

# Von der ICHPPC zur ICPC

## Klassifikationssysteme und der Hausarzt: Teil 3 von 4<sup>1</sup>

*Rudolf L. Meyer,*

*für die SGAM-Arbeitsgruppe Literatur und Dokumentation*

### Die ICHPPC (International Classification of Health Problems in Primary Care)

Obwohl die Klassifikation der englischen Allgemeinärzte (RCGP, siehe Teil 2) auch in anderen Studien erfolgreich angewendet wurde [1, 2], wurde eine Optimierung weiter diskutiert und die Entwicklung einer international akzeptierten Klassifikation angestrebt. Anlässlich des 5. Weltkongresses der Wonca in Melbourne im Oktober 1972 bildete sich eine Arbeitsgruppe (das spätere Klassifikationskomitee) mit dem Auftrag, eine auf die Allgemeinmedizin bezogene Kurzfassung der ICD zu entwickeln, die von Allgemeinärzten aus der ganzen Welt akzeptiert werden könnte: ICHPPC = die Internationale Klassifikation der Gesundheitsprobleme in der medizinischen Grundversorgung.

1973/74 erfolgte in 300 Praxen aus 9 verschiedenen Ländern ein Feldversuch mit über 100 000 Arzt-Patient-Kontakten, wobei rund 200 000 Gesundheitsprobleme festgehalten wurden. Die daraus resultierenden Vorschläge und Kritiken wurden vom Klassifikationskomitee sorgfältig registriert und für die Weiterentwicklung der Klassifikation berücksichtigt [3].

Die auf der ICD-8 basierende ICHPPC-1 umfasste in 18 Kategorien 371 diagnostische Begriffe. Sie wurde an der 6. Generalversammlung der Wonca am 7. 11. 1974 in Mexico City einstimmig angenommen. Mit dem während der 29. Vollversammlung der WHO 1976 beschlossenen Wechsel von der ICD-8 zur ICD-9 auf das Jahr 1978 erfolgte auch die Anpassung der ICHPPC zur ICHPPC-2 [4].

Dem Klassifikationskomitee der Wonca war schon beim Erarbeiten der ersten Klassifikation klar, dass die rubrizierten Begriffe so definiert sein müssten, dass möglichst jeder Benutzer unter dem gleichen Begriff auch dasselbe verstehen würde und so die Variabilität der Kodierung möglichst klein gehalten werden könnte. Dazu wurden die minimalen diskriminierenden Kriterien eingeführt, die erfüllt sein müssen, damit ein Problem unter einer bestimmten Rubrik kodiert werden kann. Die Publikation dieser ICHPPC mit Definitionen erschien im Jahre 1983 als

ICHPPC-2-Defined [5]. Die deutsche Fassung erfolgte durch die Abteilung Allgemeinmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover unter der Leitung von Prof. Dr. Klaus-Dieter Haehn, dem ersten ordentlichen Professor für Allgemeinmedizin in der Bundesrepublik Deutschland, übersetzt durch Frau Dipl. Soz. Mölders-Kober [6, 7].

### International Glossary for Primary Care

Das Wonca-Klassifikationskomitee erarbeitete zudem ein Glossar von häufig gebrauchten Definitionen, um die Verständigung und die Vergleichbarkeit auf internationaler Ebene zu erleichtern. Dabei wurden in 9 verschiedenen Kapiteln Definitionen gegeben zu Begriffen der Dienstleistungserbringer, der Praxen, der erbrachten Leistungen, der Charakteristik von Patienten bis zu häufig gebrauchten Begriffen der Gesundheitssysteme wie auch der Statistik [8].

### NAPCRGC-1

Die North American Primary Care Research Group, die sich erstmals 1972 zu einem wissenschaftlichen Meeting zusammenfand und sich vorwiegend aus Vertretern der akademischen Departemente für Familienmedizin zusammensetzte, bildete 1977 eine Arbeitsgruppe, die einen Code über Verrichtungen und Massnahmen in der Primärversorgung entwickeln sollte [9].

Dabei wurde dieser Code in 9 Kapitel gegliedert:

1. Kontakte mit dem Patienten (Basiskommunikation)
2. präventive und unterstützende Massnahmen
3. Verrichtungen
4. und 5. Medikamente
6. sonstige diagnostische Massnahmen
7. Röntgen, Ultraschall
8. klinisches Labor
9. Ort und Dauer der Dienstleistung

In Zusammenarbeit mit der Wonca wurde dieser Code nach einem ausführlichen Feldversuch in

<sup>1</sup> Siehe auch: Teil 1 im Heft 8 und Teil 2 im Heft 9 von PrimaryCare; Teil 4 erscheint im Heft 11.

10 Ländern in seiner definitiven Form als *IC-Process-PC* (International Classification of Process in Primary Care) publiziert [10].

### Die Reason for Visit Classification in Ambulatory Care (spätere Reason for Encounter Classification)

Das amerikanische Zentrum für Gesundheitsstatistik hatte bereits in den Jahren 1970/72 einen Feldversuch zur Erfassung der Gründe für die ambulante Inanspruchnahme durchgeführt, wobei die Symptome, Beschwerden und Krankheiten in den Worten der Patienten erfasst wurden.

1973 wurde der *National Ambulatory Medical Care Survey* (NAMCS) eingeführt, um eine kontinuierliche Erfassung der Gründe der Inanspruchnahme zu ermöglichen. In diesem Rahmen entwickelte sich auch eine *Reason for Visit Classification for Ambulatory Care* (RVC) [11].

Die RVC besteht dabei aus 7 verschiedenen Komponenten in alphanumerischen Kodierung:

1. Symptome
2. Krankheiten
3. Diagnostik, prophylaktische und Reihenuntersuchungen
4. Behandlungen
5. Verletzungen und Unfälle
6. abnorme Testergebnisse
7. administrative Inanspruchnahme plus nicht kodierbare Einträge

Aus dieser Reason for Visit Classification for Ambulatory Care sollte sich dann in weiteren Schritten über die Reason for Encounter Classification die International Classification of Primary Care oder die Internationale Klassifizierung der medizinischen Primärversorgung entwickeln.

### Die ICPC (International Classification of Primary Care)

An der internationalen WHO-Konferenz in Alma Ata 1978 wurde das WHO-Ziel «Gesundheit für alle bis zum Jahre 2000» definiert. Dabei war betont worden, dass zur Erreichung dieses Zieles eine adäquate Primärversorgung wesentliche Voraussetzung sei, und es wurde auch festgestellt, dass eine adäquate Klassifikation zur Beschaffung solcher Informationen fehle. Die WHO beauftragte deshalb Ende 1978 eine Arbeitsgruppe von Experten, ein Klassifikationssystem aufzubauen, das diesen Datenbedürfnissen gerecht würde.

Diese Arbeitsgruppe traf sich bereits im November

1978 zu einer ersten Arbeitstagung in Genf, und bei ihren Vorarbeiten stellte sie folgende Forderungen an die zu schaffende Klassifikation auf:

- enge Beziehungen zu bestehenden Systemen;
- hohe Eindeutigkeit;
- hierarchisches System, um die Anwendung auf verschiedenen Spezialisierungsstufen zu ermöglichen;
- Anwendbarkeit auf Computersystemen [12].

Diese Arbeitsgruppe wollte neben somatischen auch psychologische und soziale Komponenten von Gesundheitsfragen aufnehmen, wie das von einer anderen WHO Arbeitsgruppe (WHO Collaborative Project on Recording Health Problems Triaxially), die sich mit einer triaxialen Klassifikation beschäftigte, vorgeschlagen worden war [13].

Vom Januar bis September 1983 wurde diese Reason for Encounter Classification in 9 verschiedenen Ländern (Australien, Barbados, Brasilien, Malaysia, Niederlande, Norwegen, Philippinen, Ungarn, USA) mit 138 Teilnehmern an über 100 000 Patienten-Kontakten getestet. Dieser Feldtest ergab noch Änderungen bei über 300 Rubriken und ein separates Kapitel für Schwangerschaft, Geburt und Familienplanung [14]. Aus der oben beschriebenen Reason for Encounter Classification (in ICPC Komponente 1), der IC-Process-PC-Klassifikation (in ICPC Komponenten 2–6) sowie der ICHPPC-2 Klassifikation (ICPC Komponente 7) entstand die definitive Form der neuen Klassifikation. Diese wurde von der WHO-Arbeitsgruppe im April 1984 als *ICPC (International Classification for Primary Health Care)* verabschiedet [15, 16].

Es darf erwähnt werden, dass die Arbeitsgruppe Forschung der SGAM bereits im März 1986 anlässlich des Arosen Fortbildungskurses ein erstes Seminar über die ICPC organisiert und durchgeführt hat [17]. Durch die gerade erwähnten Komponenten entwickelte sich die ICPC zu einem polyvalenten Klassifikationssystem, mit dem nicht nur etwa der Grund des Kontaktes aus der Sicht des Patienten und das Ergebnis der Diagnostik des Arztes, sondern auch der Prozess der Beratung insgesamt festgehalten werden kann.

Die ICPC hat einen biaxialen Aufbau und ist eingeteilt in Kapitel (A bis Z) und Komponenten (1 bis 7). Die Kapitel werden mit grossen Buchstaben und die Komponenten mit zweistelligen Zahlen bezeichnet. Die Kapitel lehnen sich in weiten Teilen an die Kapitel der ICD an; «Infektiöse Krankheiten», «Neoplasien», «kongenitale Anomalien» sowie «Unfälle und Vergiftungen» werden nicht als eigene Kapitel geführt, sondern auf die organbezogenen Kapitel aufgeteilt. Augen- und Ohrenprobleme sind eigene Kapitel und nicht gemeinsam unter dem Kapitel

Components	Chapters																												
	A	B	D	F	H	K	L	N	P	R	S	T	U	W	X	Y	Z												
1. Symptoms, complaints																													
2. Diagnostic, screening prevention																													
3. Treatment, procedures medication																													
4. Test results																													
5. Administrative																													
6. Other																													
7. Diagnoses, disease																													

- |                        |                                   |                              |
|------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| A General              | L Musculoskeletal                 | U Urinary                    |
| B Blood, blood forming | N Neurological                    | W Pregnancy, family planning |
| D Digestive            | P Psychological                   | X Female genital             |
| F Eye                  | R Respiratory                     | Y Male genital               |
| H Ear                  | S Skin                            | Z Social                     |
| K Circulatory          | T Metabolic, endocrine, nutrition |                              |

**Abbildung 1.** Biaxialer Aufbau der ICPC mit Auftragen der Kapitel horizontal und der Komponenten vertikal.

Nervensystem wie in der ICD. Zudem bilden die weiblichen und männlichen Genitalprobleme separate Kapitel, unabhängig vom Urogenitaltrakt. Ebenso gibt es ein eigenes Kapitel für Schwangerschaft, Geburt und Familienplanung. Neben den 14 auf Organ-Systeme bezogenen Kapitel gibt es eines für allgemeine und unspezifische Probleme (A) sowie je eines für psychologische (P) und soziale Probleme (Z).

**Damit gelingt es hier viel besser als in den bisherigen Klassifikationen, sowohl körperliche als auch psychologische und soziale Aspekte in das Kodierungssystem einzu-beziehen.**

Jedes der insgesamt 17 Kapitel ist in 7 gleiche Komponenten unterteilt:

1. Symptome und Beschwerden (1–29)
2. diagnostische und präventive Massnahmen (30–49)
3. medikamentöse Behandlung, therapeutische Massnahmen (50–59)
4. Ergebnisse (60–61)
5. administrative Massnahmen (62)
6. Überweisungen und andere Gründe für den Kontakt (63–69)
7. Diagnosen (70–99)

So werden beispielsweise obere Gastrointestinalbeschwerden mit  
 – D03 für Symptome und Beschwerden (vom Patienten geschildert)  
 – D 34 für blutchem. Untersuchung und D40 für diagn. Endoskopie

– D 85 für Ulcus duodeni (als Diagnose bei positivem Befund kodiert).

Für diagnostische Probleme, Symptome und Diagnosen stehen mit den Komponenten 1 und 7 insgesamt 695 Positionen, für Symptome und Beschwerden ohne Diagnosen 332 Positionen. In der Komponente 7 sind praktisch alle Diagnosen des ehemaligen ICHPPC-2 integriert.

1998 erschien im Oxford Verlag die ICPC-2, alle Rubriken enthielten nun Einschluss- und Ausschlusskriterien, und soweit als möglich werden Querverweise gegeben [18]. Im Jahre 2001 erschien im Springer Verlag die deutsche Übersetzung, an welcher aus der Schweiz im Auftrag der SGAM Kurt Zehnder aus Lupfig mitgearbeitet hat [19].

Die holländischen Allgemeinärzte gebrauchen nur mehr diese Klassifikation, und in Norwegen ist die ICPC seit 1992 die Standard-Klassifikation für die Bedürfnisse der gesetzlichen Versicherung (National Insurance Administration) [20].

Über eine elektronische Version der ICPC-2 wurde erstmals im Jahr 2000 berichtet [21].

**Die WHO hat 2004 die ICPC-2 als offizielles Kodierungssystem für die Primärversorgung in die «Family of International Classifications» aufgenommen [22].**

Eine offizielle ICPC-Website wird vom «Wonca International Classification Committee» unterhalten [23].

Primary care and family physicians now have a thoughtfully constructed rational basis for urging that classifications and information systems bearing on health and health services be built upward from the people and their problems as well as from the top down. Helping the living with their problems must surely be as important as counting the troubles of the dead!  
*White KL: Reconstructing the International Classification of Diseases: need for a new paradigm. J Fam Pract 1985;21:17–20.*

**Literatur**

- 1 Oliemans AP, Waard F. Morbidität in der Allgemeinpraxis. Der Praktische Arzt 1973;10:356–64 und 524–32.
- 2 Nijmeegs-Universitair Huisartsen Instituut. Morbidity figures from general practice. Data from four general practices 1978–1982. Nijmeegs-Universitair Huisartsen Instituut, 1985. pp 152.
- 3 Classification Committee of WONCA: International classification of health problems in primary care. American Hospital Association, Chicago, 1975

- 4 Classification Committee of WONCA: ICHHPC-2. International classification of health problems in primary care (1979–Revision). Oxford University press, Oxford-New York, 1979
- 5 Classification Committee of WONCA in collaboration with the WHO: ICHPPC-2–Defined. International classification of health problems in primary care, 3rd edition. Oxford: Oxford University Press; 1983.
- 6 Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Allgemeinmedizin: ICHPPC-2 mit Definitionen, vorläufige Ausgabe, ohne Jahrzahl, pp 139 + Anhang. W
- 7 Mölders-Kober R. Die «ICHPPC-Defined» – ihre deutsche Fassung. *Allgemeinmedizin International* 1983;12:105–8.
- 8 Classification Committee of WONCA: An international glossary for primary care. *J Fam Pract* 1981;13:671–81.
- 9 Tindall HL, Culpeper L, Froom J, Henderson RA, Richards AD, Rosser MW, Wiegert T. The NAPCRG process classification for primary care. *J Fam Pract* 1981;12:309–18.
- 10 Classification Committee of WONCA in collaboration with NAPCRG. IC- Process-PC. International classification of process in primary care. Oxford: Oxford University Press; 1986. p. 61.
- 11 U.S. Department of Health and Human Services. The national ambulatory medical care survey: 1975 summary. DHEW-Publ. No (PHS) 78–1784, Ser.13, No 33, Hyatsville 1978.
- 12 Ewert R, Perthel M. Die Internationale Klassifikation der Primärversorgung. *Z Ärztl Fortbild* 1992;86:63–5.
- 13 Notes to participants at the Bellagio Meeting on «Health Statistics for the Year 2000», Manuskript, pp 1–3.
- 14 Bentzen GB. International classification of primary care. *Scand J Prim Health Care* 1986;4:43–50.
- 15 WHO Working Party on Classification of Primary Care: International classification of primary care. Manual for use in ICPC relevance studies. University of Amsterdam, Department of Family Practice, 1985.
- 16 Lamberts H, Wood M, eds. ICPC- International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press; 1987.
- 17 Meyer RL. ICPC – Die Internationale Klassifikation für die Primärversorgung. *Medicina Generalis Helvetica* 1986;6:14–6.
- 18 Classification Committee of WONCA: International Classification of Primary Care ICPC-2. Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 190.
- 19 WONCA International Classification Committee, Hrsg. Internationale Klassifizierung der medizinischen Primärversorgung ICPC-2. Ein Codierungssystem der Allgemeinmedizin. Wien: Springer; 2001. p. 209.
- 20 Brage S, Bentzen BG, Bjerkedal T, Nygård JF, Tellnes G. ICPC as a standard classification in Norway. *Family Practice* 1996;13:391–6.
- 21 Okkes IM, Jamouille M, Lamberts H, Bentzen N. ICPC-2–E: the electronic version of ICPC-2. Differences from the printed version and the consequences. *Family Practice* 2000;17:101–10610.W
- 22 <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/>  
23 <http://www.globalfamilydoctor.com/wiccd/>

---

Dr. med. Rudolf L. Meyer  
Bachstrasse 2  
CH-4313 Möhlin  
meyer.moehlin@hin.ch