

Aktuelle Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen

Bernd Graubner

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland (ZI), Köln
(Geschäftsführer: Dr. Gerhard Brenner)

Übersichtsbeitrag für das Zentralblatt für Gynäkologie, Heft 12/2000
(Heidelberg: Johann Ambrosius Barth, ISSN 0044-4197):
Zentralbl Gynakol 122 (2000) 611-624

Manuskriptstand: 13.9.2000 (mit Korrekturen am 7.11.2000)

Schlüsselwörter:

Diagnosenklassifikationen / DRGs / ICD-10 / ICD-10-SGBV / ICPM / Medizinische Dokumentation / OPS-301 / PCS / Prozedurenklassifikationen / SGB V

Zusammenfassung:

Klassifikationen von Diagnosen und Prozeduren unterstützen die geordnete medizinische Dokumentation und machen sie einer computerunterstützten Auswertung zugänglich. Mit ihnen läßt sich das wichtigste Leistungsgeschehen in stationären und ambulanten Gesundheitseinrichtungen beschreiben. Aktuell gewinnen sie in Deutschland eine erhöhte Bedeutung durch die Verknüpfung mit dem neu einzuführenden pauschalierenden Abrechnungssystem für Krankenhäuser auf der Basis der australischen AR-DRGs. In der vorliegenden Übersicht werden ausführlich die gesetzlich vorgeschriebenen Klassifikationen ICD-10 bzw. ICD-10-SGBV und OPS-301 (ICPM) sowie einige ihrer wichtigsten Vorgängerversionen beschrieben und in den Kontext der medizinischen Dokumentation gestellt. Für die weitere Entwicklung der Klassifikationen (z. B. PCS) und der medizinischen Dokumentation werden Richtungen angedeutet, die vor allem die künftige, von den DRGs dominierte Situation der Krankenhäusern betreffen.

Actual Classifications of Diagnoses and Medical Procedures

Key words:

Classifications of diagnoses / Classifications of medical procedures / DRGs / ICD-10 / ICD-10-SGBV / ICPM / Medical documentation / OPS-301 / PCS / SGB V

Summary:

Classifications of diagnoses and medical procedures support structured medical documentation and make it accessible to computerized evaluation. Important figures of performance of in- and outpatient medical care can be derived from these data. Actually the importance of medical classifications increases in Germany because of the decision for introducing a new accounting system for hospitals on the basis of Australian AR-DRGs. The following review describes in detail these medical classifications which are prescribed by law in Germany (ICD-10 respectively ICD-10-SGBV and OP-301 [ICPM]). Some of their most important predecessors are also being referred to and discussed in the context of medical documentation. Some ideas are given about the further development of these medical classifications (e.g. PCS) and the medical documentation, taking into account especially the future DRG situation in hospitals.

1. Einleitung

„Die sind weise zu nennen, die Dinge in die rechte Ordnung bringen.“ Dieses schöne Wort des Thomas von Aquin (1224/25-1275, Summa contra gentiles, Buch 1, Kap. 1) hat Gustav Wagner, einer der „Altmeister“ der medizinischen Dokumentation, der deutschen Ausgabe der TNM-Klassifikation [38] vorangestellt. Es ist ein gutes Leitwort für diejenigen, die sich der Mühe unterziehen, das zeitbedingte Wissen eines bestimmten Fachgebietes in einer Klassifikation geordnet darzustellen (Klassifikationsentwicklung) bzw. die entsprechenden Realitäten unserer Welt in das Skelett einer Klassifikation einzuordnen (klassifizierende Dokumentation).

Klassifikationen von Krankheiten und ihren Folgen, von Operationen und anderen therapeutischen oder diagnostischen Verfahren, von Medikamenten, von Organen usw. unterstützen die systematische Ordnung des medizinischen Wissens. Sie dienen u. a. behandelnden und forschenden Ärzten, den Verwaltungsmitarbeitern im Gesundheitswesen und bei den Kostenträgern sowie dem Staat selbst bei der standardisierten medizinischen Dokumentation. Die wiederum ist die Grundlage für Auswertungen, d. h. die (statistische) Zusammenfassung von Einzelerkenntnissen (Aggregation, z. B. Kennzifferaufbereitung in der Gesundheitsberichterstattung) und das gezielte Wiederfinden von Einzelergebnissen (Retrieval).

Angesichts der zunehmenden Komplexität der medizinischen Forschung und Betreuung sowie der steigenden Kosten für das Gesundheitswesen einerseits und der verbesserten Möglichkeiten der Informationsverarbeitung andererseits 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.

Aktuell hat die Nutzung als Leistungsdokumentation und ihre Verknüpfung mit der Finanzierung des Gesundheitswesens eine besonders hohe Priorität. Das begann 1995/96 mit der definitiven Verpflichtung der Krankenhäuser zur Übermittlung von ICD-9- und OPS-301-Schlüsselnummern an die Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) als Voraussetzung zur Bezahlung der Krankenhausleistungen. Damit verbunden war die Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte zur (teil-)pauschalierenden Abrechnung von etwa 20 % aller stationären Behandlungsfälle. Diese Entwicklung setzte sich mit der Einführung der ICD-10 für die Diagnosenverschlüsselung in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung ab 1.1.2000 fort und kulminiert jetzt in der bis 2003 relativ kurzfristig umzusetzenden Einführung eines (voll-)pauschalierenden Vergütungssystems für allgemeine voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen auf der Basis von DRGs (Diagnosis Related Groups).

Der vorliegende Beitrag möchte einen orientierenden Überblick über die in Deutschland gesetzlich vorgeschriebenen medizinischen Klassifikationen bieten, die für Krankheiten und gesundheitsrelevante Probleme sowie für medizinische Prozeduren im weiteren Sinne bedeutungsvoll sind. Gemäß den Festlegungen für die vertragsärztliche und die stationäre Gesundheitsversorgung in den §§ 295 und 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und den ergänzenden Verordnungen und Bekanntmachungen handelt es sich dabei hauptsächlich um die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision“ (ICD-10) für die Diagnosen und den „Operationenschlüssel nach § 301 SGB V“ (OPS-301) für die Operationen.

Bezüglich ausführlicherer Angaben und Benutzungsanleitungen zu den einzelnen Klassifikationen und Informationen über weitere Klassifikationen sei der Interessierte ausdrücklich auf die Klassifikationen selbst sowie auf ausführlichere Übersichten und Bibliographien hingewiesen [8, 9, 16 (Leitfaden!), 23, 26, 41].

2. Diagnosenklassifikationen

2.1 ICD-10 und ICD-10-SGBV

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in Vorbereitung der ICD-10 [11] das Konzept der „**Familie der krankheits- und gesundheitsbezogenen Klassifikationen**“ vorgestellt. Es entstand aus der Erkenntnis, 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. Das Schema der Abbildung 1 zeigt die **ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)** als Kern- oder Mutterklassifikation, um die sich die anderen Klassifikationen gruppieren. Ihre dreistellige Version ist für die von jedem WHO-Mitgliedsland zu erstellenden Mortalitätsstatistiken vorgeschrieben und bildet die Grundlage für internationale Vergleiche. Von zahlreichen Staaten wird sie darüber hinaus, meistens in ihrer vierstelligen Version, für Abrechnungszwecke benutzt sowie für nationale Morbiditätsstatistiken verwendet, um vor allem gesundheitspolitische und epidemiologische Aussagen machen zu können.

Aus der ICD unmittelbar abgeleitet sind die fachspezifischen Klassifikationen, die fast immer fachbezogene, detaillierter gegliederte Teilmengen der ICD enthalten und für die sonstigen, im jeweiligen Fach weniger wichtigen Krankheiten oft zusammenfassende Schlüsselnummern vorsehen. (Die Aufzählung der Fächer in Abb. 1 ist beispielhaft zu verstehen, denn bisher gibt es u. a. keine international anerkannte Spezialklassifikation für die Geburtshilfe und Gynäkologie.) Lediglich die für die Allgemeinmedizin vorgesehene „International Classification of Primary Care“ (ICPC) [17] stellt eine eigenständigere 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 (anscheinend) Gesunden einerseits und den Gesundheitseinrichtungen andererseits sowie die Maßnahmen während des Behandlungsprozesses. In der ICPC werden somit in einer einzigen Klassifikation verschiedene Aspekte der medizinischen Betreuung abgebildet. - Zusätzlich sei kurz auf die in Abbildung 1 enthaltene Internationale Nomenklatur der Krankheiten (IND) hingewiesen, weil davon auch ein englischsprachiger Band über Krankheiten des weiblichen Genitalsystems erschienen ist [22]. Die ursprüngliche Planung der WHO, auf der Basis der IND eine moderne Terminologie der ICD-10 mit Vorzugsbezeichnungen und Synonymen zu entwickeln, konnte leider nicht realisiert werden.

Die ICD ist, ebenso wie ICPM und OPS-301, eine **Klassifikation, die Anforderungen aus vielen Bereichen erfüllen soll**, wie z. B. medizinische Dokumentation, interne und externe Qualitätssicherung, wissenschaftliche Auswertung, Pflegedokumentation, Abrechnung, Leistungs- und Kalkulationsaufstellung, Krankenhausmanagement, Betriebsvergleich, Wirtschaftlichkeitsprüfung, Bedarfsplanung, Gesundheitsberichterstattung, epidemiologische Aussagen und schließlich - als Hauptzweck für die WHO - Basis für nationale und internationale Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken. Weil eine einzige Klassifikation diesen unterschiedlichen Zwecken nicht gerecht werden kann, mußten Kompromisse ge-

funden werden.

In der **DDR** war die vierstellige Verschlüsselung der Krankenhausdiagnosen bereits 1968 nach der ICD-8 eingeführt worden (ab 1979 nach der ICD-9 [16]), während Diagnosen auf Arbeitsfähigkeitsbescheinigungen nur dreistellig zu verschlüsseln waren. Die alte **Bundesrepublik Deutschland** folgte 1986 mit der dreistelligen ICD-9-Verschlüsselung der Krankenhausdiagnosen; ab 1995/96 war deren vierstellige Verschlüsselung vorgeschrieben. Seit 1.1.2000 müssen in Deutschland Krankenhausdiagnosen, Arbeitsfähigkeitsdiagnosen und Diagnosen auf vertragsärztlichen Abrechnungsunterlagen vierstellig nach der ICD-10-SGBV [15] verschlüsselt werden. Todesursachen werden bereits seit 1998 nach der ICD-10 [12] verschlüsselt. - In den **schweizerischen Spitälern** wurde nach der seit 1968 freiwilligen ICD-8- bzw. ICD-9-Dokumentation die obligatorische ICD-10-Verschlüsselung 1998 eingeführt. Die **österreichischen Krankenanstalten** verschlüsseln obligatorisch mit einer speziellen ICD-9-Version, der „ICD-9 BMAGS 1998“, gehen aber nach einem seit 1999 erfolgreichen ICD-10-Pilotprojekt in Kärnten ab 1.1.2001 auf die „ICD-10 BMSG 2001“ [2] über, die im Prinzip der aktuellen deutschsprachigen ICD-10-Version 1.3 [12] entspricht. Für den ambulanten Bereich plant Österreich die flächendeckende Erprobung eines Dokumentationssystems auf der Basis einer vereinfachten ICD-10-Version ab 2001.

Bei dem erwähnten Pilotprojekt in Österreich vergeben Ärzte ICD-10-Schlüsselnummern, die für die ICD-9-Abrechnungsprogramme und die ICD-9-Bundesstatistiken automatisch in ICD-9-Schlüsselnummern übergeleitet werden. Die entsprechende **Überleitungstabelle** wurde auf der Grundlage der deutschen Version von Albrecht Zaiß erarbeitet, die beim DIMDI verfügbar ist [34]. Für Zeitreihen von Diagnosenstatistiken wird generell die Überleitung von ICD-10-Schlüsselnummern in die der ICD-9 empfohlen, weil die umgekehrte Umschlüsselung zu fehlerhaft ist und zu wenig Informationen liefert. Weil demgemäß nur ICD-9-Daten verglichen werden sollten, müssen beispielsweise für den Vergleich der Daten des Jahres 2000 mit denen der Vorjahre die aktuellen ICD-10-Schlüsselnummern umgeschlüsselt werden. Genauer wäre es natürlich, die Diagnostexte der Vorjahre mit der ICD-10 nachzuverschlüsseln, doch wird niemand diesen Aufwand treiben wollen. - Auf eine Besonderheit in der Frauenheilkunde sei am Rande hingewiesen. Hier gibt es nämlich eine Schlüsselnummer, deren Überleitung ohne Kenntnis des Patientengeschlechts Probleme bereitet: Die ICD-9 differenziert zwischen „174.- Bösartige Neubildung der weiblichen Brustdrüse“ und „175 Bösartige Neubildung der männlichen Brust“, während die ICD-10 dafür eine gemeinsame Schlüsselnummer vorsieht: „C50.- Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]“.

Die WHO hat im Jahre 1990 die **10. Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10)** [11, 12] beschlossen. Vorschläge für eine grundlegende Neufassung gegenüber der 1976 verabschiedeten ICD-9 [16] waren vorher verworfen worden, damit die Kontinuität der verschiedenen Revisionsversionen einigermaßen gewahrt bleibt. Die gesamte Klassifikation wurde überarbeitet und entspricht damit im allgemeinen dem medizinischen Stand der späten 80er Jahre, ist also wesentlich moderner als die ICD-9. Nichtsdestotrotz wird jeder Fachmann für sein Gebiet Unzulänglichkeiten entdecken, die größtenteils der historischen Tradition, der langen Entwicklungs- und Abstimmungszeit und den Problemen der weltweiten Vereinheitlichung zuzuschreiben sind. Die ICD-10 ist nicht die beste denkmögliche Krankheitsklassifikation, aber sie ist als einzige weltweit akzeptiert! In der Kapitelfolge wurden einige Änderungen vorgenommen: Das ICD-9-Kapitel VI wurde in drei Kapitel aufgeteilt, die bisherigen E- und V-Zusatzklassifikationen wurden als Kapitel XX und XXI in die Kapitelfolge einbezogen, die Inhalte einzelner Kapitel wurden getauscht und insgesamt die Reihenfolge der Kapitel optimiert (vgl. Tab. 1).

Die wesentliche formale Neuerung war die Einführung eines **alphanumerischen Verschlüsselungssystems**, bei dem in der vierstelligen Systematik (Subkategorien) auf einen Buchstaben zwei Ziffern, ein Punkt, der bei der Stelligkeit nicht mitgezählt wird, und eine dritte Ziffer folgen (z. B. A07.0 statt 007.0). Dreistellige Schlüsselnummern (Kategorien), die vierstellig unterteilt sind, werden durch „-“ (Punkt Strich) ergänzt (z. B. A07.-), während die 261 nichtunterteilten Kategorien nur dreistellig geschrieben werden (z. B. A09). Durch die Benutzung eines Buchstabens konnten die Verschlüsselungsmöglichkeiten gegenüber der 9. Revision mehr als verdoppelt werden. Der Buchstabe U und eine Reihe dreistelliger Kategorien wurden im Hinblick auf künftige Erweiterungen noch nicht verwendet. Jedem Kapitel wurde in der Regel ein Buchstabe zugeordnet, so daß man meistens aus dem Buchstaben auf das betreffende Kapitel schließen kann (vgl. Tab. 1).

Die Veröffentlichung durch die WHO zog sich bis 1994 hin, so daß die vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Klassifikation (DIMDI), Köln, herausgegebene **gemeinsame deutschsprachige Ausgabe für Deutschland, Österreich und die Schweiz** erst 1994/95 erscheinen konnte [12]. Die ursprünglich für 1996 und zunächst nur in der ambulanten Gesundheitsversorgung vorgesehene Einführung mußte aus verschiedenen Gründen verschoben werden. Die gewonnene Zeit wurde zu einer Überarbeitung genutzt, bei der die in den §§ 295 und 301 SGB V gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentations- und Verschlüsselungsanforderungen berücksichtigt worden sind [5]. Das Ergebnis ist als ICD-10-SGBV [15] eine spezielle deutsche Fassung, die in den Kapiteln XX und XXI deutlich gekürzt ist und ein Drittel der Schlüsselnummern als hausärztlich verwendbaren „Minimalstandard“ besonders hervorhebt (vgl. Abb. 2) [6]. Aktuell ist die Version 1.3 (Juli 1999) anzuwenden. Die komplette „WHO-Fassung“ der ICD-10, die beispielsweise für die Verschlüsselung der Todesursachen seit 1998 gültig ist, liegt ebenfalls in der Version 1.3 (Juli 1999) vor [12]. Im Gegensatz zu früheren Jahren hat DIMDI im Juli 2000 keine neue Version vorgelegt, da der Umfang der kodierrelevanten Änderungen gering sei und die Einführung eines pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage der australischen AR-DRGs (Australian Refined Diagnoses Related Groups, Version 4.1) [1] eine neue Version zu einem späteren Zeitpunkt kurzfristig erforderlich machen werde.

Die ICD-10 ist wie ihre Vorgängerversionen eine **monoaxiale Klassifikation** mit vier und gelegentlich fünf Hierarchieebenen. Sie umfaßt 21 Kapitel, 261 Gruppen (ohne Obergruppen), 2.036 Kategorien (davon 261 ohne Subkategorien) und 12.161 Subkategorien, zusammen also 14.479 Schlüsselnummern (vgl. Tab. 2). In der deutschen Ausgabe sind bisher außerdem 280 Fünfsteller im Kapitel XIX festgelegt worden. Von den insgesamt 14.759 Schlüsselnummern können 12.402 Drei-, Vier- und Fünfsteller für die Verschlüsselung benutzt werden (ohne die 300 Sternschlüsselnummern), sind also **terminale Schlüsselnummern** oder sogenannte kodierbare Endpunkte (weitere Zahlenangaben enthält die Tabelle 2). - Die Sternschlüsselnummern und die nur in der ICD-10-SGBV vorkommenden Ausrufezeichenschlüsselnummern werden als sekundäre Schlüsselnummern bezeichnet, weil sie nach den Verschlüsselungsregeln nur optional und gemeinsam mit einer primären Schlüsselnummer verwendet werden dürfen. Die **Mehrfachverschlüsselung mittels der primären und sekundären Schlüsselnummern**, also vor allem mit den Kreuz- und Stern-Schlüsselnummern, war bisher in Deutschland nicht üblich, wird aber angesichts der Weiterentwicklung der Vergütungssysteme zunehmend gefordert.

Die bereits erwähnte **ICD-10-SGBV** [15] ist die spezielle „**Ausgabe für die Zwecke des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)**“ in Deutschland. Sie ist seit 1.1.2000 für die Diagnosenverschlüsselung in der vertragsärztlichen und stationären Gesundheitsversorgung vorgeschrieben. Sie entspricht mit Ausnahme der gekürzten Kapitel XX und XXI im Prinzip der vollständigen deutschsprachigen WHO-Fassung der ICD-10. Weitere Besonderheiten sind die zusätzlich zu den Sternschlüsselnummern definierten sekundären

Schlüsselnummern, die mit einem Ausrufezeichen gekennzeichnet sind (das betrifft alle 22 im Kapitel XX zugelassenen Schlüsselnummern, eine Reihe von Schlüsselnummern des Kapitels XXI sowie fünf weitere Schlüsselnummern, die auch von der WHO normalerweise nicht für die primäre Verschlüsselung vorgesehen sind, nämlich B95-B97 und T31-T32). Die Verlagerung von insgesamt 158 vierstelligen Subkategorien in einen Anhang, die zu 38 dreistelligen Kategorien der Kapitel I und IV für sogenannte exotische, in Deutschland nicht heimische Krankheiten gehören, hat praktisch keinen Einfluß auf die Verschlüsselung.

Auffallend an den gedruckten Ausgaben der ICD-10-SGBV ist die graue Unterlegung bestimmter Schlüsselnummern und ihrer zugehörigen Texte. Es handelt sich dabei um die Schlüsselnummern des „**ICD-10-Minimalstandards**“ (**ICD-10-Basisschlüssel**), mit dem die Verschlüsselungstiefe definiert ist, die in der hausärztlichen Versorgung zur Leistungsbegründung ausreicht, aber keinesfalls unterschritten werden darf. Die Schlüsselnummern des Minimalstandards sind drei- und vierstellig und dürfen von allen Ärzten in der hausärztlichen Versorgung und im organisierten Notfalldienst sowie von Ärzten in der fachärztlichen Versorgung benutzt werden, sofern sie gebietsfremde Diagnosen verschlüsseln. Da der Minimalstandard vorwiegend für manuell verschlüsselnde Ärzte in Betracht kommt, inzwischen aber mehr als 70 % der Arztpraxen mittels Computerprogrammen abrechnen, hat er sich in der Praxis wenig bewährt und sollte zunehmend weniger benutzt werden. Der mit jeder Verschlüsselung sowieso verbundene Informationsverlust wird bei der Anwendung des Minimalstandards noch verstärkt, wie das folgende Beispiel zeigt:

Die dreistellige Kategorie „N83.- Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri“ gehört wie die meisten dreistelligen Kategorien der Kapitel I-XIX zum Minimalstandard. Von den 10 untergeordneten vierstelligen Subkategorien gehört aber lediglich eine, nämlich „N83.2 Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten“, zum Minimalstandard, so daß bei einer Verschlüsselung nach dem Minimalstandard alle übrigen kursorisch mit der dreistelligen Schlüsselnummer „N83.-“ verschlüsselt werden dürfen. Diese schließt dann folgende spezifizierte Diagnosen ein:

- N83.0 Follikelzyste des Ovars
- N83.1 Zyste des Corpus luteum
- N83.3 Erworbene Atrophie des Ovars und der Tuba uterina
- N83.4 Prolaps oder Hernie des Ovars und der Tuba uterina
- N83.5 Torsion des Ovars, des Ovarstiels und der Tuba uterina
- N83.6 Hämatosalpinx
- N83.7 Hämatom des Lig. latum uteri

Mit der ICD-10-SGBV wurden als spezielle deutsche Erweiterung der Schlüsselnummern zwei **Zusatzkennzeichen** mit jeweils drei Ausprägungen zur Dokumentation der Diagnosesicherheit und der Seitenlokalisation eingeführt, von denen aus jeder Gruppe eins an die eigentliche Schlüsselnummer angehängt werden soll, sofern es zutrifft. Es handelt sich dabei um folgende Zusatzkennzeichen:

- **Diagnosesicherheit:** V = Verdachtsdiagnose bzw. auszuschließende Diagnose, Z = (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose, A = ausgeschlossene Diagnose.
- **Seitenlokalisation:** R = rechts, L = links, B = beiderseits.

Gegenwärtig gibt es für die Gynäkologie und Geburtshilfe keine zertifizierte ausführliche **spezielle fachbezogene deutschsprachige ICD-10-Ausgabe**. Ein Auszug von relevanten ICD-10-Schlüsselnummern für die Frauenheilkunde war 1995 vom Berufsverband der Frauenärzte zusammengestellt worden und ist in einer ZI-Veröffentlichung aus dem glei-

chen Jahr enthalten [3]. 1999 gab das ZI eine überarbeitete Fassung heraus [3]. Ebenfalls 1995 hatte Reinhart Köhler ein umfangreiches alphabetisches Diagnosenverzeichnis für die gynäkologische Praxis veröffentlicht [25], dessen Inhalt inzwischen für die MediStar-Praxissoftware aktualisiert und zum Teil in den ICD-10-Diagnosenthesaurus übernommen worden ist. 1999/2000 publizierte Karl-Peter Faulhaber einen „ICD-10 Diagnoseschlüssel für Frauenärzte“ in Lang- und Kurzfassung [4].

Als besondere Aktivität des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI), Köln, wurde von einer Expertengruppe unter Leitung von Wolfgang Giere der **ICD-10-Diagnosenthesaurus** [14] entwickelt, der eine Sammlung von ärztlich gebräuchlichen Krankheitsbegriffen im deutschen Sprachraum darstellt, die weit über die Terminologie der amtlichen ICD-10 hinausgeht (gegenwärtig 31.000 Diagnosentexte, von denen rund ein Drittel nicht in der ICD-10 enthalten ist). Beispielsweise enthält er die Begriffe „Mammakarzinom“ oder „Uteruskarzinom“, die in der ICD-10 nur als „Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]“ oder „Bösartige Neubildung des Uterus“ aufgeführt sind. Man muß dabei berücksichtigen, daß die ICD-10 keine Nomenklatur darstellt, die alle Fachwörter ihres Bereichs enthält, sondern eine Klassifikation, die ähnliche Sachverhalte in Klassen zusammenfaßt und daher keine detaillierte Darstellung der Wirklichkeit ist. Der Diagnosenthesaurus kann vorteilhaft als alphabetisches Nachschlagewerk zur systematisch geordneten ICD-10-SGBV verwendet werden, zu der ein eigenständiges alphabetisches Verzeichnis nicht existiert. Aktuell ist er vom DIMDI in der Version 3.0 (Januar 2000) offiziell herausgegeben worden. Der ICD-10-Diagnosenthesaurus wird kontinuierlich erweitert und verbessert. Eine neue Version ist für 2001 angekündigt. - Das erwähnte gynäkologische Diagnosenverzeichnis von Köhler [25] ist in die aktuelle Version bereits weitgehend eingearbeitet. Für die Zukunft ist die datenbankinterne Kennzeichnung der Einträge nach ärztlichen Fachgebieten vorgesehen, so daß automatisch fachbezogene Diagnosenthesauri als Untermengen des Gesamtwerks erstellt werden können. Die Bearbeiter des Diagnosenthesaurus sind auf die Mitarbeit aller Anwender angewiesen und bitten eindringlich um die Mitteilung von Ergänzungs- und Änderungsvorschlägen.

Die jetzt gesetzlich vorgeschriebene Anwendung der ICD-10-SGBV in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung bringt neue Erkenntnisse mit sich, die zu weiteren Verbesserungen dieser Klassifikation führen werden (besonders in den Kapiteln XX und XXI sowie bei den Zusatzkennzeichen) [7].

Die am 30.6.2000 bekannt gegebene Entscheidung, die australischen AR-DRGs zur Grundlage des im Jahre 2003 einzuführenden deutschen DRG-Systems zu machen [31], erhöht die Bedeutung einer sorgfältigen Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren in den Krankenhäusern. Dabei sollten **computerunterstützte Verschlüsselungsverfahren** für Diagnosen und Prozeduren eingesetzt werden [10, 19, 24], die weniger fehleranfällig als jedes manuelle Verfahren sind.

Da die australische ICD-10-AM (= Australian Modification) [13] den Definitionen der AR-DRGs [1] zugrunde liegt und für das deutsche DRG-System bereits ab 2001 Daten gesammelt werden müssen [32, 33], wird gegenwärtig eine **Überarbeitung der ICD-10-SGBV** vorgenommen, bei der die australischen Modifikationen eingearbeitet werden. Über die neue Version soll noch vor Ende 2000 entschieden werden.

2.2 Weitere wichtige Diagnosenklassifikationen

In besonderen Fällen kann es erforderlich sein, **spezielle Diagnosenverzeichnisse an-**

derer ärztlicher Fachrichtungen für die exakte ICD-10-Verschlüsselung zu Rate zu ziehen. Die Auswahl ist gegenwärtig noch nicht sehr groß. Die meisten Ausgaben gibt es für die **Psychiatrie**, weil sich die Psychiater weltweit auf eine grundlegende Änderung im Klassifikationsschema des ICD-10-Kapitels „V. Psychische und Verhaltensstörungen“ (= F-Schlüsselnummern) im Vergleich zur ICD-9 geeinigt haben. Dieses Kapitel war auch schon in der ICD-9 das einzige, das mit einem ausführlichen Glossar versehen ist. Für die **Dermatologie** ist in diesem Jahr die Neuauflage des „Dermatologischen Diagnosenkatalogs“ erschienen, in der die dermatologischen Diagnosen mit sechsstelligen Schlüsselnummern versehen sind, die jedoch, wie es das ICD-Regelwerk vorschreibt, in den ersten vier bzw. fünf Stellen mit der ICD-10 übereinstimmen. (Die Möglichkeit zur weiteren Spezifizierung von Schlüsselnummern unter Beachtung der gesetzlich vorgeschriebenen Schlüsselnummern steht jeder Fachrichtung offen. Allerdings müssen die erweiterten Schlüsselnummern vor der vorgeschriebenen Datenweitergabe auf die gesetzlich geforderte Länge gekürzt werden.) Eine ebenfalls sechsstellige ICD-Spezialklassifikation gibt es auch für die **Augenheilkunde**. Für die **Kinderheilkunde und Jugendmedizin** gibt es den „Diagnoseschlüssel für die Pädiatrie“ mit teilweise fünfstelligen Schlüsselnummern sowie ein kürzeres Verzeichnis des Berufsverbandes. Kurzverzeichnisse haben auch einige andere Berufsverbände oder meistens einzelne Kollegen herausgegeben (alle Nachweise vgl. [3, 8, 9, 23, 26, 41]).

Für die **Verschlüsselung von Tumoren** hält die ICD-10 die Spezialklassifikation „Morphologie der Neubildungen“ (M-Klassifikation) bereit, die nicht in die ICD-10-SGBV übernommen worden ist und deren Anwendung auch nicht gesetzlich vorgeschrieben ist. Natürlich ist sie in der Tumordokumentation unverzichtbar. Dort wird sie allerdings in der Version der zweibändigen deutschen Ausgabe der „International Classification of Diseases for Oncology“ (ICD-O) [20] verwendet, die als „Tumorhistologieschlüssel“ [39] und „Tumorklassifikationsschlüssel“ [40] erschienen ist.

Der **Tumorhistologieschlüssel** [39] ist gegenüber der ICD-O inhaltlich weiterentwickelt, was allerdings seinen Gebrauch im internationalen Vergleich wegen der teilweise abweichenden Schlüsselnummern einschränkt. Eine neue, international einheitliche Version ist in Vorbereitung. Die Schlüsselnummern des Tumorhistologieschlüssels sind vierstellig von 8000 bis 9989 („Morphologie-Code“), an die der jeweilige „Behavior-Code“ für das biologische Verhalten (Malignitätsgrad) angehängt ist, z. B. „/0“ für einen gutartigen Tumor und „/6“ für einen bösartigen Tumor mit Metastase. Die M-Klassifikation der ICD-10 stellt eine Kurzfassung davon dar. Zur Unterscheidung von anderen Schlüsselnummern ist dort jeweils der Buchstabe „M“ vorangestellt, z. B. „M8211/3 Tubuläres Adenokarzinom“, so daß eine insgesamt sechsstellige Schlüsselnummer vorliegt. - Die M-Klassifikation und der Tumorhistologieschlüssel sind von der Morphologieachse der „Systematisierten Nomenklatur der Medizin“ (SNOMED) [36] abgeleitet.

Die Schlüsselnummern des **Tumorklassifikationsschlüssels** [40] stimmen weitgehend mit den Schlüsselnummern für die bösartigen Neubildungen des ICD-10-Kapitels „II. Neubildungen“ überein (C00.0 bis C80). Ausnahmen betreffen beispielsweise die bösartigen Hauttumoren, bei denen die ICD-10 zwischen bösartigen Melanomen (C43.-) und sonstigen bösartigen Neubildungen der Haut (C44.-) unterscheidet, während der Tumorklassifikationsschlüssel nur C44.01 bis C44.9 verwendet. Für den Arzt ist es häufig ärgerlich, daß er bei den Tumoren gemäß dem II. Kapitel der ICD-10 nur nach der Lokalisation und dem biologischen Verhalten (bösartig, Carcinoma in situ, gutartig sowie unsicher oder unbekannt) unterscheiden kann. Für die kliniks- oder praxisinterne Dokumentation kann deshalb die zusätzliche Klassifikation nach dem Tumorhistologieschlüssel empfohlen werden, so daß ein tubuläres Adenokarzinom des oberen äußeren Quadranten der rechten Brustdrüse mit C50.4R und 8211/3 (bzw. M8211/3) zu verschlüsseln wäre. Für die gesetz-

lich geforderte Schlüsselnummernweitergabe kommt allerdings nur C50.4R in Betracht (R = rechts).

Die Verschlüsselung wird noch genauer, wenn zusätzlich die **TNM-Klassifikation** [37, 38] benutzt wird, in der ein Tumor hauptsächlich nach seiner Größe, der Beteiligung der regionären Lymphknoten und der Fernmetastasierung klassifiziert wird. Das erwähnte Mammakarzinom hätte im Stadium I die zusätzliche TNM-Schlüsselnummer T1N0M0. Wäre dieser Befund auch pathohistologisch bestätigt, so würde die Schlüsselnummer pT1pN0pM0 lauten. Zusätzlich können das histopathologische Grading mit GX bis G4 sowie das Fehlen oder Vorhandensein eines Residualtumors nach der Behandlung mit der R-Klassifikation (RX bis R2) angegeben werden. Weitere Angaben wie die Dokumentation der Zuverlässigkeit der diagnostischen Aussage oder die Invasion von Lymphgefäßen oder Venen sind möglich.

Die bereits kurz erwähnte „**Systematisierte Nomenklatur der Medizin**“ (SNOMED) [36] spielt für die Routedokumentation keine Rolle und wird auch im wissenschaftlichen Bereich viel seltener angewendet, als es sinnvoll wäre. Allerdings ist ihr Gebrauch nicht einfach. Das Fehlen einer aktuellen deutschen Übersetzung sowie einer kostenfrei erhältlichen Version wirkt sich zusätzlich hemmend aus. Einzelheiten lese man in [9, 36] nach.

Abschließend sei noch auf die „**Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen**“ (ICIDH) [9] hingewiesen, mit der die Folgeerscheinungen von Erkrankungen klassifiziert werden können. Sie wird in Deutschland punktuell beispielsweise im Rehabilitationswesen und im Bereich der Pflegeversicherung angewendet, ihre gesetzliche Anwendung ist (vorläufig) nicht vorgesehen. Im internationalen Rahmen wird ihre Entwicklung von der WHO gefördert.

3. Prozedurenklassifikationen (ICPM, OPS-301, PCS)

Zur Beschreibung der ärztlichen und pflegerischen Leistungen in Krankenhäusern, Arztpraxen und sonstigen Gesundheitseinrichtungen dienen neben den Diagnosen vor allem die Prozeduren (Maßnahmen), von denen die chirurgischen und geburtshilflichen Prozeduren (Operationen) am wichtigsten sind und in den bisherigen Klassifikationen am besten abgebildet werden. Prozeduren werden am häufigsten für die Bewertung der Tätigkeiten in den Behandlungseinrichtungen herangezogen und sind die hauptsächlichste Grundlage für Abrechnungswerke wie den „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ (EBM), die „Gebührenordnung für Ärzte“ (GOÄ) oder das Tarifwerk der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG-NT). Im Gegensatz zu wissenschaftlich orientierten Klassifikationen werden darin nicht selten Prozeduren und Diagnosen vermischt sowie teilweise unterschiedliche Prozeduren zusammengefaßt, wenn sie in gleicher Weise vergütet werden.

Die weltweit größte Bedeutung auf dem Gebiet der Prozedurenklassifikationen hat die „**International Classification of Procedures in Medicine**“ (ICPM) [21] gewonnen, die gemäß einem Beschluß der 29. WHO-Generalversammlung von 1976 im Jahre 1978 zu Testzwecken veröffentlicht worden war. Sie wurde seitdem nachgedruckt, jedoch nicht revidiert, so daß von einer internationalen Klassifikation keine Rede mehr sein kann. Die WHO hat zwar die ICPM in ihr Schema der „Familie von krankheits- und gesundheitsbezogenen Klassifikationen“ aufgenommen (vgl. Abb. 1), jedoch im Vorfeld der ICD-10-Einführung festgestellt, daß sie an einer umfassenden Prozedurenklassifikation nicht weiterarbeiten kann. Auf diesem Gebiet erfordert der medizinische Fortschritt Revisionen in verhältnismäßig kurzen Abständen, die von dem vergleichsweise schwerfälligen Apparat

der WHO mit seiner Notwendigkeit breiter internationaler Abstimmungen nicht zu leisten ist. Leider hat auch die beabsichtigte Entwicklung einer für internationale Vergleiche geeigneten Kurzfassung einer Prozedurenklassifikation bisher kein Ergebnis gezeigt. Es ist jedoch das große Verdienst der ICPM, die unterschiedlichen medizinischen Maßnahmen in den neun Hauptkapiteln einer Klassifikation geordnet zu haben. Dazu zählen neben den Operationen die Laboratoriumsverfahren, die radiologischen und sonstigen physikalischen Maßnahmen, die sonstigen diagnostischen und therapeutischen Prozeduren und schließlich auch die Arzneimitteltherapie. Die vierstelligen Schlüsselnummern enthalten in der ersten Stelle die Kapitelnummer, z. B. „5-683 Total abdominal hysterectomy“ (dieses Beispiel wird auch für die nachfolgend aufgeführten Klassifikationen benutzt).

Die wichtigste von der ICPM abgeleitete Prozedurenklassifikation ist die in den USA jährlich revidierte und von der U.S. Health Care Financing Administration (HCFA) seit 1979 herausgegebene **ICD-9-CM Procedure Classification** (= Band 3 der ICD-9-CM [= Clinical Modification]). Sie hat wegen ihrer Vorbildwirkung für andere Klassifikationen, ihrer vielfältigen Übersetzungen oder Adaptationen und ihrer internationalen Verbreitung sowie seit 1983 wegen ihrer Benutzung bei der Definition der DRGs eine besondere Bedeutung. Andererseits ist ihre Ausgestaltung eine rein US-amerikanische Angelegenheit, so daß spezielle europäische Bedürfnisse kaum Berücksichtigung finden. In dieser Klassifikation wird vor allem das ICPM-Kapitel "5. Surgical Procedures" benutzt und mit den Schlüsselnummern 01.01 bis 86.99 abgebildet (z. B. „68.4 Total abdominal hysterectomy“). Für verschiedene diagnostische und therapeutische Prozeduren, die in der ICPM in verschiedene Kapitel eingeordnet sind, werden die restlichen Schlüsselnummern bis 99.99 benutzt. - In der Schweiz wurde 1996 als „**Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP)**“ [35] eine Übertragung in die drei Landessprachen veröffentlicht, die 1999 in der dritten Version vorgelegt worden ist und eine gute Adaptation auf mitteleuropäische Verhältnisse darstellt (z. B. „68.4 Totale abdominale Hysterektomie“). Die deutschsprachige Fassung sollte für die Weiterentwicklung auf dem Gebiet der Prozedurenklassifikation auch in Deutschland mehr beachtet werden.

Größten Einfluß auf die Entwicklung der in Deutschland seit 1995 gesetzlich vorgeschriebenen Prozedurenklassifikation hat die 1990 in den niederländischen Krankenhäusern eingeführte „WCC-standaardclassificatie van medisch specialistische verrichtingen“ [42] für die Verschlüsselung von Operationen und ähnlichen Maßnahmen gehabt. Sie ist aus der ICPM entwickelt worden (im wesentlichen ohne die Kapitel für Laborverfahren, Radiologie und Arzneimittel, für die in den Niederlanden andere Klassifikationen benutzt werden) und hält sich eng an deren Struktur, weshalb sie auch als **ICPM-DE** (= Dutch Extension) bezeichnet wird. Als eine andere wichtige Quelle wurde die ICD-9-CM Procedure Classification benutzt. Die originalen vierstelligen Schlüsselnummern der ICPM sind teilweise bis auf sechs Stellen erweitert und zum Teil auch verändert worden (z. B. „5-684.1 Totale vaginale uterusextirpatie met voorwandplastiek“).

Die ICPM-DE wurde ins Deutsche übersetzt und mußte gemäß den aktuellen Erfordernissen bei der Weiterentwicklung der Operationsverfahren bearbeitet werden (z. B. Aufnahme endoskopischer Verfahren). Dabei wurden zahlreiche 5- und 6stellige Schlüsselnummererweiterungen vorgenommen, während die Beschränkung auf die ICPM-Kapitel 1, 5 und 8 sowie, mit geringerem Anteil, 4 und 9 beibehalten worden ist (z. B. „5-683.02 Uterusexstirpation [Hysterektomie], offen chirurgisch abdominal, mit Entfernung der Adnexe“). Das Ergebnis wurde schließlich als „**ICPM. Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin**“ veröffentlicht [18]. Ihre Verwendbarkeit ist durch private Urheberrechte leider eingeschränkt und im wesentlichen an die Benutzung eines bestimmten Verschlüsselungsprogrammes [19] gebunden.

Der vor allem daraus entwickelte und für die deutschen Krankenhäuser im Zusammenhang mit der Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte seit 1995 gesetzlich vorgeschriebene „**Operationenschlüssel nach § 301 SGB V**“ (**OPS-301**) [28] ist gemäß den gesetzlichen Vorgaben im Begriffsumfang gegenüber der deutschen ICPM-Ausgabe deutlich reduziert. Lediglich das Kernkapitel „5. Operationen“ ist mit Ausnahme vieler Sechssteller vollständig übernommen worden (z. B. 5-683.0 Uterusexstirpation [Hysterektomie], offen chirurgisch abdominal“). Die Schlüsselnummernfolge enthält aus diesem Grunde außer im Kapitel 5 zum Teil beträchtliche Lücken. Eine Reihe von Krankenhäusern benutzt deshalb für die interne Dokumentation die deutsche ICPM-Version [18], damit auch eine Reihe nichtoperativer Prozeduren verschlüsselt werden kann. Die nicht zum OPS-301 gehörenden Schlüsselnummern dürfen jedoch im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V nicht an die Kostenträger weitergegeben werden. - Für die Diagnosenklassifikationen ist ein alphabetisches Verzeichnis selbstverständlich. Zum OPS-301 gibt es bis heute kein amtliches alphabetisches Verzeichnis, sondern nur eine einzelne Verlagsausgabe [29]. Zur Entwicklung eines „Medizinischen Prozedurenthesaurus“ (analog zum ICD-10-Diagnosethesaurus) werden gegenwärtig von einer interinstitutionellen Projektgruppe erste konkrete Vorschläge vorgelegt.

Wie bei der ICD handelt es sich beim OPS-301 um eine **monoaxiale Klassifikation**. Er enthält 4 Kapitel, 35 Bereiche [Gruppen] (einschließlich einer Ergänzung um 11 Bereiche, die im OPS-301 nicht mit Bereichsüberschriften versehen sind), 118 Drei-, 856 Vier-, 5.153 Fünf- und 1.618 Sechsteller, zusammen also 7.784 Schlüsselnummern. Von den Vierstellern sind 82 nicht durch Fünfsteller unterteilt, während 52 auch Sechsteller haben.

Der OPS-301 besteht aus 4 Kapiteln:

1. Diagnostische Maßnahmen
5. Operationen
8. Nichtoperative therapeutische Maßnahmen
9. Ergänzende Maßnahmen.

Die „**diagnostischen Maßnahmen**“ des Kapitels 1 betreffen vor allem den topographisch gegliederten Bereich der „Biopsien durch Inzision“. Für die Definition der Sonderentgelte werden aus den schmalen anderen Bereichen die Koronarangiographien und Thorakoskopien verwendet.

Die „**Operationen**“ des Kapitels 5 sind nach topographischen Gesichtspunkten in 20 Bereiche gegliedert, denen zwei Bereiche für fakultative und obligate Zusatzinformationen zu Operationen angefügt sind. Dieser topographischen Einteilung wurde der Vorzug gegenüber einer fachgebietsbezogenen oder altersspezifischen Gliederung gegeben. Sie beginnt mit den Organsystemen des Kopfes und steigt ab zu denen des Beckens, es folgen die Knochen und sonstigen Bewegungsorgane, die Mamma und schließlich die Haut und Unterhaut.

Das 8. Kapitel „**Nichtoperative therapeutische Maßnahmen**“ enthält verschiedenste Verfahren, z. B. Punktionen, Spülungen, Extensionen, Partus mit Manualhilfe, Transfusion von Blutstammzellen, perkutan-transluminale Gefäßinterventionen und extrakorporale Zirkulationsverfahren. - Als „**ergänzende Maßnahmen**“ sind im 9. Kapitel geburtsbegleitende Maßnahmen und die Behandlung der Infertilität aufgeführt.

Im Operationenschlüssel wurde angestrebt, eine durchgeführte Maßnahme mit nur einer Schlüsselnummer auszudrücken. Bei komplexen Maßnahmen war es nicht zu vermeiden, mehrere Schlüsselnummern zur Verschlüsselung vorzusehen. Durch Hinweise wird diese gesonderte Verschlüsselung angezeigt. Sind mehrere Schlüsselnummern zur Verschlüsselung einer Maßnahme notwendig, so ist die inhaltlich leitende Maßnahme an erster

Stelle zu dokumentieren. Die Versorgung einer intraoperativen Komplikation muß gesondert verschlüsselt werden. Die Mehrfachverschlüsselung ist in der Regel obligatorisch für die mikrochirurgische Operationstechnik, die Versorgung bei Mehrfachverletzungen und Polytraumen, die Durchführung einer Reoperation und den Abbruch einer Operation, falls diese Angaben nicht schon in der primären Schlüsselnummer enthalten sind. Fakultative Zusatzangaben sind zur Art der Transplantation möglich und werden für die Definition mehrerer Sonderentgelte verwendet.

Der OPS-301 wird zunehmend kritisch betrachtet, denn seine monoaxiale hierarchische Struktur erlaubt nur noch eingeschränkte und unübersichtliche Erweiterungen zur Anpassung an die sich entwickelnde Medizin. Als zusätzliches Hemmnis erweist sich seine urheberrechtliche Bindung an die ICPM einer nichtstaatlichen Institution, was auch zu einer unbefriedigenden Akzeptanz bei den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften führte. Außerdem läßt der OPS-301 eine durchgängige Systematik vermissen und ermöglicht keine eindeutige Abbildbarkeit der Realität.

Bereits 1996 beschloß deshalb das Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) beim Bundesministerium für Gesundheit, **Vorbereitungsarbeiten zur Ablösung des OPS-301** aufzunehmen. Nach gründlicher Prüfung der internationalen Situation wurde die Einrichtung einer Arbeitsgruppe beschlossen, die sich mit diesen Fragen und besonders der Prüfung des PCS (siehe unten) befassen soll.

Schon Anfang der 90er Jahre hatte die in den USA für das DRG-System und die ICD-9-CM Procedure Classification verantwortliche U.S. Health Care Financing Administration (HCFA) erkannt, daß diese Klassifikation ebenso wie die ICPM den zukünftigen Anforderungen nicht mehr gewachsen sein wird, weil ihre Erweiterbarkeit und Anpassungsfähigkeit an die Entwicklung der medizinischen Prozeduren aufgrund ihrer streng hierarchischen Struktur und der natürlichen Begrenzung des Schlüssel-systems immer mehr eingeschränkt wird. Im Ergebnis einer Ausschreibung wurde die Firma 3M Health Information Systems mit der Ausarbeitung einer neuen Prozedurenklassifikation beauftragt, die zusammen mit der ICD-10 eingeführt werden soll und in den USA deshalb **ICD-10-PCS** genannt wird (**Procedure Coding System**) [30]. Bei diesem inzwischen fertiggestellten und in mehreren Tests in stationären und ambulanten Behandlungseinrichtungen erprobten Verschlüsselungssystem handelt es sich im Gegensatz zu den bisher besprochenen hierarchischen Klassifikationen um eine multiaxiale Klassifikation, die ausdrücklich auch das ganze Feld der nichtoperativen Prozeduren umfaßt. Die siebenstelligen Schlüsselnummern mit jeweils bis zu 34 Ausprägungen (Ziffern und Buchstaben) bezeichnen in der ersten Stelle die Sektion (z. B. 0 = Allgemeine konservative und operative Prozeduren, 1 = Geburtshilfe, 5 = Bildgebende Verfahren). Der Inhalt der folgenden Stellen hängt von der Sektion ab und bedeutet beispielsweise für die erstgenannte Sektion: 2. Stelle = Körpersystem, 3. = Basisoperation bzw. -verfahren, 4. = Organ, 5. = Zugang, 6. = im Körper verbleibende Hilfsmittel und 7. = nähere Beschreibung (Einzelheiten siehe [27, 43, 30]).

Die wichtigsten Zielkriterien für die PCS-Entwicklung waren Vollständigkeit, leichte Erweiterbarkeit, Multiaxialität und Benutzung einer standardisierten Terminologie. Auf diagnostische Informationen zur Beschreibung einer Prozedur wurde vollständig und auf ungenaue Restklassen weitgehend verzichtet. Die exakte Schlüsselanzahl wird dadurch gewährleistet, daß das gesamte System in Form von Tabellen präsentiert wird, wobei zu jeder sinnvollen Kombination der ersten drei Stellen alle zugelassenen Kombinationen der 4. bis 7. Stelle aufgelistet sind (Einzelheiten siehe [27, 43, 30]). Die Verschlüsselung mit Hilfe von Büchern ist möglich, besser ist es natürlich, sie mit Computerunterstützung zu leisten. Für die manuelle Verschlüsselung wäre ein ausgefeilter Index hilfreich, der gegenwärtig

noch nicht vorliegt. Die PCS-Schlüsselnummer für das Beispiel der „abdominalen totalen Uterusexstirpation (Hysterektomie)“ wäre OVT70ZZ (0 = allgemeine konservative und chirurgische Prozeduren, V = weibliche Geschlechtsorgane, T = Resektion, 7 = Uterus, 0 = offener Zugang, Z = ohne im Körper verbleibendes Hilfsmittel, Z = keine nähere Beschreibung [„0“ anstelle von „Z“ würde an der 7. Stelle in diesem Zusammenhang „vaginale Operation“ bedeuten]).

Da dieser Prozedurenschlüssel keinen inhaltlichen Bezug zur ICD-10 aufweist, wird er in Deutschland nur als PCS bezeichnet. Um seine Gemeinfreiheit zu sichern, hat DIMDI bereits 1997 die Rechte an der deutschsprachigen Fassung erworben. Gegenwärtig finden intensive Beratungen mit Vertretern der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften über das PCS statt, das anschließend auch in Deutschland getestet werden soll. Da sich sein Einsatz in den USA infolge der dortigen Verschiebung der ICD-10-CM-Einführung noch verzögert, kann gegenwärtig nicht gesagt werden, wann mit einer Entscheidung über seine mögliche Einführung in Deutschland zu rechnen ist. Gegenwärtig jedenfalls erscheint das Procedure Coding System als die beste Alternative auf dem Gebiet der medizinischen Prozedurenklassifikationen.

Aufgrund des bereits erwähnten Beschlusses, in Deutschland bis 2003 ein pauschalierendes Abrechnungssystem auf der Basis der australischen AR-DRGs einzuführen [1, 31, 32, 33], werden ebenso wie für die ICD-10-SGBV **kurzfristig Änderungen und Erweiterungen des OPS-301 erforderlich**, die noch im Jahre 2000 verabschiedet werden sollen, damit bereits im Jahre 2001 entsprechend dokumentiert und verschlüsselt werden kann.

4. Schlußbemerkungen

Die gesetzlichen Vorgaben zur Verschlüsselung von Diagnosen und Operationen sowie zur Weitergabe dieser Daten an die Kostenträger bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen haben sich jeweils stimulierend auf die medizinische Dokumentation und den EDV-Einsatz in stationären und ambulanten Gesundheitseinrichtungen ausgewirkt. Ein neuer gewaltiger Schub kündigt sich mit der Entscheidung über die Einführung eines pauschalierenden Vergütungssystems für allgemeine voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen auf der Basis der DRGs im Jahre 2003 an. Die Vorbereitungszeit dafür ist äußerst knapp, denn die zur Grundlage gewählten australischen AR-DRGs müssen nicht nur übersetzt bzw. übertragen, sondern für die Verhältnisse in Deutschland neu kalkuliert werden. Das wird auf der Basis von Daten des Jahres 2001 geschehen, weshalb die Dokumentation der Krankenhäuser so schnell wie möglich auf die neuen Anforderungen umgestellt werden muß.

Im AR-DRG-System [1, 32] muß jeder Behandlungsfall genau nachvollziehbar einer von gegenwärtig 661 abrechenbaren DRGs zugeordnet werden. Die Fallgruppenbildung wurde primär unter ökonomischen und erst sekundär unter medizinischen Gesichtspunkten vorgenommen. Denn das primäre Ziel ist die sachgerechte Abbildung der Kosten des Durchschnittsfalles und nicht die differenzierte Darstellung des Einzelfalles. Für die Fallgruppenbildung werden vor allem die Hauptdiagnose, deren Auswahl schärfer als bisher zu definieren ist, die Prozeduren, das Patientenalter und (alle) „Nebendiagnosen“ sowie Sonderatbestände (z. B. Langzeitbeatmung, Polytrauma, Transplantation oder Neugeborenes) berücksichtigt. Das AR-DRG-System zeichnet sich dadurch aus, daß es besonders gut die sog. Nebendiagnosen in die Fallzuordnung einbezieht. Daraus ergibt sich für die Dokumentation die **Notwendigkeit, künftig jede irgendwie wichtige Diagnose und Komplikation auch tatsächlich zu dokumentieren** und ihre Schlüsselnummer(n) in das Grou-

per-Programm einzugeben, das die Fallzuordnung zu einer DRG festlegt. Da mit der DRG die Vergütung bestimmt wird, die das Krankenhaus erhält, **wird die Kodierung zu einer Existenzfrage** für das Krankenhaus. Mehr noch als bisher müssen die verschiedenen an der Behandlung eines Patienten beteiligten Abteilungen künftig kooperieren und den Behandlungsfall als die Angelegenheit des ganzen Krankenhauses ansehen, für den es als Ganzes eine Vergütung erhält, die intern aufzuteilen ist. Vor allem aus wirtschaftlichen Gründen wird es zu einer zunehmenden Kooperation im Krankenhausbereich sowie zu einer Intensivierung der schon lange geforderten „Verzahnung“ zwischen der stationären und ambulanten Patientenbehandlung kommen.

Wie oben schon erwähnt, erfordert das neue Vergütungssystem die Anpassung der ICD-10-SGBV und des OPS-301 an die Erfordernisse der AR-DRGs, deren Ausmaß heute (13.9.2000) noch nicht abzusehen ist. In die EDV-gestützte Dokumentation müssen bereits im Jahre 2001 einige zusätzliche Merkmale aufgenommen werden, die bisher im sog. § 301-Datensatz für die Datenübermittlung vom Krankenhaus an den Kostenträger nicht enthalten sind. Die Krankenhausinformationssysteme müssen bei Bedarf so geändert werden, daß beispielsweise alle dokumentierten Diagnosen und Prozeduren weiterverarbeitet und auch mit voller Schlüsselnummerlänge abgespeichert werden können. Die bereits bei Einführung der Diagnosenverschlüsselung für die Krankenhäuser erhobene Forderung nach Beauftragung eines Dokumentationsarztes für jede Abteilung gewinnt eine neue existentielle Bedeutung (weitere Einzelheiten siehe [33]).

Der **Inhalt der medizinischen Dokumentation wird sich ändern**, weil wissenschaftliche Dokumentation und Vergütungsdocumentation unterschiedliche Ziele haben und die letztere zunehmend wichtiger wird. Trotzdem soll das neue System ein „System für alles“ sein, z. B. für Abrechnung, medizinische Qualitätssicherung, Leistungsplanung, Betriebsvergleich und andere Auswertungen sowie die ureigensten Anwendungen der medizinischen Dokumentation, nämlich die Information aller am Behandlungsprozeß Beteiligten innerhalb und außerhalb der jeweiligen Behandlungseinrichtung. Erfahrungen anderer Länder besagen u. a., daß mit Einführung eines DRG-Systems die Patienten scheinbar kränker werden, weil die Dokumentation genauer erfolgt und sich im Schweregrad verschiebt. Auf jeden Fall wird die Anzahl der dokumentierten Diagnosen und Prozeduren zum Teil drastisch zunehmen. Wir werden mit den deutschen **GR-DRGs** (German DRGs) nicht nur ein neues Abrechnungsinstrument erhalten, sondern ein weit darüber hinaus wirkendes System, das auch die medizinischen Klassifikationen nachhaltig beeinflussen wird.

Veränderungen im Dokumentations- und Verschlüsselungsverhalten betreffen jedoch nicht nur die Krankenhäuser und stationären Rehabilitationseinrichtungen, sondern auch die **vertragsärztliche Gesundheitsversorgung** und alle sonstigen Behandlungsstätten. Abgesehen von der dreistelligen Verschlüsselung der Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen in der DDR bis 1990 und der vierstelligen Verschlüsselung der Todesursachen in der DDR und jetzt weiterhin in den Neuen Bundesländern sammeln die Vertragsärzte mit der obligatorischen Diagnosenverschlüsselung erst seit 1.1.2000 Erfahrungen (etwa 10 % der Vertragsärzte verschlüsselten auf freiwilliger Basis bereits seit 1996). Viele sehen darin immer noch vor allem eine zusätzliche bürokratische Maßnahme und erkennen bisher kaum einen Nutzen. Das wird sich allmählich ändern und durch die zunehmende Verknüpfung mit der Honorarabrechnung, ebenso wie in den Krankenhäusern, zu einer verbesserten Dokumentation und erhöhten Eigennutzung der dokumentierten Daten führen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die ärztlichen Berufsverbände bemühen sich, mit diesen Daten die Abrechnungsverfahren zu optimieren und zu einer gerechteren Verteilung der begrenzten finanziellen Mittel zu kommen. Das vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) entwickelte „**ADT-Panel**“ (= Abrechnungsdatenträger-Panel), mit dem das Leistungsgeschehen und die Kosten in den Vertragsarztpraxen u. a. auch diagnosen-

bezogen transparenter gemacht werden sollen, ist ein wichtiger Schritt auf diesem Wege (vgl. im Internet <http://www.zi-koeln.de>). In die gleiche Richtung plant die Kassenärztliche Bundesvereinigung einen sog. **Morbiditätsindex**. Schließlich wird der Austausch der verschlüsselten Daten in der Patientendokumentation die weitere Verzahnung zwischen der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung fördern.

Für das hier ausgeführte Thema gilt, wie auch für andere Bereiche unseres Lebens, ein Aphorismus des Physikers und Philosophen Georg Christoph Lichtenberg (*1742 Ober-Ramstadt bei Darmstadt, †1799 Göttingen), mit dem diese Übersicht abgeschlossen werden soll: „Ich kann freilich nicht sagen, ob es besser wird, wenn es anders wird; aber soviel kann ich sagen, es muß anders werden, wenn es gut werden soll.“

Literatur

- 1 AR-DRGs. Australian Refined Diagnosis Related Groups. Vers. 4.1. Definitions Manual. Vol 1-3. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care, 1998. - Internetadresse z. B.: <http://www.health.gov.au/casemix>. Deutsche Informationen und viele Links: <http://thgms.uni-muenster.de/drg> oder <http://www.dkgev.de>
- 2 Diagnoseschlüssel ICD-10 BMSG 2001. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision, BMSG-Version 2001. Erarbeitet auf der Grundlage der vom DIMDI hrsg. gemeinsamen deutschsprachigen Übersetzung in der Vers. 1.3, Stand Juli 1999. Hrsg.: BMSG, Radetzkystr. 2, A-1030 Wien. Projektleitung: G. Embacher. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG). Juni 2000. Band I: Systematisches Verzeichnis, XVIII, 752 S. Band III: Alphabetisches Verzeichnis, XX, 660 S. - Erschienen als CD-ROM mit DOC-, PDF- und DAT-Dateien.
- 3 Diagnosenverschlüsselung in der Arztpraxis. Fachgruppenbezogene Diagnosenkataloge auf der Grundlage der ICD-10. Bearb. v. G. Brenner, B. Graubner u. H.-U. Nowak. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI), Köln, unter Mitarbeit ärztlicher Berufsverbände. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1995. 511 S. [Wiss. Reihe des ZI. 52.] - Im November 1999 publizierte das ZI eine überarbeitete Ausgabe auf CD-ROM.
- 4 Faulhaber K-P. ICD-10 Diagnoseschlüssel für Frauenärzte. Fachgruppenbezogener Diagnosenkatalog für die Praxis mit alphabetischem und systematischem Index. Praxis- und Patientenservice MediMedia - Medizinische Medien Informations GmbH (ohne Ortsangabe), 1999. 95 S. - Erhältlich von Wyeth-Pharma GmbH, Münster. Außerdem ist eine zweiseitige Kurzfassung 1999/2000 erschienen.
- 5 Graubner B, Brenner G. German Adaptations of ICD-10. In: Kokol P, Zupan B et al. (Eds). Medical Informatics Europe '99. Amsterdam, Berlin, Oxford etc.: IOS Press, 1999: 912-917
- 6 Graubner B. ICD-10-Ergänzungswerke zur Erleichterung der Diagnosenverschlüsselung. In: Victor N, Blettner M et al. (Eds). Medical Informatics, Biostatistics and Epidemiology for Efficient Health Care and Medical Research. München: Urban & Vogel, 1999: 295-299 [Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie. 85.]
- 7 Graubner B. ICD-10-SGBV und ICD-10-Diagnosenthesaurus. Advantages and Disadvantages as well as Further Development. In: Hasman A, Blobel B et al. (Eds). Medical Infobahn für Europe. Proceedings of MIE2000 and GMD52000. Amsterdam, Berlin, Oxford etc.: IOS Press, 2000: 161-164
- 8 Graubner B. Verzeichnis gedruckter Ausgaben und ergänzender Bücher der in Deutschland gesetzlich vorgeschriebenen medizinischen Klassifikationen (ICD-9, ICD-10 und OPS-301). In: Köhler CO, Ellsäcker K-H (Hrsg). Medizinische Dokumentation und Information. Handbuch für Klinik und Praxis. Landsberg/Lech: ecomed, 1997, 21. Erg.-Lfg., III-18, S. 1-22
- 9 Graubner B. Wesentliche Klassifikationen für die medizinische Dokumentation in Deutschland und ihr Entwicklungsstand. In: ICIDH - International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen Hrsg. v. R.-G. Matthesius (gleichzeitig Übersetzer), K.-A. Jochheim, G. S. Barolin u. Chr. Heinz. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby, 1995: 41-69
- 10 ICD/ICPM professional. Verschlüsselungsprogramm für Diagnosen und Operationen (ICD-9, ICD-10 / ICD-10-SGBV [einschließlich ICD-10-Diagnosenthesaurus] und OPS-301). Hrsg.: dr. ruffing informationstechnologie gmbh. Wissenschaftliche Bearbeitung: B. Graubner. Version 3.6. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag (Dieselstr. 2, 50832 Köln), 2000. - Volltextversionen der angegebenen Klassifikationen sind für die Computernutzung erhältlich.
- 11 ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. World Health Organization: Geneva. Vol. 1: Introduction. WHO Collaborating Centres for Clas-

- sification of Diseases. Report of the International Conference for the Tenth Revision. List of three-character categories. Tabular list of inclusions and four-character subcategories. Morphology of neoplasms. Special tabulation list for mortality and morbidity. Definitions. Regulations. 1992. IV, 1243 S. Vol. 2: Instruction manual. 1993. VII, 160 S. Vol. 3: Alphabetical index. 1994. III, 750 S.
- ¹² ICD-10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Hrsg. vom DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Band I: Systematisches Verzeichnis. Version 1.0, Stand Aug. 1994. Band II: Regelwerk. Vers. 1.0, Stand Juni 1995. Band III: Alphabetisches Verzeichnis. Vers. 1.0, Stand Okt. 1995. – Vollständige Ausgaben wurden 1994/96 von folgenden Verlagen herausgegeben: Bern, Göttingen etc.: Hans Huber / München, Wien etc.: Urban & Schwarzenberg / Landsberg/Lech: ecomed. – Version 1.3, Stand Juli 1999, der Bände I und III wurde vom DIMDI im Juli 1999 in Dateiform veröffentlicht und ist erhältlich vom DIMDI-Server (<http://www.dimdi.de>). Band III wurde 1999/2000 von folgenden Verlagen herausgegeben: Stuttgart: W. Kohlhammer in Kooperation mit Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Düsseldorf / Wanne-Herne: Krankenhausdrucke-Verlag Wanne-Eickel / Bern, Göttingen etc.: Hans Huber [in Verbindung mit Band II, Vers. 1.0] / München u. Jena: Urban & Fischer. Band I wird im Jahr 2000 im Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen etc. erscheinen.
- ¹³ ICD-10-AM. The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Australian Modification. 2nd Edition, 1 July 2000. Sydney: National Centre for Classification in Health (NCCH), 2000. Vol. 1: Tabular List of Diseases. Vol. 2: Alphabetic Index of Diseases. Vol. 3: Tabular List of Procedures (MBS-E [Medicare Benefits Schedule for Fees - Extended]). Vol. 4: Alphabetic List of Procedures (MBS-E). Vol. 5: Australian Coding Standards. - Hinweise: Die der deutschen DRG-Entwicklung zugrunde gelegten AR-DRGs, Vers. 4.1, basieren auf der 1st Edition der ICD-10-AM von 1998.
- ¹⁴ ICD-10-Diagnosenthesaurus. Sammlung von Krankheitsbegriffen im deutschen Sprachraum, verschlüsselt nach der ICD-10-SGBV (Vers. 1.3 [Juli 1999]). Version 3.0, Stand Januar 2000. Hrsg. vom DIMDI im Auftrag des BMG. Erarbeitet von einer Projektgruppe des ZI unter Leitung von W. Giere. Schlußredaktion: B. Graubner. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. 1999. XIV, 624 S. - Das Buch wurde 1999/2000 auch von folgenden Verlagen herausgegeben: Stuttgart: W. Kohlhammer in Kooperation mit Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Düsseldorf [in Verbindung mit Band II, Vers. 1.0, der ICD-10] / Wanne-Herne: Krankenhausdrucke-Verlag Wanne-Eickel / München u. Jena: Urban & Fischer. – Enthält auch umfangreiche Hinweise zur Diagnosenverschlüsselung. Das Werk ist erhältlich vom DIMDI-Server (<http://www.dimdi.de>) als ASCII-Datei zur Nutzung in Computerprogrammen und als PDF-Datei für Ausdrucke. - Eine spezielle „Dreiländerausgabe“ für Deutschland, Österreich und die Schweiz wurde von B. Graubner bearbeitet und in diesem Jahr 2000 vom Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen etc. herausgegeben.
- ¹⁵ ICD-10-SGBV. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Ausgabe für die Zwecke des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Erarbeitet von einer Expertenarbeitsgruppe unter Beteiligung der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Hrsg. vom DIMDI im Auftrag des BMG. Systematisches Verzeichnis. Version 1.3, Stand Juli 1999. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1999. XXIX, 717 S. - Das Buch wurde 1999/2000 auch von folgenden Verlagen herausgegeben: Bern, Göttingen etc.: Hans Huber / Stuttgart: W. Kohlhammer in Kooperation mit Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Düsseldorf / Wanne-Herne: Krankenhausdrucke-Verlag Wanne-Eickel / München u. Jena: Urban & Fischer. - Das Werk ist in verschiedenen Dateiformaten erhältlich vom DIMDI-Server (<http://www.dimdi.de>). Die Ausgabe des Deutschen Ärzte-Verlages enthält auch umfangreiche Verschlüsselungshinweise, die nahezu unverändert in den ICD-10-Diagnosenthesaurus übernommen worden sind.
- ¹⁶ ICD-9. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD) in der Fassung der vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegebenen 9. Revision. 2., überarb. Aufl. - [Vers. 6.0:] Stand 1.1.1993. Bände IA, IB und II. Stuttgart: W. Kohlhammer in Kooperation mit Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Düsseldorf. 1993. - In Dateiformat verfügbar auf dem DIMDI-Server (<http://www.dimdi.de>). - Band IA enthält auch den „Leitfaden zur Erstellung der Diagnosenstatistik nach § 16 Bundespflegegesetzverordnung (BPFIV)“ von R. Klar, B. Graubner u. C. Th. Ehlers.
- ¹⁷ ICPC. The International Classification of Primary Care in the European Community. With a Multi-Language Layer. Ed. by H. Lamberts, M. Wood and Inge Hofmans-Okkes. Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press, 1993. XI, 242 S. - Mit einer Diskette der ICPC in 16 Sprachen. Das Buch enthält u. a. auch eine Konversionstabelle von der ICD-10 zur ICPC.
- ¹⁸ ICPM. Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Deutsche Fassung, Vers. 1.1, inkl. Operationenschlüssel nach § 301 SGB V (Hrsg. DIMDI). Verantwortl. für die deutsche Fassung: Christine Kolodzig, R. Thurmayer, F. Diekmann u. Anna Maria Raskop. 3. Aufl. mit alphabetischem Verzeichnis, bearb. v. R. Bartkowski. Gesamtsystematik erarbeitet von der Friedrich-Wingert-Stiftung. Berlin u. Wien: Blackwell Wissenschafts-Verlag, 1995. LVI, 754 S. - Das alphabetische Verzeichnis verweist auf die Drei- und Viersteller. Die Untermenge der Schlüsselnummern des amtlichen Operationenschlüssels sind im systematischen Verzeichnis durch einen oder zwei vorangestellte Sternchen gekennzeichnet. Diese ICPM-Version ist Bestandteil des Verschlüsselungsprogrammes ID DIACOS.
- ¹⁹ ID DIACOS. Verschlüsselungsprogramm für Diagnosen, Operationen und sonstige Prozeduren. Ber-

- lin: ID Gesellschaft für Information und Dokumentation mbH (Riedemannweg 58, 13627 Berlin), 2000
- ²⁰ International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O). Second Edition. Ed. by C. Percy, V. van Holten a. C. Muir. Geneva: WHO. 1990. XLV, 144 S.
- ²¹ International Classification of Procedures in Medicine (ICPM). Published for trial purposes in accordance with resolution WHA29.35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976. Geneva: World Health Organization, 1978. Vol. 1: 1. Procedures for medical diagnosis. 2. Laboratory procedures. 4. Preventive procedures. 5. Surgical procedures. 8. Other therapeutic procedures. 9. Ancillary procedures. IX, 310 S. Vol. 2: 3. Radiology and certain other applications of physics in medicine. 6 & 7. Drugs, medicaments, and biological agents. V, 147 S.
- ²² International Nomenclature of Diseases (IND). Ed. by Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) and World Health Organization (WHO). Geneva: CIOMS and WHO. Bisher sind erschienen: Vol. II: Infectious Diseases. Part 1: Bacterial Diseases. 1985. XXIV, 158 S. Part 2: Mycoses. 1982. XII, 47 S. Part 3: Viral Diseases. 1983. XI, 100 S. Part 4: Parasitic Diseases. 1987. XXIV, 208 S. Vol. III: Diseases of the Lower Respiratory Tract. 1979. XII, 128 S. Vol. IV: Diseases of Digestive System. 1990. XVI, 269 S. Vol. V: Cardiac and Vascular Diseases. 1989. XV, 113 S. (Zerebrovaskuläre Krankheiten sind nicht eingeschlossen.) Vol. VI: Metabolic, Nutritional, and Endocrine Disorders. 1991. XXIII, 464 S. Vol. VII: Diseases of the Kidney, the Lower Urinary Tract, and the Male Genital System. 1992. XIII, 180 S. Vol. VIII: Diseases of the Female Genital System. 1992. XII, 126 S.
- ²³ Koch H, Graubner B, Brenner G. Erprobung der Diagnosenverschlüsselung mit der ICD-10 in der Praxis des niedergelassenen Arztes. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleituntersuchung zum Modellversuch in Niedersachsen und Sachsen-Anhalt. Hrsg. v. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI), Köln. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1998. 182 S. - Enthält auch Vorschläge für die ICD-10-Weiterentwicklung und eine umfangreiche ICD-10-Bibliographie.
- ²⁴ KODIP. Verschlüsselungsprogramm für Diagnosen und Operationen. Berlin: Software und Beratung im Gesundheitswesen Dr. Kolodzig und Kirste GbR (SBG, Sophie-Charlotten-Str. 15, 14059 Berlin), 2000
- ²⁵ Köhler R. ICD-10. Verschlüsselung in alphabetisch gelisteter Form für die gynäkologische Praxis. Oberschleißheim: Organon, 1995. 120 S. (ohne Seitenzählung) – Teilausdruck der bis 1997 auf etwa 20.000 Einträge erweiterten Diagnosendatei für den gynäkologischen EDV-Anwenderkreis Gynamed (MediStar), Leiter Dr. R. Köhler, Wolfsburg. [Das Buch war bei der Organon GmbH, Oberschleißheim, erhältlich und wurde später nicht neu aufgelegt.]
- ²⁶ Leitfaden zur medizinischen Basisdokumentation nach § 301 SGB V mit Materialien zur Dokumentation von Fallpauschalen und Sonderentgelten. Hrsg. für die „Arbeitsgruppe Medizinische Dokumentation und Klassifikation“ der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (GMDS) von A. Zaiß, H. Bülzebruck, E. Glück, B. Graubner, F. Leiner, U. Lochmann, R. Straube und R. Thurmayer. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, 1997. 296 S. – Enthält neben der Darstellung der Anforderungen an die medizinische Dokumentation in den Krankenhäusern (§ 301 SGB V) auch Informationen, die für die ambulante Gesundheitsversorgung (§ 295 SGB V) bedeutungsvoll sind, u. a. eine ausführliche Übersichtsdarstellung zu den medizinischen Klassifikationen sowie zahlreiche bibliographische Nachweise zu ICD-9, ICD-10 und OPS-301.
- ²⁷ Messing-Jünger AM. Procedure Coding System: Hintergrund und Aufbau. Langenbecks Arch. Chir. 1998; 115 (Suppl.): 757-763 - Verfügbar auf dem DIMDI-Server (<http://www.dimdi.de>). Dort auch viele weitere PCS-Informationen einschließlich der deutschen Übersetzung des PCS.
- ²⁸ Operationenschlüssel nach § 301 SGB V - Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS-301). Hrsg. vom Deutschen Institut für medizinische Information und Dokumentation (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. 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). Vers. 1.1. Stand 19.2.1996. Köln, Stuttgart, Berlin: Kohlhammer in Kooperation mit Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, 1996. XXII, 254 S. - Das Buch wurde auch von folgenden Verlagen herausgegeben: Bern, Göttingen etc.: Hans Huber [mit einem Register der dreistelligen Schlüsselnummern] / Wanne-Herne: Krankenhausdrucke-Verlag Wanne-Eickel. - Der OPS-301 ist Bestandteil des folgenden Werkes, in dem als einziger Verlagsausgabe alle sog. Kombinationsschlüsselnummern einzeln aufgeführt sind: Ruffing, A., Bliem, M., von Zülow, H., Graubner, B.: Der Fallpauschalen-/Sonderentgelte-Berater mit erweitertem Operationenschlüssel. Version 1.1 - Stand 19. Februar 1996. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1996. XXII, 415 S. - Der OPS-301 ist in verschiedenen Dateiformaten erhältlich vom DIMDI-Server (<http://www.dimdi.de>).
- ²⁹ Operationenschlüssel nach § 301 SGB V etc. Version 1.1 - Stand 19.2.1996. Alphabetisches Verzeichnis von B. Graubner. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1996, 272 S. - Einzige Ausgabe eines ausführlichen alphabetischen Verzeichnisses. Es ist in Kombination mit allen Ausgaben anderer Verlage des systematischen Verzeichnisses verwendbar.
- ³⁰ Procedure Coding System (PCS) [ICD-10-PCS]. Entwickelt von 3M Health Information Systems, Wallingford CT, USA. 1996/97 ff.. - Informationen und deutsche Übersetzung verfügbar auf dem DIMDI-Server (<http://www.dimdi.de>).

- ³¹ Rochell B, Roeder N, Hennke M et al. Einigung auf Australisch - Die Selbstverwaltung entscheidet sich für das AR-DRG-System. Krankenhaus 2000; 92: 605-610
- ³² Rochell B, Roeder N. Australian Refined-Diagnosis Related Groups (AR-DRGs) - Ein Überblick. Krankenhaus 2000; 92: Redaktionsbeilage zu Heft 8: I-IV
- ³³ Roeder N, Rochell B, Scheld, HH. Sicher in die DRGs. Die notwendige Vorbereitung im Krankenhaus. Krankenhaus 2000; 92: 689-700
- ³⁴ Schulz S, Zaiß A, Brunner R, Spinner D, Klar R. Conversion Problems Concerning Automated Mapping from ICD-10 to ICD-9. Methods of Information in Medicine 1998; 37: 254-259. - Die „ICD-Überleitungstabelle“ ist in der Version 3.0, September 1999, vom DIMDI-Server erhältlich (<http://www.dimdi.de>).
- ³⁵ Schweizerische Operationenklassifikation (CHOP). (ICD-9-CM, Volume 3). Version 3.0, Stand Januar 1999. Amtliche Ausgabe hrsg. vom Bundesamt für Statistik (BFS). Verantw. für die Übersetzung: Hanspeter Bosshard. Aarau: H+ Verlag, 1999. IV, 271 S.
- ³⁶ SNOMED. Systematisierte Nomenklatur der Medizin. Hrsg der amerikanischen Ausgabe R. A. Côté. Deutsche Ausgabe bearb. u. adaptiert v. F. Wingert. Berlin, Heidelberg, New York etc.: Springer, 1984. Band 1: Numerischer Index. XVIII, 754 S. Band 2: Alphabetischer Index. XVI, 1225 S. - 1. Originalausgabe (Systematized Nomenclature of Medicine) 1976/77 (Testversion: 1975). 2. Aufl. 1979/1982/1986. "SNOMED III": SNOMED International. The Systematized Nomenclature of Human and Veterinary Medicine. Eds.: R. A. Côté, D. J. Rothwell et al. Published by the College of American Pathologists (CAP), Northfield/IL, and American Veterinary Medical Association, Schaumburg/IL. 1993. Vol. 1: Numeric. XV, 864 S. Vol. 2: Numeric. XV, 864 S. Vol. 3: Alphabetic. XV, 1004 S. Vol. 4: Alphabetic. XV, 1120 S. - Die Entwicklung der SNOMED wird gegenwärtig in einem amerikanisch-britischen Gemeinschaftsprojekt energisch vorangetrieben. Eine deutsche Übersetzung von SNO-MED III ist seit Jahren in Arbeit.
- ³⁷ TNM-Atlas. Illustrierter Leitfaden zur TNM/pTNM-Klassifikation maligner Tumoren / UICC, International Union Against Cancer. Hrsg. v. P. Hermanek, R. V. P. Hutter, L. H. Sobin, G. Wagner u. Ch. Wittekind. 4. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York etc.: Springer, 1998
- ³⁸ TNM-Klassifikation maligner Tumoren / UICC, International Union Against Cancer. Hrsg. u. übers. v. Ch. Wittekind u. G. Wagner. 5. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York etc.: Springer, 1997. XXII, 215 S.
- ³⁹ Tumorphistologieschlüssel. Empfehlungen zur aktuellen Klassifikation und Kodierung von Neoplasien auf der Grundlage der ICD-O. Hrsg. v. E. Grundmann, P. Hermanek u. G. Wagner. 2., voll. überarb. u. erw. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York etc.: Springer, 1997. XVII, 292 S. (mit CD-ROM). [Tumordokumentation in Klinik und Praxis. 4.]
- ⁴⁰ Tumorklassifikationsschlüssel. International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O), 2. Aufl. Topographischer Teil. Hrsg. v. G. Wagner. 5. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York etc.: Springer, 1993. IX, 125 S. [Tumordokumentation in Klinik und Praxis. 3.]
- ⁴¹ Verzeichnis von ICD-Ausgaben und anderen krankheits- und gesundheitsrelevanten Klassifikationen. Ausgabe: Februar 1997. Hrsg.: Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Köln: DIMDI, 1997. 56 S. - Diese Informationen sind auch im Internet verfügbar: <http://www.dimdi.de>. (Unter dieser Internet-Adresse informiert das DIMDI über seine Aktivitäten und stellt zahlreiche Informationsquellen sowie die Dateien medizinischer Klassifikationen zur Verfügung.)
- ⁴² WCC-Standaard Classificatie van Medische Specialistische Verrichtingen. Versie 2.3. Hrsg.: Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), Werkgroep Classificatie en Coderingen (WCC), vaste commissie voor classificaties en definities. Zoetermeer/Niederlande: WCC, 1995. 303 S.
- ⁴³ Zaiß A. Procedure Coding System (PCS): Bewertungsverfahren beim BMG. Langenbecks Arch. Chir. 1998; 115 (Suppl.): 764-766. - Verfügbar auf dem DIMDI-Server (<http://www.dimdi.de>). Dort auch viele weitere PCS-Informationen einschließlich der deutschen Übersetzung des PCS.

Nachtrag bei der Korrektur (7.11.2000):

Für Mitte November sind vom DIMDI revidierte Versionen der ICD-10-SGBV und des OPS-301 angekündigt.

Die **ICD-10-SGB-V, Version 2.0 (Abkürzung geändert!)**, beinhaltet neben einigen Korrekturen vor allem die Anpassung an die ICD-10-AM, First Edition (1998), die den AR-DRGs, Version 4.1 (1998) zugrunde liegt. Sie soll in den Krankenhäusern voraussichtlich bereits ab 1.1.2001 angewendet werden und enthält neben einigen neuen drei- und vierstelligen Schlüsselnummern vor allem eine große Anzahl von Fünfstellern. Die bisher optionale Anwendung der Mehrfachverschlüsselung bestimmter Diagnosen soll künftig obligatorisch sein. Ausführliche Kodierregeln sollen künftig für eine einheitliche Verschlüsselung in den Krankenhäusern sorgen. Die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit

sollen in Krankenhäusern dann nicht mehr benutzt werden. - Im ambulanten vertragsärztlichen Bereich ändert sich (vorläufig) nichts. Dort kommt ab 1.1.2001 die leicht korrigierte Version 1.3 der ICD-10-SGBV zum Einsatz, wobei die bisherigen Anwendungsregeln gültig bleiben. Lediglich der **ICD-10-Diagnosenthesaurus** soll ab diesem Zeitpunkt in der aktualisierten Version 3.1 (November 2000) benutzt werden, von der es beim DIMDI die Softwaredatei geben wird, während auf eine neue Buchversion verzichtet wurde (eine Korrekturliste gegenüber der Version 3.0 wird zur Verfügung stehen). Für das nächste Jahr ist eine neue Version des ICD-10-Diagnosenthesaurus geplant, die dann auf der Grundlage der ICD-10-SGB-V, Version 2.0, gestaltet wird.

Der **OPS-301, Version 2.0**, wurde fehlerbereinigt und vor allem an die Bedürfnisse der AR-DRGs und der künftigen Kalkulation der deutschen DRGs angepaßt, wobei zahlreiche Anregungen der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften berücksichtigt worden sind. Er wurde bedeutend erweitert und enthält künftig auch eine beträchtliche Anzahl nichtoperativer Prozeduren.

Für die Pflegedokumentation gibt es mit der „**International Classification for Nursing Practice (ICNP)**“ eine Klassifikation, in der die Pflegetätigkeiten gemäß den „Nursing phenomena“ und „Nursing actions“ beschrieben werden. Eine deutsche Übersetzung und Adaptation ist in Arbeit. Welche Bedeutung die ICNP für die Dokumentation in den Krankenhäusern und evtl. auch für die Definition der deutschen DRGs gewinnen kann, ist gegenwärtig noch nicht abzusehen.

Korrespondenzanschrift:

Dr. med. Bernd Graubner, Projektleiter für medizinische Klassifikationen, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI Köln), Ludwig-Beck-Str. 5, D-37075 Göttingen. Tel. 0551/22526. Fax 0551/25338.
E-Mail: Bernd.Graubner@mail.gwdg.de

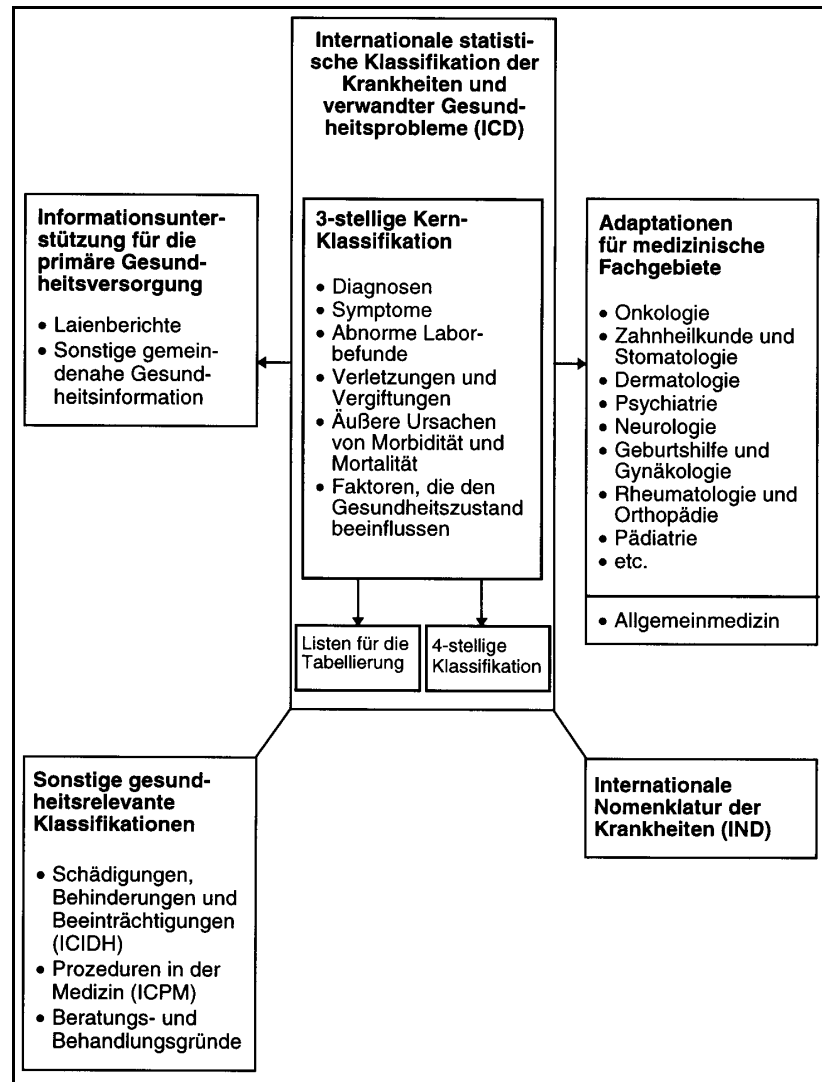


Abb. 1: Die Familie der krankheits- und gesundheitsrelevanten Klassifikationen (aus [12], Band 2)



Abb. 2: Quantitativer Vergleich zwischen der vollständigen deutschsprachigen WHO-Ausgabe der ICD-10, der ICD-10-SGBV und dem Minimalstandard (Basisschlüssel). Es ist erkennbar, daß im Minimalstandard nur ein Drittel der Schlüsselnummern der vollständigen ICD-10 und der ICD-10-SGBV sowie weniger als ein Fünftel der vierstelligen Schlüsselnummern der ICD-10-SGBV benutzt werden. Andererseits werden im Minimalstandard die meisten der in der ICD-10 vorhandenen dreistelligen Schlüsselnummern tatsächlich auch für die primäre Verschlüsselung verwendet. Von diesen sind 914, d. h. knapp zwei Drittel, nicht weiter durch Subkategorien unterteilt. Das ist viermal so viel wie in der ICD-10-SGBV und unterstreicht die Anwenderfreundlichkeit des Minimalstandards (aktualisiert aus [14]).

ICD-9			ICD-10		
Kap. Kurzbezeichnung	Schlüsselnr.		Kap. Kurzbezeichnung	Schlüsselnr.	
I Infektionen	001 - 139	—	I Infektionen	A00 - B99	
II Neubildungen	140 - 239	—	II Neubildungen	C00 - D48	
III Stoffw./Immunsystem	240 - 279	—	III Blut / Immunsystem	D50 - D89	
IV Blut	280 - 289	—	IV Stoffwechsel	E00 - E90	
V Psychiatrie	290 - 319	—	V Psychiatrie	F00 - F99	
VI Nerven/Sinnesorgane	320 - 389	—	VI Nerven	G00 - G99	
Nerven	320 - 359	—	VII Augen	H00 - H59	
Augen	360 - 379	—	VIII Ohren	H60 - H95	
Ohren	380 - 389	—	IX Kreislauf	I00 - I99	
VII Kreislauf	390 - 459	—	X Atmung	J00 - J99	
VIII Atmung	460 - 519	—	XI Verdauung	K00 - K93	
IX Verdauung	520 - 579	—	XII Haut	L00 - L99	
X Urogenitalsystem	580 - 629	—	XIII Muskel-Skelett-System	M00 - M99	
XI Schwangerschaft	630 - 676	—	XIV Urogenitalsystem	N00 - N99	
XII Haut	680 - 709	—	XV Schwangerschaft	O00 - O99	
XIII Muskel-Skelett-Syst.	710 - 739	—	XVI Perinatalperiode	P00 - P96	
XIV Angebor. Anomalien	740 - 759	—	XVII Angebor. Fehlbildung.	Q00 - Q99	
XV Perinatalzeit	760 - 779	—	XVIII Symptome	R00 - R99	
XVI Symptome	780 - 799	—	XIX Verletzung, Vergiftung	S00 - T98	
XVII Verletzung, Vergift.	800 - 999	—			
Zusatzklassifikationen:					
E Äußere Ursachen	E800 - E999	—	XX Äußere Ursachen	V01 - Y98	
V Inanspruchnahme	V00 - V82	—	XXI Inanspruchnahme	Z00 - Z99	
M Morphol. d. Neubild.	M800-M997	—	M Morphol. d. Neubildung.	M800-M998	

Tab. 1: Die Kapitel der ICD-9 und der ICD-10 und ihre inhaltlichen Beziehungen (modifiziert aus [26])

ICD-9	ICD-10
4stufige Monohierarchie mit wenigen 5stelligen Notationen numerische und alphanumerische Notationen	4stufige Monohierarchie mit wenigen 5stelligen Notationen (in deutscher Ausgabe bisher nur 280 Fünfteller im Kap. XIX festgelegt) alphanumerische Notationen
17 Kapitel (mit numerischen Notationen): I = Infektiöse und parasitäre Erkrankungen II = Neubildungen ... VI = Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane ... XVII = Verletzungen und Vergiftungen 2 Zusatzklassifikationen (mit alphanumerischen Notationen): - Zusatzklassifikation der äußeren Ursachen bei Verletzungen und Vergiftungen („E-Klassifikat.“) - Zusatzklassifikation für Faktoren, die den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens beeinflussen („V-Klassifikation“)	21 Kapitel: I = Bestimmte infektiöse u. parasitäre Erkrankungen II = Neubildungen ... VI = Krankheiten des Nervensystems VII = Krankh. des Auges u. d. Augenanhangsgebilde VIII = Krankheiten des Ohres u. d. Warzenfortsatzes ... XIX = Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen XX = Äußere Ursachen von Mortalität und Morbidität (= bisherige E-Klassifikation) XXI = Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens führen (= bisherige V-Klassifikation)
116 Gruppen [ohne E-Klassifikation], z. B.: 614-616 Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	261 Gruppen [ohne Kap. XX: 226], z. B.: N70-N77 Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
989 dreistellige Kategorien [ohne E-Klassif.], z. B.: 614.- Entzündliche Krankheiten der Ovarien, der Eileiter, des Beckenzellgewebes u. Bauchfells	2.036 dreistellige Kategorien [ohne Kap. XX: 1.664], z. B.: N70.- Salpingitis und Oophoritis
5.711 vierstell. Subkategor. [ohne E-Klass.], z. B.: 614.0 Akute Salpingitis und Oophoritis 614.1 Chronische Salpingitis und Oophoritis 614.2 Salpingitis und Oophoritis, die nicht als akut, subakut oder chronisch bezeichnet sind 614.3 Akute Parametritis usw.	12.161 vierstell. Subkategorien [ohne Kap. XX: 8.852], z. B.: N70.0 Akute Salpingitis und Oophoritis N70.1 Chronische Salpingitis und Oophoritis N70.9 Salpingitis und Oophoritis, nicht näher bezeichnet
Insgesamt: 6.834 Schlüsselnummern und -bereiche [ohne E-Klassifikation], von denen 5.737 Drei-, und Viersteller für die Verschlüsselung benutzt werden können, also terminal sind (ohne 102 Sternschlüsselnummern)	Insgesamt: 14.759 Schlüsselnummern und -bereiche (einschließlich 280 Fünftellern) , von denen 12.402 Schlüsselnummern terminal sind (ohne 300 Sternschlüsselnummern) Ohne Kapitel XX und ohne Fünfteller: 10.762 Schlüsselnummern und -bereiche , von denen 8.804 Schlüsselnummern terminal sind (ohne 300 Sternschlüsselnummern) ICD-10-SGBV: 8.209 terminale primäre Schlüsselnummern
Alphabetisches Verzeichnis: ca. 55.000 (ausformulierte) Einträge	Alphabetisches Verzeichnis: ca. 90.000 (ausformulierte) Einträge

Tab. 2: Grobstruktur und Umfang von ICD-9 und ICD-10 bzw. ICD-10-SGBV (modifiziert aus [26]). Notation = Schlüsselnummer = Code.