford University Press, Oxford 2003

Why not (only) ICD?

There is a language with 200 words to describe a camel



But who would need 200 words to describe a camel in the rain forest

illness

disease

patient

GP

specialist

over time

point in time

fuzzy

clear

person

organ

narrative

scientific

analog

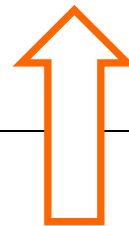
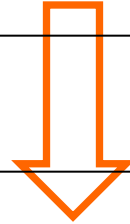
digital

complexity

reductionism

prototypic

aristotelic



ICPC

ICD



ICPC-2:

- strictly sorted by localization
- 1,404 terms
- RfE, diagnoses and processes

ICD-10:

- sorted by etiology and localization
- approximately 14,000 terms
- mainly diagnoses



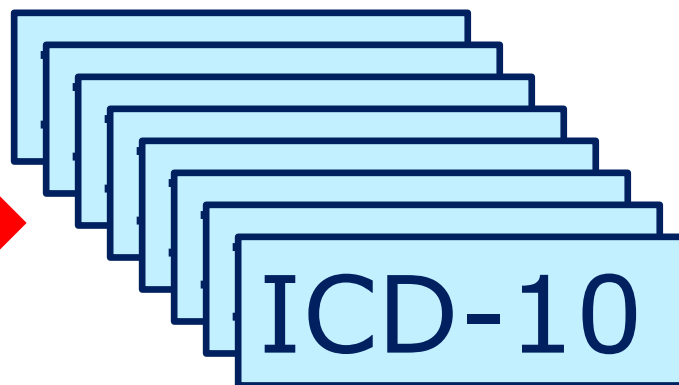
D84 Oesophagus disease K20 Oesophagitis
K21 Gastro-oesophageal reflux disease
K21.0 Gastro-oesophageal reflux disease with oesophagitis
K21.9 Gastro-oesophageal reflux disease without oesophagitis

May be both on combination?

roughly right

exactly right

ICPC-2



mapping



Classifications are good for something

For what and for whom should a classification be good for?

- Epidemiologists?
- Health care authorities?
- Researchers?
- GPs?

- Patients?



Vision für eine zukünftige Allgemeinpraxis:

Was zeichnet eine gute Hausärztin aus?

Ausreichend Zeit für die Patienten, Vermeiden unnötiger Medizin, in einer teambasierten interprofessionellen Gruppenpraxis ■ Wie die Hausarztpraxis zu einem ruhigen und freundlichen Ort werden kann

Thomas Kühlein, Bernadett Hilbert, Kerstin Häring, Judith Günther, Marco Roos

Um die Frage „Was zeichnet eine gute Hausärztin aus?“ zu beantworten, beschreiben wir eine Alternative zur derzeitigen bestehenden hausärztlichen Versorgung.

Fachärzte für Allgemeinmedizin sind aufgrund ihrer breit angelegten Weiterbildung am ehesten für die Aufgaben eines Hausarztes gerüstet. Allerdings besteht aktuell eine Reihe von Defiziten in der Weiterbildung, im Kenntnisstand und im Verhalten vieler deutscher Hausärzte. Die Hausärzte sterben bekanntlich aus. Das liegt sowohl an veränderten Berufsvorstellungen der neuen Generation, wie auch an der fehlenden Vorbildfunktion vieler älterer Hausärzte. Am meisten liegt es aber an Fehlern in unserem Gesundheitssystem. Aber Hausärzte sind selbst nicht unschuldig an den Hamsterrädern und Grabenkriegen, die die ambulante Medizin für den Nachwuchs so unattraktiv machen und auch nicht am oft euphorischen und bedenkenlosen Umgang mit Diagnostik, Medikamenten und Präventionsprogrammen.

Infolgedessen begeben sich – für uns durchaus nachvollziehbar – viele Patienten und Kollegen auf die Suche nach Alternativen. Das mechanistische und reduktionistische „Medizinische Modell“ wurde längst in ein „Bio-Psycho-Soziales Modell“ korrigiert. Aber wird es wirklich gelebt? Denken viele Ärzte nicht weiterhin reduktionistisch, weil das einfacher ist? Weist der deutsche Medizinbetrieb nicht weiterhin gravierende Fehler und Defizite auf? Wo Fehler und Defizite sind, sollte man diese benennen und kor-



Abb. 1 Foto: © Andrey Popov/Fotolia

Zusammenfassung

Um die Frage, was eine gute Hausärztin auszeichnet, zu beantworten, beschreiben die Autoren eine (visionäre) Alternative zur derzeitigen hausärztlichen Versorgung und laden zur Diskussion ein: Die Hausarztpraxis der Zukunft besteht aus einem Team verschiedener Berufsgruppen und ist weniger arztzentriert. Viele Aufgaben müssen nicht von der Hausärztin erledigt werden, sie können von anderen Berufsgruppen übernommen werden. Fachärzte aus umliegenden Krankenhäusern halten bei Bedarf in der Praxis eine Sprechstunde ab und unterstützen, ohne in Konkurrenz zu treten. Berufe wie der der MFA und deren Verdienst werden aufgewertet. Das praxisinterne Qualitätsmanagement dreht sich im Kern um die Qualität der Patientenversorgung, befolgt nicht nur Anweisungen „von oben“. Für die Hausärztin bedeutet dies in erster Linie mehr Zeit für ihre Patienten und für die sprechende Medizin, wohlüberlegte, individuell für den einzelnen Patienten eingesetzte Diagnostik, Pharmakotherapie und Präventionsmaßnahmen, aber auch deutlich mehr Zufriedenheit im Beruf bei allen Teammitgliedern.

rieren, bis das Ideal erreicht ist. Das wird wohl nie der Fall sein. Dennoch wollen wir in diesem Artikel versuchen, unser Ideal zu beschreiben. Allein schon aus Platzgründen, aber mehr noch aufgrund begrenzter Vorstellungskraft, werden wir dabei zu kurz greifen. Unser Artikel soll deshalb kein vollständiges Bild darstellen, sondern zum Weiterdenken ermuntern.

Die Zukunft der Medizin ist weiblich. Hoffentlich wird die Medizin dadurch freundlicher und weniger aggressiv. Im aktuellen System ist es kaum möglich, eine ideale Hausärztin zu sein. Aus diesem Grund skizzieren wir das ideale Gesundheitssystem und die ideale Praxis gleich mit.

Ein Team verschiedener Berufsgruppen

Die ideale Praxis der Zukunft besteht aus einem Team verschiedener Berufsgruppen und ist weniger arztzentriert aufgebaut als heute. Sie ist eine breit angelegte Primärversorgerpraxis. Weil die persönliche Langzeitbeziehung wichtig ist, wählt jeder Patient eine Ärztin oder einen Arzt als Hauptbetreuer. Das Leitungsteam besteht aus einer Hausärztin, einer leitenden medizinischen Fachangestellten (MFA) und einem Teamasistenten. Die leitende Hausärztin und die MFA haben Fortbildungen zum Praxismanagement besucht und verfügen über genügend geschützte Zeit, um sich um die Praxisorganisation zu kümmern.

In unserer Praxis arbeiten fünf bis acht Hausärztinnen und Hausärzte, eine breit ausgebildete Internistin, eine Kinderärztin, zwölf MFA, drei Krankenschwestern oder -pfleger, ein Physiotherapeut und ein Sozialarbeiter, jeweils in Voll- oder Teilzeit. Zusätzlich durchlaufen ein bis zwei Ärztinnen in dieser Praxis die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Für ihre Betreuung gibt es unter den Ärzten zwei qualifizierte Trainer, die ebenfalls geschützte Zeit für diese Aufgaben haben. An die Praxis sind eine Apotheke und ein Patientenschulungszentrum angeschlossen. Die Apothekerin hat eine Weiterbildung zur Fachapothekerin für

Klinische Pharmazie und Arzneimittelinformation durchlaufen. Sie spielt eine zentrale Rolle in der Patientenversorgung und in der Beratung der Ärzte, überprüft regelmäßig eingenommene Medikamente auf gegenseitige Verträglichkeit und Vollständigkeit im Medikationsplan. Sie hat Einblick in die Laborwerte und nimmt in Absprache mit den Ärzten Dosisanpassungen zum Beispiel bei nachlassender Nierenfunktion vor. Außerdem wird von ihr die pharmakologische Evidenz zu übergreifenden und spezifischen klinischen Fragestellungen für ärztliche Kollegen und Teamsitzungen aufbereitet. Kern der Praxis ist ein intelligent konzipiertes Praxisverwaltungssystem (PVS), über das wesentliche Prozesse dokumentiert, gemessen und gesteuert werden.

Zusammenarbeit mit Spezialisten

In der Umgebung gibt es keine niedergelassenen Fachärzte. Spezialisten aus dem naheliegenden Krankenhaus halten in unterschiedlicher Häufigkeit Sprechstunden in der Praxis ab. Die Hausärzte bestimmen, welche Patienten vom Spezialisten gesehen werden und bereiten das Konsilium mit einer schriftlichen Synopse und konkreten Fragen vor. Spezialisten und Hausärzte greifen auf die gleiche Dokumentation zu. Die Fragen der Hausärzte und die Antworten der Spezialisten werden jeweils in das PVS eingepflegt. In komplizierten Fällen werden gemeinsame Fallbesprechungen oder Konsultationen abgehalten. Sind technisch aufwendigere Untersuchungen nötig, finden diese in der Ambulanz des naheliegenden Krankenhauses statt.

Delegieren von Gesundheitsproblemen an MFA, Apotheker, Krankenschwestern

Mit vielen Gesundheitsproblemen, die heute noch im Aufgabenbereich der Hausärzte liegen, sind nun MFA, Apotheker oder Krankenschwestern betraut. Zwei der Krankenschwestern haben für diese Aufgabe eine Weiterbildung zur „Nurse-Practitioner“ durchlaufen und versorgen – wo nötig zu-

sammen mit der Apothekerin und in Absprache mit den Ärzten – eigenständig einfache Gesundheitsprobleme, wie unkomplizierte Bluthochdruck, Erkältungskrankheiten, Blasenentzündungen, kleinere Wunden oder Ohrenschmalz. Das PVS erinnert an regelmäßig einzuhaltende Termine, wie Impfungen, Check-Ups oder Folgeuntersuchungen im Rahmen von DMPs (Disease-Management-Programme).

Hausbesuche

Routine-Hausbesuche erledigen zumeist eigens ausgebildete MFAs oder Krankenschwestern. Ärzte fahren v.a. in Akutfällen Hausbesuche. Alle Teammitglieder – auch die Apothekerin – sind Angestellte der Praxis. Träger der Praxis ist eine gemeinnützige GmbH. Die Praxis arbeitet auf Basis eines Einschreibemodells und wird anhand der Zahl der eingeschriebenen Patienten unter der Voraussetzung einer transparenten Qualitätsarbeit innerhalb der Praxis honoriert. Die Patienten suchen immer zuerst die Primärversorgerpraxis auf, die das Gesundheitsproblem entweder allein löst oder bei Bedarf andere Fachdisziplinen zu Rate zieht.

Die Ärztin Selda W.

Unsere Ärztin Frau Dr. Selda W. arbeitet in Teilzeit in unserer Praxis. Sie hat an einer deutschen Universität der Zukunft Medizin studiert und erhielt danach eine qualifizierte Weiterbildung zur Hausärztin. Im Studium wurde ihr nicht nur ein Grundverständnis von der Funktionsweise des Menschen und von Krankheitskonzepten vermittelt, sondern sie hat von Anfang an auch gelernt, den Menschen als Person ins Zentrum ihres Denkens und Handelns zu setzen. Der Mensch und sein soziokulturelles Umfeld stellen für sie ein Ganzes dar. Dadurch ist auch das Wort „Psychosomatik“ beinahe entbehrlich geworden und wird nur noch für die wenigen Fälle somatoformer Störungen angewendet. Auch dieses Krankheitsbild konnte inzwischen durch das veränderte Verhalten der Ärzte in seiner Häufigkeit reduziert werden.

Elements of an ideal health care classification?

I am so sorry, but I obviously deleted the version of this presentation where we jointly collected the elements of an ideal health care classification.



What do we need?

ICPC-3?

ICD-11 PC Linearization?

My favorite: ICPC-4 based on ICD-11 foundation layer fully under our control, within the perfect EHR

fully interoperable with ICF, ICHI, PERI...



Thank you for your attention

