

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch -
Gesundheitsschutz 2007 · 50:932–943
DOI 10.1007/s00103-007-0283-x
Online publiziert: 18. Juni 2007
© Springer Medizin Verlag 2007

B. Graubner

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland,
Berlin, BRD

ICD und OPS

Historische Entwicklung und aktueller Stand

„Die sind weise zu nennen, die Dinge in die rechte Ordnung bringen.“ Dieses schöne, dem Thomas von Aquin (um 1225–1274) zugeschriebene Wort ist ein gutes Leitwort für diejenigen, die sich der Mühe unterziehen, das zeitbedingte Wissen eines bestimmten Fachgebietes in einer Klassifikation geordnet darzustellen bzw. die entsprechenden Realitäten unserer Welt in das Skelett einer Klassifikation einzuordnen (klassifizierende Dokumentation).

Klassifikationen von Krankheiten und ihren Folgen, von Medikamenten, Organen, Operationen und anderen therapeutischen oder diagnostischen Verfahren usw. unterstützen die systematische Ordnung des medizinischen Wissens. Sie dienen unter anderem den behandelnden und forschenden Ärzten, den Verwaltungsmitarbeitern im Gesundheitswesen und den Kostenträgern sowie dem Staat selbst bei der standardisierten medizinischen Dokumentation und deren Auswertung, d.h. der (statistischen) Zusammenfassung von Einzelerkenntnissen (Aggregation, z.B. Kennziffernaufbereitung in der Gesundheitsberichterstattung) und dem gezielten Wiederfinden von Einzelergebnissen (Retrieval). Aktuell hat die Nutzung als Leistungsdokumentation und ihre Verknüpfung mit der Finanzierung des stationären und ambulanten Gesundheitswesens eine besonders hohe Priorität (seit 2004 G-DRGs [German Diagnosis Related Groups] verbindlich; ab 2009 morbiditätsorientierte vertragsärztliche Vergütung geplant).

Angesichts der zunehmenden Komplexität der medizinischen Forschung und Betreuung, der steigenden Kosten für das immer leistungsfähigere Gesundheitswesen, des ökonomischen Zwangs zu einer immer rationelleren gesundheitlichen Betreuung und – damit verbunden – einer entsprechenden leistungsgerechteren Abrechnung und schließlich wegen der verbesserten Möglichkeiten der Informationsverarbeitung haben die medizinische Dokumentation und die zu ihrer Strukturierung und Auswertung nötigen medizinischen Klassifikationen und Nomenklaturen in den letzten Jahrzehnten eine zunehmende Bedeutung gewonnen. Die europäischen Einigungsbestrebungen und die weltweite Kommunikation und Kooperation stellen entsprechende Bemühungen in internationale Zusammenhänge, denn ohne eine einheitliche Kommunikationsbasis sind vergleichende Untersuchungen und Schlussfolgerungen unmöglich oder zumindest fragwürdig.

Ein Hauptproblem der Anwendung medizinischer Klassifikationen ist (gegenwärtig) die Verfügbarkeit und kontinuierliche Pflege geeigneter medizinischer Klassifikationen, für die allgemein akzeptierte nationale bzw. internationale Lösungen erforderlich sind. Leider gibt es bisher in Deutschland keine ausschließlich dafür tätige Institution. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ist seit Jahren das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) neben seinen sonstigen Aufgaben mit der Bearbeitung

der ICD und des OPS sowie anderer medizinischer Klassifikationen befasst und leistet hier eine hervorragende Arbeit. Im internationalen Rahmen hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) unter anderem die Verantwortung für die International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) [1]; sie hat jedoch beispielsweise 1978 auch die International Classification of Medical Procedures (ICPM) [2], die seitdem nicht mehr gepflegt worden ist, und 2001 die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) herausgegeben (deutsche Ausgabe: 2006 [3]; 1976 bis 1993 von der WHO als International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps [ICIDH] veröffentlicht, deutsche Ausgabe 1990 von R. Matthesius et al. publiziert [4]; siehe hierzu auch den Aufsatz von Th. Ewert und G. Stucki in diesem Heft). Eine Anzahl weiterer Institutionen und Organisationen beschäftigt sich auf nationaler und internationaler Ebene mit Standardisierungs- und Klassifikationsfragen in der Medizin, doch handelt es sich dabei meist um eher technisch-industrielle Probleme (Entwicklung von Informationssystemen, Schnittstellen- und Kommunikationsprotokollen, eCard-Formaten usw.) oder um allgemeinwissenschaftliche bzw. literaturdokumentarische Fragestellungen.

Die WHO hat in Vorbereitung der ICD-10 das Konzept der „Familie der krankheits- und gesundheitsbezogenen Klassifikationen“ aufgestellt (Family of Disease and Health-related Classifica-

tions) und ein entsprechendes Schema in den Band 2 der ICD-10 [1] aufgenommen. Das aktualisierte Schema „WHO-Family of International Classifications (WHO FIC)“ wurde im „WHO Business Plan for Classifications“ von 2005 veröffentlicht (www.who.int; siehe hierzu auch den Aufsatz von R. Jakob et al. in diesem Heft). Das Konzept war aus der Erkenntnis entstanden, dass man keine einheitliche Klassifikation für die gesamte Medizin aufstellen kann, sondern für die verschiedenen Einsatzgebiete spezielle Klassifikationen entwickeln muss, die auch unterschiedliche Erarbeitungsprinzipien haben. Im aktuellen Schema werden ICD, ICF und ICHI (anstelle der früher enthaltenen ICPM, siehe dazu Kapitel „Operationen und Prozedurenschlüssel“) als „Reference Classifications“ bezeichnet, denen „Related“ und „Derived Classifications“ beigeordnet sind. Zu den „Related Classifications“ zählt auch die für die Allgemeinmedizin bestimmte International Classification of Primary Care (ICPC) [5]. Sie stellt eine relativ eigenständige Klassifikation dar und bietet generelle Zusammenfassungen der Diagnosen auf der allgemeinmedizinischen Ebene; außerdem enthält sie neben den Diagnosen bzw. medizinischen Problemen auch die Gründe für die Kontakte zwischen kranken und gesunden Personen und den Gesundheitseinrichtungen sowie die Maßnahmen während des Behandlungsprozesses und bildet damit in einer einzigen Klassifikation verschiedene Aspekte der medizinischen Betreuung ab. Sie erschien erstmals 1987 und wurde 2003 in revidierter Form als ICPC-2 neu veröffentlicht (auch in deutscher Sprache) [5].

Der vorliegende Beitrag behandelt die beiden derzeit im deutschen Gesundheitswesen für Abrechnungszwecke und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gemäß den §§ 295 und 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gesetzlich vorgeschriebenen medizinischen Klassifikationen für Diagnosen (ICD-10-GM, GM: German Modification) und Prozeduren (Operationen- und Prozedurenschlüssel, OPS). Für die Todesursachenverschlüsselung ist die ICD-10 in ihrer deutschsprachigen WHO-Fassung anzuwenden. Daneben gibt es eine Reihe interessanter und gut entwickelter Spezialklassifikationen und fachbezogener Sonderausgaben der

Gesamtwerte, die hier jedoch nicht berücksichtigt werden können. Nachweise findet man z.B. auf der Homepage des DIMDI (www.dimdi.de), im Handbuch der Medizinischen Informatik [6], in der Literatursammlung der Arbeitsgruppe Medizinische Dokumentation und Klassifikation auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDs) (www.gmds.de) und in einem eigenen früheren Übersichtsbeitrag [7].

Während für die Todesursachenverschlüsselung (Mortalität) alle WHO-Mitgliedsstaaten die ICD in ihrer möglichst aktuellen Version anzuwenden haben, ist ihnen die Verschlüsselung der in den Gesundheitseinrichtungen behandelten Krankheiten weitgehend freigestellt; falls sie jedoch erfolgt, sollte auch dafür die ICD benutzt werden. In Deutschland begann die gesetzlich vorgeschriebene Diagnosenverschlüsselung in den Krankenhäusern der DDR 1968 nach der ICD-8 (maximal 4 3- bzw. 4-stellige Codes auf den Krankenblattsignierstreifen) und wurde 1979 auf die ICD-9 umgestellt (maximal 3 3- bzw. 4-stellige Codes). Auf dieser Grundlage wurden in der DDR von 1968-1990 Krankenhausstatistiken anonymisiert veröffentlicht, wobei in gewissem Grade auch personenbezogene Auswertungen möglich waren. Ab 1979 war in der DDR auch die 3-stellige Kodierung der Diagnosen, die eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit hauptsächlich begründen, vorgeschrieben.

In der Bundesrepublik wurde die 3-stellige ICD-9-Kodierung der Krankenhaus-Hauptdiagnosen 1986 eingeführt [8]; seit 1993 erfolgt deren anonymisierte Zusammenfassung in einer bundeseinheitlichen Krankenhausstatistik. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 wurde durch die Änderungen der §§ 295 und 301 SGB V der zu dokumentierende Datenumfang wesentlich erweitert. Seit 1996 sind demnach in den Krankenhäusern die Einweisungs- und Aufnahmediagnosen, gegebenenfalls die Verlaufsdiagnosen und schließlich die Entlassungs- bzw. Verlegungsdiagnosen 3- bis 5-stellig zu verschlüsseln, und zwar bis 1999 nach der ICD-9 und seit 2000 nach der für deutsche Verhältnisse modifizierten ICD-10. Gleichzeitig wurde die Verschlüsselung

der Operationen und ausgewählter anderer Prozeduren nach dem OPS eingeführt. Seit 2002 gelten für Krankenhäuser die Dokumentations- und Verschlüsselungsvorschriften der jährlich aktualisierten Deutschen Kodierrichtlinien [9].

Für den vertragsärztlichen Bereich wurde die ICD-10-Verschlüsselung der Abrechnungs- und Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen nach der modifizierten ICD-10 ab 1997 auf freiwilliger und ab 2000 auf obligatorischer Basis festgelegt. Die Diagnosenverschlüsselung in den Rehabilitationseinrichtungen geschieht ähnlich wie in den Krankenhäusern. In der Todesursachenverschlüsselung erfolgte 1998 der Umstieg von der ICD-9 auf die ICD-10. Dafür ist auch in Deutschland die WHO-Version der ICD-10 zu benutzen, deren deutsche Ausgabe seitdem mehrfach aktualisiert worden ist [1].

Schwerpunkte der folgenden Darstellung sind die historische Entwicklung dieser Klassifikationen und ihre Hauptinhalte. Bezüglich der inhaltlichen und formalen Details der Klassifikationen muss auf deren aktuelle Versionen verwiesen werden, deren zitierte Buchausgaben z.T. auch Informationen enthalten, mit denen die amtlichen Werke des DIMDI ergänzt werden.

ICD

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10)

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) ist die einzige weltweit verwendete medizinische Klassifikation für Diagnosen, Symptome, Verletzungen und sonstige Gründe für die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Sie trägt diesen Namen erst seit der 10. Revision (ICD-10) [1].

Fußend vor allem auf den Arbeiten von William Farr (1855) und den Entwicklungen in Deutschland, Frankreich, Großbritannien und der Schweiz, wurde 1893 auf der Tagung des Internationalen Statistischen Instituts das von Jacques Bertillon

vorgelegte Internationale Todesursachenverzeichnis (The Bertillon or International Classification of Causes of Death) zur allgemeinen Einführung empfohlen. Auf der Tagung 1899 wurde beschlossen, dieses Verzeichnis alle 10 Jahre zu revidieren und die 1. Revisionskonferenz im Jahre 1900 abzuhalten. Ab 1901 war dann die International List of Causes of Death, die als ICD-1 bezeichnet werden kann, gültig. Die Revisionskonferenzen wurden 1900, 1909 und 1920 unter der Leitung von Bertillon († 1922) vom Internationalen Statistischen Institut durchgeführt und danach 1929 und 1938 gemeinsam mit der Gesundheitsorganisation des Völkerbundes. Die 6. Revisionskonferenz 1948, unter der Verantwortung der im gleichen Jahr gegründeten WHO abgehalten, markiert einen neuen Entwicklungsabschnitt, denn die neue ICD-6 sollte nicht mehr nur für die Mortalitätsstatistik, sondern zunehmend auch für die Morbiditätsstatistik geeignet sein, was sich auch in der Namensänderung widerspiegelt: Internationales statistisches Verzeichnis der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death, ICD; IKK war die später in der DDR für die 8. und 9. Revision benutzte Abkürzung des deutschen Namens). Die 7. Revisionskonferenz (1955) begnügte sich in der ICD-7 mit vergleichsweise geringen Änderungen, während die 8. Revisionskonferenz (1965, Nutzung der ICD-8 ab 1968) das Kapitel XVII mit den Verletzungen in einen N- und E-Teil aufteilte, um die Art der Verletzungen (N800–N999, Natur des Schadens) und deren externe Ursachen (E800–E999) getrennt verschlüsseln zu können. Außerdem wurden „Zusätzliche Klassifikationen“, die so genannte Y-Klassifikation (Y01–Y89), für Kontaktanlässe, die nicht direkt durch Krankheiten bedingt sind, eingeführt.

Die 9. Revision (1975) der ICD brachte eine beträchtliche Erweiterung und die Einführung des Systems der Doppelklassifizierung nach Ätiologie und Manifestation (Kreuz-Stern-Klassifizierung). Die N-Kodes wurden nun wieder als „normale“ Kodes (800–999) eingeordnet, und aus der Y-Klassifikation wurde die „Zusatzklassifikation für Faktoren, die den Gesundheitszustand und die Inanspruch-

nahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens beeinflussen“ (V01–V82). Die 17 Kapitel dieser seit 1979 gültigen ICD-9 [10] entsprachen weiterhin der historisch gewachsenen Klassifikationsstruktur und waren damit in den 1980er-Jahren dem aktuellen Stand der Medizin nicht mehr adäquat. Trotzdem haben sich die 10. Revisionskonferenz 1989 und die 43. WHO-Generalversammlung 1990, vor allem aus Kontinuitätsgründen, nicht zu einer grundlegend neuen Struktur entschließen können. So sind auch in der ICD-10 [1] die Kapitel weiterhin nach topografischen, ätiologischen, altersmäßigen und anderen Gesichtspunkten gegliedert. Diese aktuell gültige Revisionsversion enthält jedoch gegenüber der ICD-9 einige wesentliche inhaltliche und formale Änderungen.

Außerlich drückt sich die inhaltliche Erweiterung im neuen Namen aus: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10) (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) [1]. Die Zahl der Kapitel ist von 17 auf 21 erhöht worden, indem ein Kapitel auf 3 aufgeteilt und 2 bisherige Zusatzklassifikationen als neue Kapitel eingeordnet worden sind. Das bisherige Kapitel „VI. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane“ wurde abgelöst von den neuen Kapiteln „VI. Krankheiten des Nervensystems“, „VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde“ und „VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes“. Die bisherige „Zusatzklassifikation der äußeren Ursachen bei Verletzungen und Vergiftungen“, die so genannte E-Klassifikation (E800–E999), wurde durch das Kapitel „XX. Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität“ ersetzt. Die bisherige so genannte V-Klassifikation bildet in der ICD-10 das Schlusskapitel: „XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“. Inhaltliche Umstrukturierungen betrafen vor allem die vorherigen Kapitel „III. Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen im Immunsystem“ und „IV. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe“. Diese Kapitel heißen jetzt „III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden

Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems“ und „IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“. Außerdem wurden inhaltlich verwandte Kapitel in eine bessere Reihenfolge gebracht: XIV: Urogenitalsystem (bisher: X), XV: Schwangerschaft (bisher: XI), XVI: Perinatalzeit (bisher: XV) und XVII: Angeborene Fehlbildungen (bisher XIV).

Die größte Änderung für die Benutzer war die Ablösung der numerischen Codes durch alphanumerische Codes, indem die erste Stelle der Codes in der ICD-10 nun durch einen Buchstaben gebildet wird (A–Z, anfangs mit Ausnahme von U, das für mögliche Erweiterungen frei gehalten worden war). So ist beispielsweise die nicht näher bezeichnete Cholera statt mit 001.9 (ICD-9) aktuell mit A00.9 zu verschlüsseln (die Position „00“ ist damit wieder besetzt worden, was in der Praxis dann auch prompt zu den von früheren Versionen her bekannten Kodierfehlern geführt hat!). Das Kapitel XX, die vorherige E-Klassifikation, reicht von V01 bis Y98 und das Kapitel XXI, die vorherige V-Klassifikation, von Z00 bis Z99. Durch diese Codeänderung konnte die Zahl der 3-stelligen Notationen für die Kategorien erheblich vermehrt werden. Waren beispielsweise in den 17 Kapiteln der ICD-9 theoretisch 999 und tatsächlich 909 3-stellige Notationen vorgesehen (unter Berücksichtigung der in der Bundesrepublik Deutschland eingefügten 3 Notationen für HIV-Infektionen [042, 043 und 044]: 912 Codes), so enthalten die korrespondierenden Kapitel I bis XIX der ICD-10, Version 1.0, 2000 bzw. 1578 3-stellige Notationen. Die gleichen Zahlen unter Einschluss der E- und V-Klassifikation sind für die ICD-9 1299 theoretisch verfügbare bzw. 1177 praktisch benutzte Notationen und für die ICD-10, Version 1.0, 2500 bzw. 2035. Man erkennt, dass die Anzahl der 3-stelligen Notationen verdoppelt worden ist und dass in der ICD-9 nur 10%, in der ICD-10 dagegen 20% aller möglichen Notationen für spätere Erweiterungen und ähnliche Zwecke freigehalten worden sind.

Das Kapitel „V. Psychische und Verhaltensstörungen“ zeichnet sich seit der ICD-8 vor allen anderen durch umfangreiche Erläuterungen und Definitionen aus, die

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007 · 50:932–943
DOI 10.1007/s00103-007-0283-x
© Springer Medizin Verlag 2007

B. Graubner

ICD und OPS. Historische Entwicklung und aktueller Stand

Zusammenfassung

Es werden einige grundsätzliche Probleme medizinischer Klassifikationen und ihre historische Entwicklung im internationalen und nationalen Rahmen dargestellt. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Entstanden vor über 100 Jahren aus einem Internationalen Todesursachenverzeichnis, hat sie sich, vor allem seit 1948, immer mehr auch zu einer international unverzichtbaren Klassifikation für alle Probleme der Morbidität entwickelt. In Deutschland begann die Einführung der gesetzlichen Diagnoseschlüsselung für stationäre Patienten mit

der ICD-8 im Jahre 1968. Seit 2000 müssen die Diagnosen aller stationären und ambulanten Patienten nach der ICD-10 verschlüsselt werden, und zwar nach einer spezifisch deutschen und jährlich revidierten Version, die seit 2004 ICD-10-GM genannt wird. Für Operationen und andere medizinische Prozeduren steht keine international geltende Klassifikation zur Verfügung. Die von der WHO 1978 veröffentlichte und später nicht weiterentwickelte Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (ICPM) diente für mehrere nationale Klassifikationen als Vorbild, so auch für den deutschen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), der erstmals 1994 veröffentlicht worden ist

und seit der Version 2004 ebenfalls jährlich revidiert wird. Für ICD-10-GM und OPS werden historische Entwicklung, Inhalte und Einsatzgebiete dargestellt. Hauptsächlich werden sie zu Abrechnungszwecken benutzt, und zwar im stationären Bereich für das deutsche G-DRG-System und im ambulanten Bereich für die gesetzlich vorgeschriebene Verschlüsselung der Diagnosen und sonstigen Behandlungsgründe sowie ausgewählter Operationen im Rahmen des EBM.

Schlüsselwörter

ICD · ICD-10-GM · OPS · Medizinische Klassifikationen für Diagnosen und Prozeduren · Übersicht

ICD and OPS. Historical development and current situation

Abstract

This survey describes some general problems of medical classifications and their historical development at international and national levels. The emphasis is on the "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)" of the World Health Organization (WHO). Evolving from an "International List of Causes of Death", initiated more than 100 years ago, particularly since 1948 the ICD has increasingly developed into an internationally essential classification also for all problems of morbidity. In Germany, the implementation for the mandatory coding of diagnoses of inpatients began with ICD-8 in 1968. With the 10th revision (ICD-10) the coding of di-

agnoses of all inpatient and outpatient cases became mandatory in the year 2000. Since 2004 this specific German version is called ICD-10-GM and revised yearly. No internationally valid classification is available for operations and other medical procedures. "The International Classification of Procedures in Medicine (ICPM)", published by the WHO in 1978, has not been revised since, but served as a model for several national classifications. Also the German "Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)" (Code of Operations and Procedures), initially published in 1994, derives from the ICPM. Since 2004 both the ICD-10-GM and the OPS are revised yearly. This paper shows

historical development, contents and areas of application for ICD-10-GM and OPS. In the case of inpatient treatment, the classifications are mainly used for reimbursement based on the German G-DRG System, in the case of outpatient treatment for the legally required coding of diagnoses and other reasons for medical treatment and of selected surgical procedures for reimbursement purposes.

Keywords

ICD · ICD-10-GM · OPS · Medical classifications of diagnoses and procedures · Survey

eine weltweit einheitliche Zuordnung von Krankheiten zu bestimmten Notationen wesentlich erleichtern. Es ist auch das einzige Kapitel, das von einer Arbeitsgruppe ärztlicher Spezialisten unter Leitung von H. Dilling ins Deutsche übersetzt worden ist. Dieses Kapitel wurde bereits Ende 1991 in wesentlich erweiterter Form als eigenständige „Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Klinisch-diagnostische Leitlinien“ separat für die Bedürfnisse der Kliniker publiziert [11] und enthält auch die wichtigsten Kategorien anderer ICD-10-Kapitel, die für die psychiatrische Dokumentation von Bedeutung sind. Deren Übersetzungen wurden später weitgehend an die offizielle DIMDI-Übersetzung angepasst. Leider stimmen inzwischen die Codes nicht mehr vollständig mit der in Deutschland gesetzlich vorgeschriebenen ICD-10-GM überein, was bei den Anwendern immer wieder zur Verunsicherung führt. Die Entwicklung des Kapitels V ist ein sehr gutes Beispiel einer über 3 Jahrzehnte andauernden internationalen Zusammenarbeit. Die Vorversion von 1987 wurde in einem groß angelegten Feldversuch von über 600 Klinikern in mehr als 30 Ländern an Personen mit psychischen Störungen sowie Alkohol- und Drogenproblemen überprüft. Die Herausgeber glauben nun, dass diese Klassifikation und Terminologie die großen Traditionen und Schulen der Psychiatrie zu repräsentieren vermag. Die Internationalisierung der Klassifikation brachte für die deutschen Psychiater auch die Abkehr von einigen gewohnten Denkmodellen mit sich. So wird seitdem versucht, „einem zumindest teilweise ‚atheoretischen‘ Ansatz folgend, auf Begriffsbildungen wie etwa Neurose, Psychose und Endogenität zu verzichten und diese durch Einführung einer deskriptiven, an diagnostischen Kriterien orientierten Klassifikation zu ersetzen. So ersetzt der Begriff ‚Störung‘ den der Erkrankung weitgehend; dem Prinzip der Komorbidität wird Rechnung getragen. [...] Die Herausgeber und Übersetzer stimmen nicht in allen Einzelheiten mit diesem neuen Klassifikationskonzept überein, das einen Kompromiss zwischen den Erfordernissen verschiedener Sprach- und Kulturräume darstellt, der durchaus kontrovers diskutiert wurde“ [11 (1993)].

In der Onkologie gibt es seit vielen Jahren auf internationaler und nationaler Ebene erfolgreiche Bemühungen um eine standardisierte Befunddokumentation, denn gerade hier hat man frühzeitig erkannt, dass ohne eine kontrollierte, qualitativ hochwertige und international vergleichbare Befunderfassung mit einheitlichen Terminologien und Klassifikationen kaum valide Studienresultate erzielt werden können. Es sind dementsprechend eine Reihe verschlüsselter Nomenklaturen bzw. Klassifikationen veröffentlicht worden. Die wichtigste ist die von der WHO erstmals 1976 im Zusammenhang mit der ICD-9 publizierte International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O). Die mit der ICD-10 weitgehend kompatible ICD-O-Ausgabe, 2. englische Auflage (ICD-O-2) [12], erschien als Erste der ICD-10-Klassifikationen bereits 1990. Ihr topografischer Teil ist in den Grundzügen mit der Klassifikation der bösartigen Neubildungen im ICD-10-Kapitel „II. Neubildungen“ identisch, während der histologische Teil in Kurzform als „Morphologie der Neubildungen“ (M-Klassifikation) Bestandteil der ICD-10 ist. Aktuell ist die im Jahre 2000 herausgegebene (aktuelle Updates 2003) und inzwischen auch in deutscher Übersetzung erschienene 3. Auflage mit der Bezeichnung ICD-O-3 [12]. In Deutschland ist die Anwendung der ICD-O vom Krebsregistergesetz vorgeschrieben. Weitere Details und Spezialausgaben sind unter anderem in [7] dargestellt.

Seitens der WHO war die Einführung der ICD-10 für das Jahr 1993 empfohlen worden. Jedoch konnte die WHO bis dahin erst die Bände 1 (Systematik, 1992) und 2 (Regelwerk, 1993) veröffentlichen, Band 3 (Alphabet) folgte erst 1994 [1]. 2005 ist von der WHO die Second Edition der ICD-10 veröffentlicht worden, die alle bis Ende 2003 beschlossenen Änderungen enthält (darin gibt es mit bisher 5 3-stelligen U-Kodes auch das in die ICD-10-GM aufgenommene Kapitel „XXII. Codes for special purposes“) [1]. Spätere Updates sind auf den Homepages der WHO und des DIMDI nachgewiesen [1].

Ein Teil der WHO-Mitgliedsstaaten war und ist angesichts der beträchtlichen Änderungen gegenüber der ICD-9 mit der Einführung der ICD-10 ziemlich zu-

rückhaltend und nutzt deshalb für Morbiditätszwecke immer noch die ICD-9 (siehe aktuelle Angaben auf der WHO-Homepage [1]). Das gilt z.B. für die USA, die seit 1999 zwar die Mortalität nach der ICD-10 kodieren, für die Morbidität aber nach wie vor die US-spezifische Erweiterung ICD-9-CM (Clinical Modification) verwenden.

Die deutschsprachige Ausgabe der ICD-10 ist vom DIMDI in den Jahren 1994/95 relativ rasch veröffentlicht worden [1]. Den Grundstock dafür lieferte die deutsche Übersetzung der WHO-Vorversion der ICD-10 von 1989 durch das damalige DDR-Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung in Berlin, die ab Oktober 1990 vom DIMDI weiterbearbeitet worden ist. Seit 1990/91 erfolgt ein Abstimmungsverfahren mit medizinischen Fachgesellschaften und -institutionen, dessen Ergebnisse in die umfassende und sorgfältige Überarbeitung auf Basis der jeweils aktuellen WHO-Versionen eingeflossen sind. Da die Übersetzung mit den zuständigen Gremien der Schweiz und Österreichs abgestimmt wurde, konnte damit zum ersten Mal eine gemeinsame deutschsprachige ICD-Fassung vorgelegt werden. Aktuell ist für die Todesursachenverschlüsselung in Deutschland die deutschsprachige ICD-10, WHO-Ausgabe 2006, gültig, die nur in Dateiform publiziert worden ist (die Version 2005 erschien auch in Buchform) [1].

In der Schweiz wird gegenwärtig noch die 1999 veröffentlichte deutsche WHO-Version 1.3 benutzt, von der eine Buchversion des Systematischen und Alphabetischen Verzeichnisses als „Dreiländerausgabe“ für Deutschland, Österreich und die Schweiz in der Bearbeitung von B. Graubner 2001 herausgegeben worden ist [13]. Da sich die Schweiz (vorläufig) für die Übernahme des deutschen G-DRG-Systems entschieden hat, ist es möglich, dass sie in den nächsten Jahren auch die ICD-10-GM übernimmt.

In den Krankenanstalten Österreichs wird seit 2001 mit der „ICD-10 BMSG 2001“ (BMSG: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, aktuell zuständig: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, BMGF) eine leicht modifizierte Version der ICD-10, deutsche WHO-Version 1.3, obligatorisch

benutzt, die vom BMSG in Dateiform veröffentlicht [14] und in die genannte Dreiländerausgabe eingearbeitet worden ist. Diese Ausgabe ist die Anpassung der von B. Graubner und A. Zaiß auf der Basis der ICD-10, Version 1.2, erarbeiteten „ICD-10 BMAGS 1999“ (BMAGS: Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales), mit der 1999/2000 ein Modellversuch in Kärnten durchgeführt worden war, an die damals aktuelle Version 1.3. Gegenüber der WHO-Ausgabe sind, analog zur deutschen ICD-10-SGBV, einige Schlüsselnummern als Ausrufezeichen-Kodes definiert. Das Kapitel XX ist durch ein schon zusammen mit der ICD-9 verwendetes Kapitel „XXa Exogene Noxen – Ätiologie“ (U00–U99!) ersetzt und im Kapitel XXI sind zahlreiche Kodes nur krankenhausintern, nur als sekundäre Ausrufezeichen-Kodes oder überhaupt nicht für die Verschlüsselung zugelassen. Die Anwendung der ICD-10 im ambulanten Bereich wird vorbereitet.

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM)

Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 hatte, wie bereits oben ausgeführt, die ICD-Verschlüsselung von Diagnosen auch in der vertragsärztlichen Gesundheitsversorgung festgelegt. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) begann 1993 im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit den Vorbereitungsarbeiten für die ICD-9-Verschlüsselung und stellte diese ab 1994 auf die ICD-10-Verschlüsselung um. Das Bundesgesundheitsministerium wollte in der vertragsärztlichen Versorgung ab 1996 zunächst die ICD-9 einführen, obwohl zu diesem Zeitpunkt bereits die deutschsprachige ICD-10 vorlag. In der Bekanntmachung von 18.12.1995 wurde dafür dann die ICD-10 festgelegt, wobei in der stationären Versorgung weiterhin die ICD-9 verwendet werden sollte. Der massive Protest von KBV und Ärzteschaft erreichte, dass das Ministerium die Einführung aussetzte und den Auftrag zur Gestaltung einer für die ambulante und

stationäre Gesundheitsversorgung in Deutschland gemäß den Anforderungen der §§ 291 und 301 SGB V besser geeigneten ICD-10-Version erteilte. Unter der Leitung des DIMDI erarbeitete ein ICD-10-Arbeitsausschuss 1996 die erste Version der ICD-10 für die Zwecke des SGB V. Dieser Expertenarbeitsgruppe gehörten neben dem DIMDI Vertreter der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung, der KBV, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und des ZI an. Sorgfältig wurde die gesamte ICD-10 durchgearbeitet, wobei für die allgemeinärztliche Verschlüsselung unverzichtbare Kodes als so genannter Minimalstandard („Basisschlüssel“) definiert worden sind; Kodes von in Mitteleuropa seltenen Diagnosen wurden als „exotisch“ gekennzeichnet, einige primäre Kodes wurden in Analogie zu den sekundären Stern-Kodes in sekundäre so genannte Ausrufezeichen-Kodes geändert und das Kapitel „XX Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität“ wurde gestrichen (in die Version 1.3 von 1999 wurde es mit 22 Kodes wieder eingefügt). Gleichzeitig wurden Diagnosenzusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (Verdacht, ausgeschlossen, Zustand nach) und die Seitenlokalisierung (rechts, links, beidseitig) festgelegt und eine ausführliche Anleitung zur Verschlüsselung formuliert. Diese reduzierte Version, für die vom ZI ein alphabetisches Verzeichnis mit den häufigsten Krankheitsbezeichnungen im deutschen Sprachraum, der so genannte Diagnosenthesaurus, herausgegeben worden war, wurde in einem großen freiwilligen Modellversuch im Bereich von 2 Kassenärztlichen Vereinigungen getestet. Im Ergebnis wurde die Praktikabilität dieser ICD-10-Verschlüsselung nachgewiesen [15], die von zahlreichen Ärzten bis zur obligatorischen ICD-10-Einführung weiter betrieben wurde. Bezüglich aller weiteren Einzelheiten sei auf die zitierte Veröffentlichung verwiesen.

Die Arbeiten an der ICD-10 gingen bei der WHO, im DIMDI und in der Expertenarbeitsgruppe weiter und führten 1999 zur ICD-10-SGBV, Version 1.3 [16], der „Ausgabe für die Zwecke des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“. Diese Version löste im stationären Bereich zum 1.1.2000 die bis dahin verwendete ICD-9 ab

und wurde gleichzeitig obligatorisch auch im vertragsärztlichen Bereich eingeführt. Sie wurde ergänzt durch den Diagnosenthesaurus in der Version 3.0, dessen Weiterentwicklung vom ZI inzwischen auf das DIMDI als neuen Herausgeber übertragen worden und dessen Umfang mit rund 30.000 Diagnosen auf das 3-Fache der ersten Version angewachsen war [17]; seine Erarbeitung wurde wissenschaftlich von W. Giere geleitet. Die schon 1997 vorgeschlagenen Diagnosenzusatzkennzeichen wurden zur allgemeinen fakultativen Nutzung eingeführt und den meisten Vertragsärzten wurde die 5-stellige Diagnosenverschlüsselung zugunsten der übergeordneten 4-stelligen Kodes erlassen.

Nach der Entscheidung der Selbstverwaltung, die australischen AR-DRGs (Australian Refined Diagnosis Related Groups), Version 4.1 (1998), zur Grundlage eines pauschalierten Entgeltsystems für die deutschen Krankenhäuser zu machen und mit der dafür erforderlichen Diagnosen- und Prozedurendokumentation im Jahre 2001 zu beginnen, musste die ICD-10-SGBV überarbeitet werden, damit in den Kapiteln I–XIX und XXI die dafür erforderlichen Schlüsselnummern zur Verfügung stehen. Zur Unterscheidung von der Version 1.3 erhielt die neue Version 2.0 (Stand November 2000) die formal leicht geänderte Kurzbezeichnung ICD-10-SGB-V [18]. Diese neue Fassung wurde für den stationären Bereich ab 1.1.2001 vorgeschrieben, während im ambulanten Bereich die Version 1.3 gültig blieb, denn KBV und ZI konnten den Vertragsärzten nicht bereits nach einem Jahr eine neue Version zumuten. Im ambulanten Bereich konnten die zum 1.1.2000 eingeführten Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (V, Z und A) und für die Seitenlokalisierung (R, L und B) weiterhin verwendet werden, während im stationären Bereich seit 2001 nur noch die Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisierung erlaubt sind. Diese Version 2.0 beinhaltet gemäß der als Vorbild dienenden australischen ICD-10-AM (Australian Modification), First Edition (1998), gegenüber der WHO-Version erstmals eine ganze Reihe neuer Kodes, insbesondere im 4- und 5-stelligen Bereich (5-Steller vor allem in den Kapiteln XIII und XIX), die teilweise auch von den

Erstellungsprinzipien der WHO-Version abweichen. (Bei der Weiterentwicklung der speziellen deutschen ICD-10-Version wird darauf geachtet, die Unterschiede zur WHO-Version wieder zu minimieren.) Die M-Klassifikation (Morphologie der Neubildungen) ist auf Wunsch vieler Anwender wieder in den Anhang aufgenommen worden, obwohl sie für die gesetzlich geforderte Verschlüsselung nicht benötigt wird; sie kann jedoch für interne Dokumentationszwecke benutzt werden.

DIMDI wird bei den Entwicklungsarbeiten an der speziellen deutschen ICD-10-Version von der aus der Expertenarbeitsgruppe hervorgegangenen und nun vergrößerten „Arbeitsgruppe ICD“ beraten, die vom Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) eingesetzt worden ist und aus Mitgliedern der im KKG vertretenen Institutionen und Organisationen besteht.

Die gleichzeitige Verwendung zweier im Prinzip gleicher, im Detail jedoch unterschiedlicher ICD-10-Versionen erwies sich immer mehr als Hemmnis für die gewünschte Integration der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung und war eine Last für alle in beiden Bereichen tätigen Mitarbeiter. Mit der vom DIMDI 2003 veröffentlichten ICD-10-GM, Version 2004 (GM: German Modification, 2004: 1. Gültigkeitsjahr) [19], wurde eine ICD-10-Version zur Verfügung gestellt, die seit 1.1.2004 in beiden Bereichen gemeinsam genutzt werden muss und den zwischenzeitlich geänderten Erfordernissen des Gesundheitssystems (obligatorische Einführung der G-DRGs ab 1.1.2004) und den Veränderungen in der medizinischen Wissenschaft Rechnung trägt. Wegen der unterschiedlichen Abrechnungsbestimmungen in den beiden Bereichen der Gesundheitsversorgung wurden vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) leicht differierende Anwendungsbestimmungen festgelegt, die sich vor allem auf den Gebrauch der Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit und die Stelligkeit der anzugebenden Schlüsselnummern beziehen und später auch für die folgenden Jahre bestätigt worden sind. Die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit wurden um das für gesicherte Diagnosen erweitert und im

vertragsärztlichen Bereich obligatorisch gemacht. Neu wurde in die ICD-10-GM das Kapitel XXII mit U-Kodes aufgenommen, mit denen zusätzliche, für das G-DRG-System erforderliche Sachverhalte zu verschlüsseln sind. In das Kapitel XXI wurden wieder alle 3-stelligen und viele 4-stelligen Codes der WHO-Version der ICD-10 aufgenommen. Außerdem wurde in verschiedenen Kapiteln eine Reihe der aus der australischen ICD-10-AM übernommenen Abweichungen von der WHO-Version rückgängig gemacht.

Die ICD-10-GM hat seitdem die folgenden Kapitel (in Klammern ist der jeweils zugeordnete Codebereich der Version 2007 angegeben, der jedoch Lücken haben kann und dessen angegebene Grenzen nicht immer belegt sind; z.B. beginnt das Kapitel XX mit V99 und das Kapitel XXII mit U04):

- I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)
- II. Neubildungen (C00–D48)
- III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50–D90)
- IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)
- V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)
- VI. Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)
- VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhängegebilde (H00–H59)
- VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60–H95)
- IX. Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)
- X. Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)
- XI. Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)
- XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)
- XIII. Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes (M00–M99)
- XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)
- XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)

- XVI. Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00–P96)
- XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00–Q99)
- XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00–R99)
- XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98)
- XX. Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01–Y98!)
- XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00–Z99)
- XXII. Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00–U99)

Mit der ICD-10-GM, Version 2005 [19], erfolgte gemäß einem eher konventionell orientierten Standard die Umstellung auf die neue deutsche Rechtschreibung. Der bisherige „Diagnosenthesaurus“ wird seitdem als amtliches „Alphabetisches Verzeichnis (Diagnosenthesaurus)“ veröffentlicht, weil auch das Alphabetische Verzeichnis der WHO-Version eingearbeitet worden ist (vollständig erst in der Version 2006; es fehlen aktuell nur noch die 2 speziellen Tabellen mit den äußeren Ursachen von Verletzungen und mit den Arzneimitteln und Chemikalien). Sein Umfang wurde bis zur Version 2007 auf fast 75.000 verschiedene Diagnoseeinträge erweitert.

Auch für die ICD-10-GM, Version 2006 [19], wurden Änderungen, Ergänzungen und Korrekturen gemäß den Erfordernissen des G-DRG-Systems, dem medizinischen Fortschritt und den Vorgaben der WHO vorgenommen. Vor allem wegen der Entwicklung des G-DRG-Systems sind auch in den nächsten Jahren jeweils neue Versionen erforderlich, auf die der vertragsärztliche Bereich wegen des damit verbundenen Implementierungs- und Umstellungsaufwandes gern verzichten würde, an denen er sich aus Gründen der Beibehaltung einer im Prinzip einheitlichen Diagnosenverschlüsselung jedoch weiterhin beteiligt.

Für die ICD-10-GM 2007 [20] (auf die

Bezeichnung „Version“ kann ab jetzt verzichtet werden!) veröffentlichte DIMDI die endgültigen Dateien im Oktober 2006. Kostenfrei können von seiner Homepage die mit dem DIMDI-Wasserzeichen versehenen PDF-Dateien im Drucklayout, Aktualisierungslisten gegenüber der Vorjahresversion und HTML-Dateien heruntergeladen werden. Verfügbar sind kostenpflichtig weiterhin ASCII-Dateien für Druck- und EDV-Versionen (einschließlich so genannter Metadaten mit zusätzlichen verschlüsselungsrelevanten Informationen), RTF- und SGML-Dateien sowie Überleitungstabellen von der Vorjahresversion. DIMDI selbst hatte für die Versionen 2004–2006 eigene Buchausgaben herausgegeben, darauf für 2007 jedoch wieder verzichtet. Die jetzt im Buchhandel verfügbaren Buchausgaben entsprechen entweder den praktisch unveränderten DIMDI-Dateien oder sind von B. Graubner nutzerfreundlich bearbeitet und mit ergänzenden Informationen zur Geschichte und Anwendung sowie der Kennzeichnung der Änderungen gegenüber der vorherigen Version versehen [20].

Die ICD-10-GM 2007 enthält 15.737 Schlüsselnummern und -bereiche, und zwar 22 Kapitel, 240 Gruppen (ohne Obergruppen), 1706 Dreisteller (davon 271 terminal und 1435 unterteilt), 8786 Viersteller (davon 7968 terminal und 818 unterteilt) und 4983 Fünfsteller. Sie enthält damit 13.222 terminale (endständige) Codes, die für die Verschlüsselung im stationären Bereich obligatorisch zu verwenden sind. Weil im vertragsärztlichen Bereich auf die Anwendung der 5-stelligen Codes (bisher) praktisch verzichtet werden kann, sind für diesen „nur“ 9057 Codes obligatorisch. Von den insgesamt 13.222 terminalen Schlüsselnummern entfallen 12.099 auf primäre und 1123 (8,5%) auf sekundäre Schlüsselnummern (Stern- und Ausrufezeichen-Codes werden als sekundär bezeichnet, weil sie nicht ohne einen primären Code verwendet werden dürfen).

Die Diagnosenverschlüsselung im stationären Bereich erfolgt überwiegend computergestützt, wobei die entsprechenden Programme [21] meistens in die Krankenhausinformationssysteme oder zumindest in die G-DRG-Grupper inte-

griert sind. Im vertragsärztlichen Bereich hat jeder Anbieter eines Praxisverwaltungssystems sein eigenes Diagnosenverschlüsselungsprogramm, die Qualität dieser Programme reicht jedoch nicht an die der professionellen Programme [21] heran. Andererseits ist jedoch deren Datenqualität sehr hoch und vor allem einheitlich, weil die KBV dafür verbindlich die Benutzung der ICD-10-GM-Stammdatei vorschreibt, die auf der Grundlage von im ZI nutzerfreundlich aufbereiteten Dateien erstellt wird. Derartige Dateien, die aufwendig manuell bearbeitet sind und damit den Nutzern Vorteile gegenüber den programmtechnisch und algorithmisch erstellten entsprechenden Dateien des DIMDI bieten, können auch für andere Einsatzzwecke zur Verfügung gestellt werden (auch für den OPS). Während die Qualität der Diagnosenverschlüsselung im stationären Bereich wegen der durch die G-DRGs bedingten Verknüpfung mit der Abrechnung recht hoch ist, lässt sie im ambulanten Bereich trotz bedeutender Verbesserungen seit 2000 noch zu wünschen übrig (siehe hierzu auch den Aufsatz von K. Giersiepen et al. im folgenden Heft); das wird sich jedoch spätestens mit Einführung der aktuell für 2009 geplanten morbiditätsabhängigen Vergütung ändern. In diesem Zusammenhang sei noch beispielhaft auf 2 Bücher hingewiesen, die Anwender bei der Verschlüsselung von Diagnosen und Operationen unterstützen [22, 23], sowie auf eine CD-ROM-Publikation, die alle hierfür wesentlichen Werke in z.T. verlinkter Fassung enthält [24]. Verschiedene Aspekte der medizinischen Dokumentation und Klassifikation, besonders von Diagnosen, behandelt eine aktuelle Veröffentlichung des ZI [25].

Gegenwärtig wird die ICD-10-GM 2008 vom DIMDI und der KKG-AG ICD vorbereitet. Für die Weiterentwicklung ist seit einigen Jahren beim DIMDI ein Vorschlagsverfahren etabliert, das vor allem von den wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und Verbänden genutzt werden soll. Dabei erfolgt eine Beschränkung auf unbedingt notwendige Änderungen, um den Aktualisierungsaufwand möglichst gering zu halten. Priorität haben dabei die von der WHO beschlossenen Änderungen sowie alle für das G-DRG-System notwendigen

Anpassungen (siehe hierzu auch den Aufsatz von B. Krause im folgenden Heft).

Die WHO arbeitet an der Vorbereitung der ICD-11. Mit ihrer Einführung ist vermutlich erst nach 2012 zu rechnen.

Operationen- und Prozeduren-schlüssel (OPS)

Gemäß einem Beschluss der 29. WHO-Generalversammlung von 1976 war von der WHO 1978 zu Testzwecken die International Classification of Procedures in Medicine (ICPM) [2] veröffentlicht worden. Aufgrund zahlreicher Schwierigkeiten wurde sie danach von der WHO nicht wieder revidiert. Und es gibt auch heute noch keine klare und verbindliche Entscheidung der WHO über die Entwicklung und definitive Anwendungsempfehlung einer einheitlich anzuwendenden internationalen Klassifikation auf diesem Gebiet. Im oben zitierten „WHO Business Plan for Classifications“ von 2005 wird an dieser Stelle die „International Classifications for Health Interventions (ICHI)“ genannt, die bisher aus der Australian Classification of Health Interventions entwickelt worden war. Gegenwärtig werden dafür jedoch andere Lösungen diskutiert, bei denen z.B. die französische multiaxiale Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) eine Rolle spielt (siehe hierzu auch den Aufsatz von A. Zaiß und S. Hanser in diesem Heft).

Es ist unbestritten, dass für die medizinische Dokumentation und die davon abgeleiteten Abrechnungsverfahren neben den Diagnosen die Prozeduren oder Maßnahmen die größte Bedeutung haben. Und unter diesen sind die chirurgischen und geburtshilflichen Operationen die wichtigsten. Zu den Prozeduren zählen aber auch die Laboratoriumsverfahren, die radiologischen und sonstigen physikalischen Maßnahmen, die sonstigen diagnostischen und therapeutischen Prozeduren und schließlich auch die Arzneimitteltherapie. Es war das große Verdienst der ICPM (WHO), alle diese Maßnahmen in den neun Hauptkapiteln einer Klassifikation geordnet zu haben. Im Gegensatz zu den Diagnosen unterliegen die Prozeduren jedoch einem relativ schnellen Wandel, der zu häufigen Revisionen der entsprechenden Klassifikationen zwingt

(man denke an die Entwicklung der Computer- und Kernspintomographie, die Lasertechnik, das endoskopische Operieren, die Entwicklung neuer Medikamente usw.). Weil internationale Abstimmungsprozesse sehr aufwendig und langwierig sind, kann die WHO das hierfür notwendige Revisionsverfahren kaum leisten. Andererseits aber ist sie sich der Notwendigkeit einer derartigen Klassifikation sehr wohl bewusst, die zumindest einen Rahmen für international vergleichbare Statistiken abzustecken vermag. Nur am Rande sei darauf verwiesen, dass eine Lösung dieser Klassifikationsproblematik nicht von der „Systemized Nomenclature of Medicine“ erwartet werden kann, denn bei SNOMED CT (Clinical Terms) (www.snomed.org) handelt es sich, wie der Name sagt, um eine Nomenklatur.

Die ICPM (WHO) war Vorbild für die Entwicklung einiger Prozedurenklassifikationen, von denen die US-amerikanische die weiteste Verbreitung gefunden hat. Sie wird seit den frühen 1980er-Jahren als Band 3 der ICD-9-CM (Clinical Modification) in jährlich neuen Fassungen publiziert und ist vor allem für die amerikanischen DRG-Systeme von Bedeutung. In diesem Zusammenhang wurde sie z.B. in Belgien ins Französische und Holländische übersetzt. In der Schweiz ist sie unabhängig von einem DRG-System als „Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP)“ auch ins Deutsche (sowie Französische) übersetzt worden; aktuell ist die Version 9.0 (2006, verbindliche Nutzung ab 2007, siehe www.bfs.admin.ch).

Für Deutschland hat eine besondere Bedeutung die in den niederländischen Krankenhäusern 1990 eingeführte „WCC-standaardclassificatie van medisch specialistische verrichtingen“ [26] gewonnen. Sie lehnt sich eng an die ICPM (WHO) an, deren 4- und 5-stellige Codes allerdings vielfach weiter unterteilt und zum Teil bis auf 6 Stellen erweitert sind. Sie wird auch als ICPM-DE (Dutch Extension) bezeichnet. Über mehrere Zwischenstufen, die z.B. in [7] dargestellt sind, wurde daraus die 1994 von der Friedrich-Wingert-Stiftung veröffentlichte deutsche ICPM-Ausgabe 1.0 [27] entwickelt.

Der „Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin, Version 1.0“

[28] wurde am 14.10.1994 veröffentlicht und war ab der Version 1.1 vom 21.9.1995 mit OPS-301 abgekürzt worden. In seinem Vorwort zur Erstausgabe schreibt das BMG zur Entstehungsgeschichte des OPS-301: „Die Erstellung dieses Schlüssels erfolgte auf der Grundlage der operationsbezogenen Teile des von der Friedrich-Wingert-Stiftung vorgelegten Schlüssels (ICPM), des Internationalen Katalogs der Operationen der ehemaligen DDR (IKO) sowie der von den wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften abgegebenen Stellungnahmen. Die Arbeiten wurden von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe des Zentrums für Medizinische Informatik der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main, und der Friedrich-Wingert-Stiftung unter Federführung des DIMDI durchgeführt. Die Ausgangsbasis für die Erstellung dieses Operationenschlüssels ist die von der WHO 1978 publizierte International Classification of Procedures in Medicine (Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin).“ Die Version 1.0 enthält das vollständige Kapitel 5 der ICPM (WHO) und Auszüge aus den Kapiteln 1, 8 und 9 und darin fast 7800 Schlüsselnummern und -bereiche.

Die ab 1996 gültige Version 1.1 des OPS-301 [29] ist gegenüber der Version 1.0 um die (meist 6-stelligen) Schlüsselnummern erweitert, die zur Definition der im gleichen Jahr eingeführten Sonderentgelte und Fallpauschalen der Bundespflege-satzverordnung erforderlich waren. Am 19.2.1996 wurde sie um 8 weitere Codes ergänzt, die sich für die Fallpauschalendefinition als zusätzlich erforderlich erwiesen hatten (8-80 ff.).

Beim Umstieg von der ICD-9 auf die ICD-10 im Jahre 2000 war die OPS-Version 1.1 weiterhin gültig. In Vorbereitung auf das für 2002 geplante G-DRG-System, wofür die Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen ab 2001 angepasst werden mussten, machte sich eine gründliche Überarbeitung des OPS-301 erforderlich. Damit wurde eine von W. Giere und C. Kolodzig wissenschaftlich geleitete und unter Federführung des DIMDI stehende Arbeitsgruppe beauftragt. Das Ergebnis war der OPS-301, Version 2.0, vom 15.11.2000 [30]. Diese Version wurde vor allem in den Kapiteln 1, 5 und 8 erweitert.

Neu wurde das Kapitel 3 aufgenommen, allerdings im Wesentlichen nur als Gerüst mit so genannten „Markerkodens“, um die für die AR-DRGs notwendigen Prozeduren abbilden zu können. Die zahlenmäßig bedeutendsten Erweiterungen im Kapitel 5 bezogen sich vor allem auf 6-stellige Schlüsselnummern. Insgesamt ist die Anzahl der Schlüsselnummern um den Faktor 3,3 (!) gestiegen. Nach wie vor sind jedoch nicht alle medizinischen Prozeduren enthalten; verzichtet wurde vor allem auf die Abbildung von Prozeduren mit geringem Aufwand oder auf sehr häufige, nicht DRG-relevante Prozeduren, wie z.B. Laboruntersuchungen, EKGs und Blutdruckmessungen. Wegen der späten Veröffentlichung wurde für die Anwendung in den Kliniken für das I. Quartal 2001 eine Übergangszeit vereinbart, in der auch die vorherige Version 1.1 weiterbenutzt werden konnte.

Der OPS-301 hat seitdem die folgenden Kapitel (in Klammern ist der jeweils zugeordnete Codebereich der Version 2007 angegeben, der jedoch Lücken haben kann):

1. Diagnostische Maßnahmen (1-01 bis 1-99)
3. Bildgebende Diagnostik (3-01 bis 3-99)
5. Operationen (5-01 bis 5-99)
8. Nichtoperative therapeutische Maßnahmen (8-01 bis 8-98)
9. Ergänzende Maßnahmen (9-26 bis 9-50)

Mit der als Grundlage verwendeten ICPM (WHO) stimmt das Kapitel 5 in seiner Struktur noch am meisten überein. Es ist anatomisch topografisch orientiert und reicht vom Nervensystem (Bereich 5-01...5-05) bis zu Haut und Unterhaut (Bereich 5-89...5-92).

Die konkrete Ausgestaltung des ab 2002 eingeführten G-DRG-Systems machte ab 2002 eine erneut überarbeitete Version erforderlich, die als OPS-301, Version 2.1 (15.8.2001) [31], veröffentlicht wurde und sich primär auf die Bereinigung von Fehlern und Inkonsistenzen und die weitere Anpassung an das G-DRG-System beschränken sollte. Dabei erfolgten einige Erweiterungen und vor allem Präzisierungen (z.B. durch die Entfernung der so genannten Markerkodens und einer Rei-

he gänzlich unspezifischer Codes sowie durch Anwendungshinweise, die mit den für 2002 erstmals veröffentlichten Deutschen Kodierrichtlinien [9] übereinstimmen). Als wesentliche Neuerung wurde der OPS-301 in einen obligatorischen „amtlichen“ Teil für die Abrechnungszwecke und einen wesentlich kleineren fakultativen „erweiterten“ (nicht-amtlichen) Teil gegliedert, der die Verschlüsselung von Detailinformationen ermöglicht, die zusätzlich vor allem für Kalkulationszwecke und eine spezifiziertere medizinische Dokumentation erforderlich sind. Wo es möglich war, ist bei jedem terminalen Kode des erweiterten Teils die Überleitung auf einen terminalen Kode des amtlichen Teils angegeben, denn nur dessen Codes dürfen zu Abrechnungszwecken benutzt werden. Bei der Erarbeitung des OPS-301 (bzw. OPS) wird das DIMDI seit 2001 von der Arbeitsgruppe OPS des KKG beraten (ähnlich wie bei der Erarbeitung der ICD-10-GM).

In Analogie zur Bezeichnung der ICD-10-GM wurde auch beim OPS-301 die nächste Version mit dem 1. Gültigkeitsjahr benannt: Gleichzeitig erfolgte eine Namensänderung: „Operationen- und Prozedurschlüssel nach § 301 SGB V (OPS-301)“, Version 2004 (15.8.2003) [32], womit die schon seit der Version 2.0 erfolgte Einbeziehung zahlreicher nichtoperativer Prozeduren verdeutlicht werden soll (jetzt z.B. ausführlich auch die Chemotherapie bei Neubildungen). Erstmals wurde mit dieser Version vom DIMDI ein offizielles Alphabetisches Verzeichnis veröffentlicht, das allerdings auch in den bisherigen Nachfolgeversionen nur die Codes des amtlichen Teils enthält.

In der Bezeichnung des OPS, Version 2005 (15.10.2004) [33], ist der Hinweis auf den § 301 SGB V entfallen, weil fast sein gesamtes Kapitel 5 seit 1.4.2005 auch für das ambulante Operieren zu verwenden und Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) geworden ist. In das Kapitel 8 wurden umfangreiche Medikamentenlisten mit Codes für verschiedene Dosisangaben aufgenommen. Obligatorisch ist ab dieser Version bei besonders gekennzeichneten Codes die Seitenlokalisierung einer Prozedur zu dokumentieren, was eine ganze Reihe von Kodeänderungen verursacht hat.

Der OPS, Version 2006 (20.10.2005) [33], enthält wiederum Präzisierungen, Korrekturen und sonstige Verbesserungen einschließlich einer erneuten Ausweitung der nichtchirurgischen Prozeduren. Mit dieser Version erfolgte die Umstellung auf die Regeln der neuen Rechtschreibung, die seitdem für beide gesetzlich vorgeschriebenen Klassifikationen gleichermaßen gelten. Diese OPS-Version enthält rund 500 Schlüsselnummern mehr als die Version 2005. Sie umfasst 5 Kapitel, 61 Bereiche, 222 Dreisteller, 1479 Viersteller, 7633 Fünfsteller und 17.154 Sechsteller, insgesamt also 26.554 Schlüsselnummern und -bereiche. Von diesen entfallen 25.978 auf den amtlichen und 576 auf den nicht-amtlichen erweiterten Teil. 23.352 Schlüsselnummern sind amtliche terminale (endständige) Codes und für die Verschlüsselung zu verwenden.

Aktuell gilt der OPS 2007 [34], bei dessen Bezeichnung analog zur ICD-10-GM 2007 auf „Version“ verzichtet werden kann. Sein Umfang musste (leider wiederum) vermehrt werden, und zwar um rund 1050 Codes auf jetzt rund 27.600 Schlüsselnummern und -bereiche. Ein großer Teil der hinzugekommenen Codes entfällt auf Medikamente, weshalb für die Version 2008, analog zur ICPM (WHO), die Einführung eines eigenen Kapitels 6 für Medikamente diskutiert wird, da der Platz im Kapitel 8 begrenzt ist. Einige Codes wurden aus dem nicht-amtlichen in den amtlichen Teil verlagert, um eine bessere Zuordnung zu einzelnen G-DRGs zu ermöglichen. Diesem Ziel ist ohnehin die Mehrzahl der vorgenommenen Änderungen geschuldet. Bezüglich weiterer Details sei nachdrücklich auf die veröffentlichten Dateien und Buchausgaben verwiesen. Hinsichtlich der Datenbereitstellung durch das DIMDI und der Buchausgaben sowie der Verschlüsselungsprogramme gilt das oben für die ICD-10-GM 2007 Ausgeführte sinngemäß, sodass aus Platzgründen auf die erneute Darstellung verzichtet werden kann.

Analog zur ICD-10-GM 2008 und nach vergleichbaren Prinzipien wird der OPS 2008 vom DIMDI und der KKG-AG OPS vorbereitet (siehe hierzu auch den Aufsatz von B. Krause im folgenden Heft). Dabei sind sich alle Beteiligten der Tatsache bewusst, dass der OPS eigentlich durch eine

besser strukturierte und entwicklungsfähige Klassifikation abgelöst werden müsste. Entsprechende Überlegungen werden schon seit 1996 angestellt, führten jedoch bisher zu keinen konkreten Ergebnissen. Vor allem die mit einem Wechsel verbundenen Umstellungsprobleme bei den Anwendern und im G-DRG-System sowie die zu erwartenden Kosten wirkten sich in den letzten Jahren hemmend auf entsprechende Aktivitäten aus. Gegenwärtig wird als Vorbildklassifikation die oben genannte französische CCAM favorisiert (siehe hierzu auch den Aufsatz von A. Zaiß und S. Hanser in diesem Heft), die unter anderem in Österreich als wesentliche Grundlage für den in Entwicklung befindlichen neuen medizinischen Leistungskatalog benutzt wird.

Seit den Versionen 2004 sind ICD-10-GM und OPS jährlich revidiert worden. Das wird wegen der Anpassungsnotwendigkeiten des G-DRG-Systems auch in den nächsten Jahren erforderlich sein. Es besteht allerdings auch Hoffnung, dass diese Änderungen, zumindest für die ICD-10-GM, deren Inhalte keinem so raschen Wandel unterworfen sind, in beispielsweise 2-jährigem Abstand erfolgen könnten.

Zum Schluss dieser Übersicht ergeht die dringende Bitte an alle mit diesen beiden großen Klassifikationen arbeitenden Ärzte und sonstigen Personen, das DIMDI oder andere geeignete Institutionen und wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaften auf Verbesserungsmöglichkeiten dieser Klassifikationen und vor allem auf tatsächlich oder vermeintlich fehlende Sachverhalte und Begriffe hinzuweisen. Denn diese Werke können nur im Dialog mit der täglichen Praxis so verbessert werden, dass sie deren Anforderungen auch weitgehend entsprechen. Dabei werden allerdings angesichts der vielfältigen Einsatzzwecke dieser Klassifikationen und – bei der ICD – auch der notwendigen internationalen Abstimmung nicht selten Kompromisse zwischen den vielfältigen Ansprüchen notwendig sein.

Danksagung

Für die Unterstützung meiner Arbeiten an der ICD und dem OPS danke ich beson-

ders Dr. Gerhard Brenner und Dr. Heinz Koch, ZI, sowie Dr. Ursula Küppers, Dr. Birgit Krause, Dr. Michael Schopen und Ulrich Vogel, DIMDI.

Herrn Prof. Dr. Rüdiger Klar, Freiburg i.Br., meinem Freund, zum 65. Geburtstag am 30. Juli 2007 gewidmet.

Hinweis

Die meisten angegebenen Klassifikationen stehen kostenlos oder kostenpflichtig auf den Homepages des DIMDI (www.dimdi.de) oder/und der WHO (www.who.int) zur Verfügung. Insbesondere bei den hier nachgewiesenen Buchausgaben ist das nur gelegentlich ausdrücklich vermerkt. Bei diesen wird aus Platzgründen meistens auch nur eine Verlagsausgabe aufgelistet. – Benutzte häufige Abkürzungen: WHO (World Health Organization, Geneva / Weltgesundheitsorganisation, Genf), DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Köln), ZI (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, www.zi-berlin.de), DÄV (Deutscher Ärzte-Verlag, www.aerzteverlag.de), khdv (Krankenhausdrucke-Verlag Wanne-Eickel, www.khdv.de).

Korrespondierender Autor

Dr. med. Bernd Graubner

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI), Berlin

Privatanschrift:

Ludwig-Beck-Str. 5

37075 Göttingen, BRD

E-Mail: Bernd.Graubner@mail.gwdg.de

Literatur

1. WHO (1992–1994) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision (ICD-10). 3 Volumes. WHO, Geneva. – Second Edition (2005). 3 Volumes. WHO, Geneva (in Buch- und Dateiform). Siehe auch www.who.int/classifications/icd/en. – Deutsche Ausgaben: DIMDI (1994/95) Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 3 Bände. Version 1.0 (1994/95). DÄV, Köln (und andere Verlage). – Version 2005 in Datei- und Buchform: DIMDI, Köln. Version 2006 nur in Dateiform: www.dimdi.de/static/klassi

2. WHO (1978) International Classification of Procedures in Medicine (ICPM). 2 Volumes. WHO, Geneva
3. WHO (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO, Geneva. – Deutsche Ausgabe: DIMDI (2006) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). MMI Medizinische Medien Informations GmbH, Neu-Isenburg
4. Matthesius R-G, Jochheim K-A, Barolin GS, Heinz C (Hrsg.) (1995) ICDH – International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Teil 1: Die ICDH – Bedeutung und Perspektiven. Teil 2: Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. Ein Handbuch zur Klassifikation der Folgeerscheinungen der Erkrankung. Übers. v. R-G Matthesius. Ullstein Mosby, Berlin Wiesbaden
5. Lamberts H, Wood M (1987) International Classification of Primary Care (ICPC). Prepared for the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) by the ICPC Working Party. Oxford University Press, Oxford New York Tokyo. (Reprints with corrections 1989 and 1990). Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes I (1993) ICPC in the European Community. With a Multi-Language Layer. Oxford University Press, New York Tokyo. Aktuell: ICPC-2 (2003)
6. Lehmann TM (Hrsg.) (2005) Handbuch der Medizinischen Informatik, 2. Aufl. Carl Hanser Verlag, München Wien
7. Graubner B (1995) Wesentliche Klassifikationen für die medizinische Dokumentation in Deutschland und ihr Entwicklungsstand. In: [4] S 41–69. Verfügbar z.B. auch auf der Homepage der GMD5-AG Medizinische Dokumentation und Klassifikation ([über www.gmd5.de](http://www.gmd5.de))
8. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA) (Hrsg.) Klar R, Graubner B, Ehlers C-Th (1986/88) Leitfadens zur Erstellung der Diagnosenstatistik nach § 16 Bundespflegegesetzverordnung (BPFV). 2., verb. Aufl. BMA, Bonn (Forschungsbericht Gesundheitsforschung 135). – Auch z.B. in: [10] Bd. 1A S 651–762
9. DKG/GKV/PKV/InEK (2006) Deutsche Kodierrichtlinien (DKR). Allgemeine und spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren. Version 2007. khdv, Herne-Wanne. – Als inhaltlich identische Kooperationsausgabe auch im DÄV, Köln. Dateien auf www.gdrg.de verfügbar. – Die DKRs waren erstmals für das Jahr 2002 veröffentlicht worden.
10. WHO (1977/78) Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death, 9th Revision (ICD-9). 2 Volumes. WHO, Geneva. Deutsche Ausgaben: Ministerium für Gesundheitswesen der DDR (1978 und 1981: Taschenausgabe. 1983: Manual, Band 1) Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (IKK), 9. Revision 1975. Verlag Volk und Gesundheit, Berlin. – DIMDI (1993) Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen, 9. Revision (ICD-9). 3 Bände. DIMDI-Version 6.0. Verlag W. Kohlhammer (und Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft), Köln Stuttgart Berlin Mainz (korrigierter Nachdruck der Ausgaben von 1987/88).
11. WHO/Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.) (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 2., korr. u. bearb. Aufl. Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle. (Deutsche Ausgabe von: ICD-10, Chapter V [F]: Mental and Behavioural Disorders [including Disorders of Psychological Development]. Clinical Description and Diagnostic Guidelines. WHO. 1991.) – Gemeinsam mit Schulte-Markwort E (2005): 5. durchg. u. erg. Aufl. (auch an ICD-10-GM angepasst)
12. Percy C, van Holten V, Muir C (1990) International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O). Second Edition ICD-O-2. WHO, Geneva. – Third Edition (2000, Updates bis 2003) ICD-O-3. WHO, Geneva. – Deutsche Ausgabe: DIMDI 2003 (Buchausgabe vergriffen)
13. DIMDI (Hrsg.) Graubner B (Bearb.) (2001) ICD-10. Dreiländerausgabe Deutschland – Österreich – Schweiz. Band 1: Systematisches Verzeichnis, Version 1.3 (Juli 1999). Band 2: ICD-10-Diagnosesynonymverzeichnis, Version 3.1 (Nov. 2000). Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle
14. Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (BMSG) (2000) Diagnoseschlüssel ICD-10 BMSG 2001. 2 Bände. BMSG, Wien (in Dateiform)
15. Koch H, Graubner B, Brenner G (1998) Erprobung der Diagnosenverschlüsselung mit der ICD-10 in der Praxis des niedergelassenen Arztes. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleituntersuchung zum Modellversuch in Niedersachsen und Sachsen-Anhalt im Jahre 1997. DÄV, Köln
16. DIMDI (1999) ICD-10-SGBV. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Ausgabe für die Zwecke des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Systematisches Verzeichnis, Version 1.3 (Juli 1999). DÄV, Köln
17. DIMDI (2000) ICD-10-Diagnosesynonymverzeichnis. Sammlung von Krankheitsbegriffen im deutschen Sprachraum, verschlüsselt nach der ICD-10-SGBV. Version 3.0. DÄV, Köln
18. DIMDI (2000) ICD-10-SGB-V. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Ausgabe für die Zwecke des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Systematisches Verzeichnis für die stationäre Versorgung. Version 2.0 (November 2000). DÄV, Köln. – ICD-10-Diagnosesynonymverzeichnis, Version 4.0 (Januar 2001). DÄV, Köln
19. DIMDI (2003) ICD-10-GM 2004. 2 Bände: Systematisches Verzeichnis und, in Kooperation von DIMDI und ZI, Diagnosesynonymverzeichnis (Alphabetisches Verzeichnis). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification. Version 2004. Stand 15.8.2003. DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). – Analog: ICD-10-GM 2005 (Stand 15.8.2004) und ICD-10-GM 2006 (Stand 1.10.2005). Beide Ausgaben als inhaltlich identische Kooperationsausgaben auch im khdv. Zu beiden Versionen erschien in den gleichen Verlagen ebenfalls das Alphabetische Verzeichnis (Diagnosesynonymverzeichnis) (bearb. v. B. Graubner). Buchausgaben für die Versionen 2004 bis 2006 wurden auch vom DIMDI selbst veröffentlicht.

20. DIMDI (2006) ICD-10-GM 2007. 2 Bände: Systematisches Verzeichnis und, in Kooperation von DIMDI und ZI, Alphabetisches Verzeichnis (Diagnosenthesaurus). Stand 9.10.2006. DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). Leseprobedateien auf den Homepages von DÄV, ZI, KBV und khdv. Beide Bände als inhaltlich identische Kooperationsausgaben auch im khdv. Praktisch unbearbeitete Ausgaben im Verlag W. Kohlhammer (gemeinsam mit Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft).
21. Beispiele eigenständiger computergestützter Verschlüsselungsprogramme: 3M KODIP (3M Medica, Neuss und Berlin [bis 2006 von SBG GmbH, Berlin]) und ID DIACOS (ID GmbH, Berlin). Kostenlos zugängliche Internetversion des bisherigen ICD/ICPM professional der 3M Medica: ZI-ICD-Browser (www.zi-berlin.de).
22. Zaiß A (Hrsg.) (2007) DRG: Verschlüsseln leicht gemacht. Deutsche Kodierrichtlinien mit Tipps, Hinweisen und Kommentierungen. 5., akt. Aufl. DÄV, Köln
23. Busse B (2007) ICD-10 und OPS. Strukturierte Einführung mit Übungen in die Diagnosen- und Prozedurenverschlüsselung. 4., akt. Aufl. Books on Demand, Norderstedt (DVMD-Schriftenreihe)
24. Zaiß A (2007) DRG: Info-Browser. Die verlinkte DRG-Bibliothek. Version 2007. CD-ROM mit Volltextsuchfunktion. DÄV, Köln
25. Brenner G, Graubner B (Hrsg.) (2007) Was heißt und zu welchem Ende betreibt man medizinische Dokumentation. DÄV, Köln (ZI-Tagungsberichte 10)
26. Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), Werkgroep Classificatie en Coderingen (WCC) (1990) WCC-standaardclassificatie van medisch specialistische verrichtingen (ICPM-DE: International Classification of Procedures in Medicine, Dutch Extension). WCC, Zoetermeer
27. Friedrich-Wingert-Stiftung, Thurmayr R, Diekmann F, Kolodzig C (1994) ICPM. Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Deutsche Fassung. Version 1.0. Adaptation und Erweiterung der ICPM-DE. Blackwell Wissenschaft, Berlin. – Version 1.1: 1995 (darin enthalten ist auch der OPS-301 1.0)
28. DIMDI (1994) Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Erstellt durch eine Arbeitsgruppe aus der Friedrich-Wingert-Stiftung und dem Zentrum für Medizinische Informatik der Universität Frankfurt/Main in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Version 1.0. Stand 14.10.1994. Buchausgabe (1995) z.B. im DÄV, Köln (durchgesehen und mit einem kompletten alphabetischen Verzeichnis versehen von B. Graubner)
29. DIMDI (1995) Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS-301). Version 1.1. Stand 21.9.1995. Ergänzte Fassung am 19.2.1996. Buchausgabe Verlag W. Kohlhammer, Köln Stuttgart Berlin (mit Ergänzungsblatt). Vollständiges Alphabetisches Verzeichnis von B. Graubner (1996): DÄV, Köln
30. DIMDI (2000) Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS-301). Version 2.0. Stand 15.11.2000. Erstellt durch eine Arbeitsgruppe aus dem Zentrum für Medizinische Informatik der Universität Frankfurt/M. und der Firma SBG - Software und Beratung im Gesundheitswesen, Berlin, in Zusammenarbeit mit medizinischen Fachgesellschaften. Buchausgabe (2001) Verlag W. Kohlhammer, Köln Stuttgart Berlin
31. DIMDI (2001) Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS-301). Version 2.1. Stand 15.8.2001. Erstellt durch eine Arbeitsgruppe aus dem Zentrum für Medizinische Informatik der Universität Frankfurt/M. und der Firma SBG, Berlin, in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe OPS des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG). Buchausgabe z.B. im DÄV, Köln (von B. Graubner durchgesehen und mit einem Alphabetischen Verzeichnis ergänzt)
32. DIMDI (2003) Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS-301). Hrsg. unter Beteiligung der Arbeitsgruppe OPS des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG). Version 2004. Stand 15.8.2003. 2 Bände: Systematisches Verzeichnis mit Erweiterungskatalog. Alphabetisches Verzeichnis. DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). Buchausgaben wurden auch vom DIMDI selbst veröffentlicht.
33. DIMDI (2004) Operationen- und Prozedurenschlüssel – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS). Hrsg. unter Beteiligung der Arbeitsgruppe OPS des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG). Version 2005. Stand 15.10.2004. 2 Bände: Systematisches Verzeichnis mit Erweiterungskatalog. Alphabetisches Verzeichnis. DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). Analog: OPS, Version 2006 (20.10.2005). Buchausgaben für die Versionen 2005 und 2006 wurden auch vom DIMDI selbst veröffentlicht.
34. DIMDI (2006) Operationen- und Prozedurenschlüssel – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS). Hrsg. unter Beteiligung der Arbeitsgruppe OPS des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG). Version 2007. Stand 25.10.2006. 2 Bände: Systematisches Verzeichnis mit Erweiterungskatalog. Alphabetisches Verzeichnis. DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner)

Erste Hilfe bei Unfällen mit ätzenden oder giftigen Stoffen. Welche Spülflüssigkeiten kommen in Frage?

Bei Unfällen mit ätzenden Stoffen ist die schnelle und effiziente Spülung mit viel Wasser das Mittel der ersten Wahl. Nur wenn kein fließendes Wasser aus Trinkwasserleitungen zur Verfügung steht, sind Spülflüssigkeiten zulässig. Die 2006 verfasste Leitlinie „Anforderungen an Spülflüssigkeiten zur Ersten Hilfe“ beschreibt die bewährten Standardmaßnahmen und zählt die Ausnahmen auf, in denen auf fertig abgepackte Spülflüssigkeiten zurückgegriffen werden darf. Sie beschreibt die Anforderungen, die an Spülflüssigkeiten zu stellen sind, und hilft so bei der Auswahl der richtigen Spülflüssigkeit. Nach Diskussion mit Arbeitsmedizinern im In- und Ausland, Vorstellung bei Fachgesellschaften und Industrievertretern wurde die Leitlinie jetzt ergänzt und aktualisiert: Leitlinie „Anforderungen an Spülflüssigkeiten zur Ersten Hilfe“ (Stand 03/2007). Auch die englische Übersetzung der Leitlinie (Guideline “Requirements on washing fluids for first aid”) (Stand 03/2007) wurde entsprechend angepasst.

Bundesgesundheitsblatt

Gesundheitsforschung | Gesundheitsschutz

Medizinische Klassifikation, Teil 1

Klassifikation in der Medizin

International Classifications in the WHO

ICD10-GM und OPS. Entwicklung und Stand

Indexed in Medline

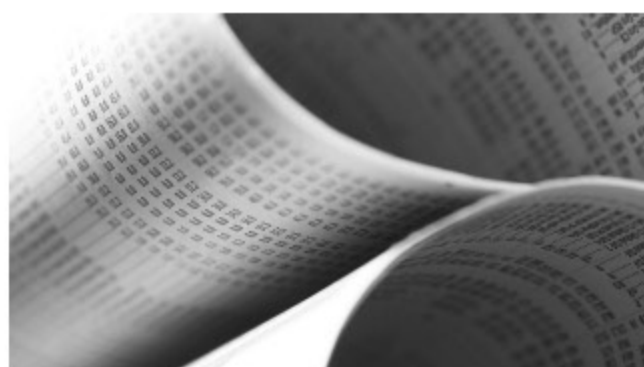
CCAM - Prozedurenklassifikation in Frankreich

ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

Internationale Ausbildungsinhalte

Todesursachenstatistik in Deutschland

Fortsetzung von Bundesgesundheitsblatt
und Infektionsepidemiologische Forschung



Titelbild: photos.com

Editorial Editorial

- M. Schopen
Klassifikation in der Medizin – Pflicht oder Chance? 911
 Medical classification – obligation or opportunity?

Leitthema: Medizinische Klassifikationen, Teil 1 Leading theme

- W. Giere
Klassifikation in der Medizin. Eine einführende Betrachtung von Sinn und Zweck 913
 Classification in medicine. An introductory reflection on its aim and object
- R. Jakob · B. Üstün · R. Madden · C. Sykes
The WHO Family of International Classifications 924
 Die Familie der internationalen gesundheitsrelevanten Klassifikationen der Weltgesundheitsorganisation
- B. Graubner
ICD und OPS. Historische Entwicklung und aktueller Stand 932
 ICD and OPS. Historical development and current situation
- A. Zaiß · S. Hanser
Die französische Prozedurenklassifikation CCAM. Eine Option für Deutschland 944
 The French Common Classification of Procedures CCAM. An option for Germany
- T. Ewert · G. Stucki
Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Einsatzmöglichkeiten in Deutschland 953
 The international classification of functioning, disability and health. Potential applications in Germany
- S. Weber
Internationale Ausbildungsinhalte zum medizinischen Kodierer der ICD. Richtlinien des Education Committee des Netzwerkes der WHO-Klassifikationszentren 962
 International curriculum for medical coders. Recommendations of the Education Committee of the WHO Family of International Classifications Network
- T. Schelhase · S. Weber
Die Todesursachenstatistik in Deutschland. Probleme und Perspektiven 969
 Mortality statistics in Germany. Problems and perspectives

Tagungsbericht Meeting report

- V. Heinke
120. Sitzung der Kunststoffkommission des BfR. Bericht vom 22./23. November 2006 977
- B. Maier · A-M. Bau · J. James · R. Görgen · C. Graf · R. Hanewinkel · P. Martus · U. Maschewsky-Schneider · M.J. Müller · S. Plachta-Danielzik · M. Schlaud · C. Summerbell · R. Thomas
Methods for evaluation of health promotion programmes. Smoking prevention and obesity prevention for children and adolescents 980

Empfehlungen Recommendations

- Empfehlung des Umweltbundesamtes
Empfehlung des Umweltbundesamtes nach Anhörung der Schwimm- und Badebeckenwasserkommission des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) beim Umweltbundesamt. Nachweisverfahren für *P. aeruginosa* nach DIN EN 12780 zur Überwachung des Beckenwassers von Kleinbadeteichen 987

Bekanntmachungen Announcements

Bekanntmachung des Umweltbundesamtes Beurteilung von Innenraumluftkontaminationen mittels Referenz- und Richtwerten. Handreichung der Ad-hoc-Arbeitsgruppe der Innenraumluftthygiene-Kommission des Umweltbundesamtes und der Obersten Landesgesundheitsbehörden	990
Bekanntmachung des Bundesinstituts für Risikobewertung ADI-Werte und gesundheitliche Trinkwasser-Leitwerte für Pflanzenschutzmittel-Wirkstoffe. Ausgabe 12 (28.2.2007)	1006

Termine	1017
----------------	-------------

Verschiedenes Miscellaneous

Fachnachrichten	943
Buchbesprechungen	931, 952, 979

Vorschau auf Heft 8 • August 2007

Änderungen vorbehalten

Leitthema: Medizinische Klassifikationen, Teil 2

- Diagnose- und Prozedurendaten im deutschen DRG-System
- Diagnosen als Gegenstand der Versorgungsforschung zur Analyse der Morbidität ambulanter Patienten
- Die Kodierqualität in der stationären Versorgung
- Die ICD-Kodierqualität für Diagnosen in der ambulanten Versorgung
- Terminologien oder Klassifikationen – Was bringt die Zukunft?
- Das Revisionsverfahren der medizinischen Klassifikationen in Deutschland
- Bedeutung der ICD für Vergleiche von Indikatorenätzen

Klassifikation in der Medizin – Pflicht oder Chance?

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Überschrift zum Editorial ist bewusst polarisierend. Mit der Einführung der *Diagnosis Related Groups* in Deutschland im Jahre 2003 haben Klassifikationen in der stationären Versorgung einen völlig neuen Stellenwert erhalten. „Wer schreibt, der bleibt“ war eine der häufig zu hörenden Parolen; neue Berufe wie *Medizincontroller*, *DRG-Beauftragte* oder *klinische Kodierfachkräfte* entstanden. Vor einer ähnlichen Schwelle steht der ambulante Sektor 2009 mit der Einführung der morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina. Auch hier wird die Klassifikation Einfluss auf die Vergütung und damit einen höheren Stellenwert erhalten. Das war uns Grund genug, die medizinischen Klassifikationen in Deutschland in 2 Schwerpunktheften des Bundesgesundheitsblattes näher zu beleuchten: Der vorliegende Band umfasst die Grundlagen, das Augustheft wird wesentliche Anwendungen näher vorstellen.

„Menschen werden mit der Fähigkeit zur Gestalterkennung, zur Klassifikation geboren“, so Wolfgang Giere in seinem Einführungsbeitrag. Der ehemalige Direktor des Zentrums der Medizinischen Informatik des Frankfurter Universitätsklinikums geht zurück bis auf die philosophischen Aspekte der Klassifikation bei Aristoteles und kann – aus dem Fundus seiner über 40-jährigen



Praxis schöpfend – Empfehlungen für die Zukunft geben, um uns „von der Fron des Klassifizierens“ zu befreien.

Eindrucksvoll ist die über 100-jährige Geschichte der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD). Im Beitrag von Robert Jakob wird deutlich, dass die allen bekannte ICD jedoch nur ein Pfeiler des Systems der Internationalen Klassifikationen ist, für die die Weltgesundheitsorganisation verantwortlich zeichnet. Sie bedient sich dabei eines internationalen Netzwerkes von Kooperationszentren. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in Köln vertritt seit 2003 als Kooperationszentrum den deutschen Sprachraum in der Pflege und Entwicklung der WHO-Klassifikationsfamilie und hat sich in den letzten Jahren auch international ein hohes Ansehen erarbeitet. Auch das Erfolgsmodell ICD muss regelmäßig auf den aktuellen Stand des medizinischen Wissens gebracht werden. Im April hat die WHO den Revisionsprozess für die ICD-11 offiziell eröffnet, und „die

Welt“ ist aufgerufen, über eine Internet-Plattform diesen Prozess aktiv zu gestalten: unter <http://extranet.who.int/icdrevison> kann jeder Vorschläge und Kommentare zur ICD-Revision einreichen.

Wie Giere in Frankfurt so überblickt auch Bernd Graubner in Göttingen seit Jahrzehnten die Entwicklungen der Klassifikationen in Deutschland. Seine Arbeit dokumentiert die Geschichte der „ICD-10-GM“, der German Modification, die das DIMDI zur Einführung der *Diagnosis Related Groups* herausgegeben hat, und des Operationenschlüssels, der schon die Sonderentgelte und Fallpauschalen in den 90er-Jahren unterstützt hat und inzwischen als Operationen- und Prozedurenschlüssel eine Säule des DRG-Systems darstellt. Der OPS ist jedoch à la longue ausgereizt und nur noch schwer zu pflegen. Albrecht Zaiß untersucht daher die vielversprechende französische *Classification Commune des Actes Médicaux* (CCAM) auf ihre Einsatzfähigkeit in Deutschland. Das ihr zugrunde liegende mehrachsige semantische Modell hat weltweit Beachtung gefunden und wird nun auch von der WHO als Grundlage für eine neue internationale Prozedurenklassifikation untersucht – eine Arbeit, in die Zaiß für das deutsche WHO-Kooperationszentrum maßgeblich eingebunden ist.

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Ge-

sundheit (ICF) ist die jüngste der WHO-Referenzklassifikationen. 2001 von der World Health Assembly verabschiedet, spielt sie in Deutschland bisher noch keine herausragende Rolle. Thomas Ewert und Gerold Stucki vom ICF Research Branch des deutschen WHO-Kooperationszentrums stellen die Klassifikation näher vor. Zwar ist das ihr zugrunde liegende biopsychosoziale Modell im SGB IX verankert, ihr Einsatz zur Kodierung der funktionalen Gesundheit ist bisher aber nicht gesetzlich vorgeschrieben. Die WHO hat sich die Zuarbeit der Mitgliedsstaaten zu einer internationalen Statistik der funktionalen Gesundheit durch einen Beschluss der World Health Assembly offengehalten – hier gilt es die Zukunft abzuwarten.

Kodierung als Beruf hat weltweit keine hohe Attraktivität und wird leider oft schlecht vergütet. Dabei ist die Todesursachenkodierung oder eine DRG-gerechte Kodierung heute ein komplexes Geschehen,

das profunde Kenntnisse eines schwierigen Regelwerkes und medizinisches Hintergrundwissen verlangt. Die WHO-Kooperationszentren streben daher eine Aufwertung der Kodierberufe an und wollen die Qualität über einheitliche Ausbildungsanforderungen sichern. Stefanie Weber stellt uns die aktuellen Entwicklungen aus ihrer Tätigkeit im Education Committee der WHO-Kooperationszentren vor.

Die Todesursachenstatistik auf der Grundlage der ICD ist die älteste und längste Zeitreihe der Medizinalstatistik. Im Beitrag von Torsten Schelhase und Stefanie Weber wird deutlich, dass auch hier die moderne Informationstechnik Optionen eröffnet, die Kodierer von Routinetätigkeiten zu entlasten, um ihnen Zeit für die wirklich schwierigen Fälle zu geben und damit die Qualität weiter zu verbessern.

Klassifikation in der Medizin – Pflicht oder Chance? Möge dieses Heft helfen, die Diskussionen darüber mit Fakten zu unter-

mauern, indem es Basiswissen vermittelt, die Frage nach dem Sinn beantwortet, Anwendungen vorstellt und deren Nutzen aufzeigt. Nur so kann aus der „lästigen Pflicht“ im Bewusstsein der Anwender eine Chance für die Zukunft werden. Darauf hofft Ihr



Michael Schopen

Korrespondierender Autor

Dr. Michael Schopen

WHO-Kooperationszentrum für das System der Internationalen Klassifikationen, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
 Waisenhausgasse 36–38a
 50676 Köln, BRD
 E-Mail: michael.schopen@dimdi.de

Bundesgesundheitsblatt



Gesundheitsforschung | Gesundheitsschutz

Medizinische Klassifikation, Teil 2

Diagnosen in der Versorgungsforschung zur
Morbiditätsanalyse

Kodierqualität in der ambulanten Versorgung

Kodierqualität in der stationären Versorgung

Indexed in Medline and SCOPUS

Diagnose- und Prozedurendaten im deutschen
DRG-System

Revisionsverfahren der medizinischen
Klassifikationen in Deutschland

Bedeutung der ICD für Vergleiche von
Indikatorenätzen

Terminologien oder Klassifikationen?

Fortsetzung von Bundesgesundheitsblatt
und Infektionsepidemiologische Forschung



Titelbild: photos.com

Editorial Editorial

M. Schopen Klassifikation in der Medizin – vom Nutzen der Pflicht Medical classification – the benefit of obligation	1019
---	------

Leitthema: Medizinische Klassifikationen, Teil 2 Leading theme

G. Brenner · H. Koch · H. Kerek-Bodden · J. Heuer · A. Lang · A. Franke Diagnosen als Gegenstand der Versorgungsforschung zur Analyse der Morbidität ambulanter Patienten Diagnoses as the subject of health service research to analyse the morbidity of outpatients	1021
K. Giersiepen · H. Pohlabein · G. Egidi · I. Pigeot Die ICD-Kodierqualität für Diagnosen in der ambulanten Versorgung Quality of diagnostic ICD coding for outpatients in Germany	1028
J. Stausberg Die Kodierqualität in der stationären Versorgung Quality of coding in acute inpatient care	1039
S. Müller-Bergfort · J. Fritze Diagnose- und Prozedurendaten im deutschen DRG-System Extent and use of administrative hospital data in the German DRG system	1047
B. Krause Das Revisionsverfahren der medizinischen Klassifikationen in Deutschland The revision process of medical classifications in Germany	1055
D. Bardehle · S. Klug · W. Eberhardt Bedeutung der ICD für Vergleiche von Indikatorensets Significance of the ICD for the comparability of indicator sets	1061
J. Ingenerf Terminologien oder Klassifikationen. Was bringt die Zukunft? Terminologies or classifications. What does the future hold?	1070

In der Diskussion Under Discussion

H. H. Dieter · R. Konietzka · H. G. Neumann Was verstehen die wissenschaftlichen und die regulatorischen Toxikologen unter dem Ausdruck „nicht nennenswert“ bei der Risikobewertung von Kanzerogenen?	1084
---	------

Bekanntmachungen Announcements

Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit 7. Änderungsmitteilung zur Liste der Aufbereitungsstoffe und Desinfektionsverfahren gemäß § 11 Trinkwasserverordnung 2001	1087
B. Wricke · H. Bartel Grundsätzliche Anforderungen an Mittel und Verfahren zur chemischen Desinfektion von Trinkwasser	1105

Termine	1109
----------------	------

Verschiedenes Miscellaneous

Fachnachrichten	1038, 1054
Buchbesprechungen	1046, 1069

Vorschau auf Heft 9 • September 2007

Änderungen vorbehalten

Berliner Gespräche zur Sozialmedizin: Recht auf Gesundheit

- Das Recht auf Gesundheit. Verfassungsrechtliche Dimensionen
- Recht auf Gesundheit. Perspektive einer gesetzlichen Krankenkassen
- Patienten-Arzt-Beziehung
- Recht auf Gesundheit, Anrecht auf fürsorgliche Behandlung. Das Modellprojekt „gemeinsam gesund werden“

M. Schopen

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Köln, BRD

Klassifikation in der Medizin – vom Nutzen der Pflicht

Liebe Leserin, lieber Leser,

vor Ihnen liegt nun das zweite Schwerpunktheft des Bundesgesundheitsblattes zu den medizinischen Klassifikationen. War das Juliheft mehr den Grundlagen gewidmet, so finden Sie im Augustheft Arbeiten, die spezielle Anwendungen und Daten beschreiben und deren Nutzen aufzeigen.

Seit langem steht ein ökonomisch motivierter Einsatz der Klassifikationen im Vordergrund – „nach Golde drängt, am Golde hängt doch alles“. Bereits in den frühen 1990er-Jahren hatte der Gesetzgeber versucht, die Diagnosenkodierung auf Abrechnungsunterlagen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen im ambulanten Bereich einzuführen. Am energischen Protest der niedergelassenen Ärzte scheiterte zunächst, was in den Krankenhäusern seit den 1980er-Jahren zur Routine geworden war. Erst im Jahre 2000 gelang es, eine konsequente ICD-Verschlüsselung auch in der ambulanten Medizin umzusetzen – nicht zuletzt ein Verdienst des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI), das 1997 den ICD-10-Diagnosenthesaurus als praxisnahes Werkzeug herausgegeben hatte. Inzwischen ist er in die Verantwortung des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) übergegangen und hat sich zum amtlichen



Alphabetischen Verzeichnis der ICD-10-GM weiterentwickelt.

Mit seinem Beitrag zeigt Gerhard Brenner vom ZI, dass keinesfalls der seinerzeit befürchtete bürokratische Datenfriedhof entstanden ist: Diagnosen als Gegenstand der Versorgungsforschung – die ICD-kodierten ambulanten Diagnosen schaffen offenbar nicht nur Transparenz bei der Abrechnung, sondern sie haben auch epidemiologischen Wert.

Natürlich stellt sich die Frage nach der Qualität dieser Daten – eine Studie dazu hat das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin durchgeführt. Klaus Giersiepen stellt die Ergebnisse vor. Ab dem Jahre 2009 ist vorgesehen, die ICD-kodierten Diagnosen auch für die Abrechnung im ambulanten Bereich heranzuziehen: die morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina sollen helfen, die Vergütung stärker am Morbiditätsspektrum der Arztpraxis auszurichten. Gerade hier wird der Kodierqualität erhebliche Bedeutung zukommen.

Eine vergleichbare Entwicklung hat der stationäre Sektor gerade zurückgelegt. Die Einführungsphase der Diagnosis Related Groups neigt sich dem Ende zu: 2009 ist die Konvergenzphase abgeschlossen, und das System wird endgültig „scharf geschaltet“. Jürgen Stausberg untersucht in seinem Beitrag die Kodierqualität in den deutschen Krankenhäusern. Da hier ökonomische Effekte seit einigen Jahren wirksam sind, sollte ein Qualitätsanstieg sichtbar sein.

Auch aus den DRG-Daten lässt sich mehr gewinnen als nur ein Abrechnungsdatensatz. Stefan Müller-Bergfort stellt die umfangreiche Datensammlung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) vor – und weist uns gleichzeitig auf seine eingeschränkte Verfügbarkeit hin: Der Gesetzgeber gibt diese Daten nur für wenige Zwecke frei. Aber in den letzten Monaten zeichnet sich ein Umdenken ab: Nach Gesetzesänderungen hat das Statistische Bundesamt eine erste Aufbereitung der DRG-Daten publiziert und sogar zu ausgewählten Hauptdiagnosen die Komorbiditäten ausgewertet [1]. Es bleibt zu wünschen, dass dieser Weg weiterbeschritten wird: Diese für Deutschland einzigartige Sammlung fallbezogener Daten sollte für epidemiologische, gesundheitsökonomische oder qualitätssichernde Forschung nutzbar sein.

Sollen Klassifikationen das medizinische Geschehen in der Versorgung realistisch abbilden, so müssen sie fortlaufend an den medizinischen Fortschritt angepasst werden. In ihrem Beitrag stellt Birgit Krause das offizielle jährliche Pflegeverfahren des DIMDI für die ICD-10-GM und den OPS vor. In einem transparenten Prozess werden Vorschläge entgegengenommen, in einem aufwändigen Konsultationsverfahren zur Entscheidungsreife gebracht und nach positiver Bewertung in die Klassifikationen eingearbeitet. Gerade dieses transparente Verfahren hat sehr geholfen, die Diskussionen um die Klassifikationen von Emotionalität und Polemik zu befreien.

Neben ambulanter und stationärer Versorgung und den alles beherrschenden ökonomischen Betrachtungen verliert man eine weitere Säule unseres Gesundheitssystems leicht aus dem Blick: den öffentlichen Gesundheitsdienst. Schließlich werden medizinische Statistiken erst möglich durch die Verdichtungsprozesse in den Klassifikationen. In ihrer Betrachtung der unterschiedlichen Indikatorensätze für die Gesundheitsberichterstattung stellt Doris Bardehle Definitionen, Bezugspopulationen und andere Merkmale gegenüber, um den dringenden Vereinheitlichungsbedarf darzustellen und auf mögliche Diskrepanzen statistischer Kennwerte hinzuweisen.

In einer Studie des Deutschen Krankenhausinstitutes [2] wird der hohe Anteil administrativer Tätigkeiten bei Krankenhausärzten dokumentiert, darunter natürlich auch die Kodierung von Diagnosen und Prozeduren. Seit langem strebt die medizinische Dokumentation danach, die primäre Information mittels einer Terminologie fein-granulär zu erfassen, um dann über die Abbildung der Terminologie auf Klassifikationen diese Daten automatisch zu klassieren. Josef Ingenerf stellt uns diesen Ansatz detailliert vor – kein leichter Stoff, aber die Mühe des Lesens lohnt sich, denn dieses Vorgehen birgt das Potenzial, Ärzte „von der Fron des Klassifizierens“ zu befreien.

Und hier schließt sich der Kreis dieser beiden Schwerpunktheftes, denn genau dies hatte uns Wolfgang Giere in seinem einführenden Beitrag im Juliheft in Aussicht gestellt. Dass dieses Ziel eines Tages erreicht werde und dass die gewonnene Zeit den Patienten zugute komme, das wünscht

Ihr



Michael Schopen

Korrespondierender Autor

Dr. Michael Schopen

WHO-Kooperationszentrum für das System der Internationalen Klassifikationen
Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
Waisenhausgasse 36–38a
50676 Köln, BRD
E-Mail: michael.schopen@dimdi.de

Literatur

1. Statistisches Bundesamt. Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6.4 Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) 2005. Wiesbaden 2007. Im kostenfreien Download erhältlich unter www.destatis.de
2. Blum K, Müller U (2003) Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser – Repräsentativerhebung des Deutschen Krankenhausinstituts. Das Krankenhaus 95(7):544-548