



SCHRIFTENREIHE DER DEUTSCHEN
GESELLSCHAFT FÜR MEDIZINISCHE
DOKUMENTATION, INFORMATIK UND
STATISTIK E.V.

Memorandum zum Aufbau und Betrieb eines medizinischen Klassifikationszentrums

12

Herausgegeben von

R. Klar

unter Mitarbeit von

B. Graubner

J. Michaelis

R. Regges

H. E. Wichmann



Schattauer

Heft 12

Memorandum zum Aufbau und Betrieb eines medizinischen Klassifikationszentrums

Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Medizinische
Dokumentation, Informatik und Statistik (GMDS)

Herausgegeben von

R. Klar

unter Mitarbeit von

B. Graubner

J. Michaelis

R. Reppes

H. E. Wichmann



Schattauer Stuttgart –
New York 1991

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Memorandum zum Aufbau und Betrieb eines medizinischen Klassifikationszentrums / hrsg. von R. Klar unter Mitarb. von B. Graubner . . . – Stuttgart; New York: Schattauer, 1991

(Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik e. V.; H. 12)

ISBN 3–7945–1455–6

NE: Klar, Rüdiger [Hrsg.]; Deutsche Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik: Schriftenreihe der Deutschen . . .

© 1991 by F. K. Schattauer Verlagsgesellschaft mbH, Lenzhalde 3, 7000 Stuttgart 10, Germany

Printed in Germany

Druck: Dr. Cantz'sche Druckerei, Senefelderstraße 12,
7302 Ostfildern 1, Germany.

ISBN 3–7945–1455–6

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
1. Einleitung	6
2. Aufgaben des Klassifikationszentrums für medizinische Begriffe	8
2.1 Herausgabe und Pflege von amtlichen Schlüsselverzeichnissen	8
2.2 Herausgabe, Pflege oder Akkreditierung von noch nicht amtlichen Schlüsselverzeichnissen	10
2.3 Kontakte zu anderen nationalen und internationalen Klassifikationszentren und zugehörigen Organisationen .	11
2.4 Bereitstellung von Kodierhilfen, Anleitungen und Zuordnungssystemen	12
2.5 Arbeit als Referenzstelle und Koordinationszentrum	13
2.6 Mitarbeit an Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens	14
3. Aufbau und Organisation des Klassifikationszentrums	14
3.1 Bundesinteresse am Klassifikationszentrum	14
3.2 Funktionen vom DIMDI (Köln) und ISD (Ost-Berlin)	15
3.3 Mitwirkung externer Experten, Anwender und Nutzer medizinischer Klassifikationen	15
4. Arbeitsmethode des Klassifikationszentrums	17
5. Schlußbemerkung	18
6. Literatur	19

Zusammenfassung

Klassifikationen medizinischer Begriffe, wie z.B. die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD), dienen der systematischen Ordnung des medizinischen Wissens, der zweckmäßigen und korrekten Zusammenfassung vieler Einzelkenntnisse und der Vergleichbarkeit der klassifizierten Angaben. Ein Klassifikationszentrum soll medizinische Klassifikationen zentral koordiniert entwickeln, einführen und pflegen und für alle Fragen der Anwendung der Klassifikationen (Kodierregeln, Klärung strittiger Verschlüsselungen, Aufnahme neuer Begriffe usw.) Standards entwickeln und Referenzstelle sein.

Ein Klassifikationszentrum für deutschsprachige medizinische Begriffe wird von verschiedenen Seiten zur korrekten Erfüllung rechtlicher Vorschriften (z.B. für die Todesursachenstatistik, die Diagnosenstatistik der Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausstatistikverordnung, die Gesundheitsberichterstattung), für die Auswertung medizinischer Dokumentationen, für die Beantwortung wissenschaftlicher Fragestellungen, besonders epidemiologischer Art, und für methodisch fundierte gesundheitspolitische Entscheidungshilfen dringend benötigt. Andere Länder und Sprachräume leisten hierzu seit langem vorbildliche Arbeit. Vor allem wegen der internationalen Beziehungen, die ein solches Klassifikationszentrum zur WHO, zu den EG-Ländern und zu allen anderen Nachbarländern, insbesondere denen mit deutschsprachigen Bevölkerungsgruppen, pflegen muß, ist die organisatorische Anbindung eines deutschen medizinischen Klassifikationszentrums an die Bundesregierung und deren Institutionen notwendig. Es wird vorgeschlagen, die vorhandene Infrastruktur und die Teilaufgaben eines Klassifikationszentrums, die bisher vom DIMDI wahrgenommen wurden, zu nutzen, personell und finanziell auszubauen und mit der Ost-Berliner Arbeitsgruppe im ISD, die für die DDR seit vielen Jahren wichtige Funktionen eines medizinischen Klassifikationszentrums wahrgenommen hat, zu verbinden.

Für die methodische Arbeit und den weiteren Aufbau eines effizienten Klassifikationszentrums sowie für temporäre Aufgaben, besonders auch im Forschungs-

bereich, bietet die GMDS ihre Unterstützung an. Besonders bei der Entwicklung und Einführung neuer medizinischer Klassifikationen müssen aber auch andere wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaften sowie Vertreter der Klassifikationsanwender und der auswertenden Nutzer mitwirken.

1. Einleitung

Das vorliegende Memorandum soll für die **Bundesregierung eine Entscheidungshilfe** zum Aufbau eines Klassifikationszentrums für medizinische Begriffe bieten und dabei die Aufgaben eines solchen Zentrums behandeln und die Zuständigkeit der Bundesregierung dafür erläutern; es macht Vorschläge zu dessen Arbeitsweise, auch unter wissenschaftlicher Beratung durch die GMDS und andere Fachgesellschaften, und weist auf einige Möglichkeiten des Zuarbeitens oder der Auftragsarbeit für dieses Zentrum durch wissenschaftliche Institutionen, kommerzielle Beratungsgesellschaften, Verbände, einzelne Fachleute usw. hin. Dabei sollen auch die besonderen Bedingungen berücksichtigt werden, die sich jetzt aus der **Vereinigung mit der DDR** entwickeln, wo seit langem als Teil des Instituts für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung (ISD) in Ost-Berlin eine vier- bis sechsköpfige Arbeitsgruppe unter Leitung von Frau Dr. Braun als eine Art medizinisches Klassifikationszentrum arbeitet.

Ordnungssysteme medizinischer Begriffe wie Thesauren, Nomenklaturen und besondere Klassifikationen werden seit über hundert Jahren in der Medizin genutzt. Sie dienen der Auswertung medizinischer Dokumentationen durch zweckmäßige und systematische Zusammenfassung vieler Einzelerkenntnisse, des Wiederfindens ähnlicher Fälle und der Vergleichbarkeit sowie generell einer Ordnung des medizinischen Wissens. Eine historisch gewachsene Klassifikation wie die ICD (International Classification of Diseases [1] der WHO), die als eine Systematik von Krankheitsgruppen definiert ist, der Krankheitsbilder nach feststehenden Kriterien oder Regeln zugeordnet werden, soll in zweckmäßiger Form verschiedenen Zielen im Gesundheitswesen (z.B. vergleichende Analyse der Mortalität und Morbidität, Planung, Qualitätssicherung, Leistungsvergütung usw.)

gerecht werden. Das kann ihr nicht immer optimal gelingen und ist oft mit Problemen in der Praxis der Anwendung verbunden.

So wurden bis 1986 in der Bundesrepublik Deutschland Diagnosen in großem Umfang nur als Todesursachen in den 11 Statistischen Landesämtern nach der ICD für die amtliche **Todesursachenstatistik** verschlüsselt, und sonst wurden medizinische Klassifikationen nur von wenigen anderen Institutionen (z.B. Bundeswehr, Renten- und Sozialversicherer) und einigen Universitätskliniken in nennenswertem Umfang genutzt. Mit der Einführung der **Diagnosenstatistik** nach § 16 der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) zum 01.01.1986 und deren Erweiterung nach der Krankenhausstatistikverordnung (KHStatV) zum 01.01.1993 müssen nun praktisch alle 3000 bundesdeutschen Krankenhäuser jährlich insgesamt 12 Mio stationäre Fälle mit ihren Hauptdiagnosen nach der ICD verschlüsseln [2]. Jedes Krankenhaus ist in Fragen der korrekten Anwendung der ICD, genauer der neunten Revision der ICD (=ICD-9), auf sich allein gestellt, behilft sich selbst, und ein Hauptziel der Diagnosenstatistiken, nämlich krankenhaushübergreifende Vergleichbarkeit in der Fallzuordnung und -zählung nach dieser Klassifikation zu erreichen, ist massiv gefährdet. Der seit 1986 (2. verbesserte Auflage 1988) vorliegende Leitfaden der Erstellung der Diagnosenstatistik [2] regelt vieles dazu, hat aber nur Empfehlungscharakter.

Solche und ähnliche Probleme der Standardisierung treten nicht nur bei der ICD-Nutzung im Krankenhauswesen, sondern auch bei anderen medizinischen Klassifikationen und generell bei allen medizinischen Dokumentationen, die mit kategorisierten Begriffen arbeiten, auf. Die Auswertbarkeit solcher Erhebungen erfordert in wachsendem Maße adäquate medizinische Klassifikationen, die über die Erzeugung von Häufigkeitstabellen für grobe Klassen von Krankheiten und Todesursachen deutlich hinausgehen. Ohne standardisierte, differenzierte und aktualisierte Klassifikationen können selbst die aufwendigsten Computersysteme nur buchhalterisch oder deskriptiv statistische Auswertungen liefern, und an die Nutzung von wissensbasierten Systemen oder an die Entwicklung von Expertensystemen in der Medizin wäre gar nicht zu denken. Krankenhaus-Information-

systeme, klinische und epidemiologische Studien, gesundheitsökonomische Forschung und so gut wie alle praktischen Computeranwendungen im Gesundheitswesen von der Textverarbeitung bis zur Abrechnung basieren wesentlich auf medizinischen Klassifikationen und systematischen Nomenklaturen, erreichen aber u.a. wegen deren unzureichender Standardisierung im deutschen Sprachraum nicht die gewünschte und andernorts erreichte Qualität und Effizienz. Ein Teil dieser Probleme soll durch ein medizinisches Klassifikationszentrum gelöst werden, dessen Aufbau die GMDS 1986 [3] im Zusammenhang mit der Dokumentation und Auswertung von Diagnosen in Krankenhäusern gefordert hatte.

Aber bereits schon viel früher hatte die GMDS sich auf diesem Gebiet engagiert, so z.B. für die ICD und die Systematisierte Nomenklatur der Medizin (SNOMED), oder in einer Arbeitsgruppe Fragen der medizinischen Terminologie für das internationale CIOMS-Projekt (Council for International Organizations of Medical Sciences) behandelt.

2. Aufgaben des Klassifikationszentrums für medizinische Begriffe

Das medizinische Klassifikationszentrum soll für alle Fragen der medizinischen Terminologie und begrifflichen Klassifikation in der Bundesrepublik eine übergreifende Zuständigkeit ausüben, um zu einheitlichen Bezeichnungen, vergleichbaren Kategorien, aktuellen medizinischen Begriffen und einem effizienten Verwalten des medizinischen Wortschatzes und der zugehörigen Klassifikationen in der Bundesrepublik Deutschland zu kommen. Konkret sind folgende Aktivitäten von einem Klassifikationszentrum zu leisten:

2.1 Herausgabe und Pflege von amtlichen Schlüsselverzeichnissen

Bereits seit langem bietet die Bundesregierung über das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) und das zu dessen Geschäftsbereich gehörende Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Rahmen ihrer Verantwortung für die deutschsprachige Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) für die ver-

schiedenen ICD-Benutzer Dienstleistungen an. Entsprechend einer Aufstellung vom 01.08.89 sind zur Zeit 79 verschiedene ICD-Ausgaben und andere medizinische Schlüsselverzeichnisse beim DIMDI registriert. Hierzu zählen sowohl die amtlichen Ausgaben der ICD und ihre Ergänzungsklassifikationen als auch fachspezifische medizinische Schlüssel, Auszüge der ICD, anderssprachige ICD-Versionen, fachspezifische Erweiterungen und sonstige medizinische Schlüssel (siehe Literatur in [2]). Eine konkrete amtliche Pflege eines medizinischen Schlüssels wird allerdings z.Z. im wesentlichen nur für bestimmte, durch WHO-Meldungen bedingte Aspekte der ICD geleistet.

Eine weitergehende Betreuung der ICD und anderer medizinischer Klassifikationen durch das Klassifikationszentrum hat sich zunächst an den von der Bundesregierung gesetzten Aufgaben zu orientieren. An erster Stelle ist hierbei wieder die ICD zu nennen, die, wie erwähnt, für die Todesursachenstatistik aufgrund des Gesetzes über die Statistik der Bevölkerungsbewegungen vom 04.06.1957 in der Fassung vom 14.03.1980 und für die Diagnosenstatistiken nach § 16 der Bundespflegesatzverordnung vom 21.08.1985 sowie nach § 3 Nr. 14 der Krankenhausstatistikverordnung vom 10.04.1990 zu führen sind. Die ICD wird für folgende weitere amtliche Zwecke benötigt: Für die vom Statistischen Bundesamt geführte Statistik der Rehabilitationsmaßnahmen auf Grund von § 51 des Schwerbehindertengesetzes, für epidemiologische Untersuchungen der Schulpflichtigen und Wehrpflichtigen, für bestimmte Teilaspekte im Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes, zur Beschreibung von Indikationen und Nebenwirkungen bei Arzneimitteln, für Bundeswehrkrankenhäuser und den Sanitätsdienst gemäß den NATO-Bestimmungen, für spezielle epidemiologische und sozialmedizinische Erhebungen des Bundesgesundheitsamts, für diverse klinische und epidemiologische Zwecke der in der Startphase vom BMA geförderten Krebsregister und für viele weitere, von staatlichen Institutionen unterstützten Forschungsarbeiten in der Medizin. Weitere Nutzungsaspekte der ICD betreffen die meldepflichtigen Krankheiten nach dem Bundes-Seuchengesetz und die kongenitalen Anomalien in den Statistiken über Tot- und Lebendgeburten.

Darüber hinaus wird die ICD im großen Umfang von halbstaatlichen oder z.T. staatlich in ihrer Arbeit beeinflussten Institutionen wie den Krankenkassen mit ihrer Krankheitsartenstatistik, der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, den Landesversicherungsanstalten, den Berufsgenossenschaften usw. genutzt.

2.2 Herausgabe, Pflege oder Akkreditierung von noch nicht amtlichen Schlüsselverzeichnissen

Diese Arbeit soll möglichst in Kooperation mit allen deutschsprachigen Ländern geleistet werden und betrifft z.B.:

- Eine verbindliche deutschsprachige ICD-Ausgabe, evtl. unter Berücksichtigung der krankenhausbezo-genen Belange ähnlich wie bei der amerikanischen ICD-9-CM (CM = Clinical Modifikation) [4], was angesichts der 1993 zur internationalen Einführung vorgesehenen ICD-10 besonders wichtig ist. Auch eine Taschenbuchausgabe der ICD, ähnlich der für die ICD-9 in der DDR und der Schweiz, wäre sinnvoll.
- Eine deutschsprachige Version der International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) [5], die von der WHO als Ergänzungsklassifikation zur ICD herausgegeben wird und z.B. zur Qualitätssicherung und vergleichenden Beschreibung der Leistungen und Anforderungen an Rehabilitationsmaßnahmen benötigt wird.
- Eine verbindliche deutsche Klassifikation für therapeutische und diagnostische Verfahren, besonders für Operationen, die die teuersten Leistungen darstellen. Als Orientierung dafür können die ICPM der WHO [6], die Prozeduren-Klassifikation der amerikanischen ICD-9-CM [4], der Schweizerische Operationsschlüssel der VESKA, die P-Facette von SNOMED [7], der Operative Therapie-schlüssel von Scheibe [8], DKG-NT, GÖA, BMÄ/E-GO usw. dienen. Diesbezügliche Forschungsergebnisse und Standardisierungsbemühungen innerhalb der EG sind zu beachten, so z.B. aus dem AIM-SESAME-Projekt (Advanced Informatics in Medicine, Standardization in Europe on Semantical Aspects of Medicine) [9].
- Eine aktuelle und verbindliche Referenzliste klassifizierter Diagnostexte (validierter Thesaurus von nach der ICD-9 vier- bis fünfstellig verschlüsselten

- ↳ Diagnostexten) sowie klassifizierter diagnostischer und therapeutischer
- ↳ Verfahren (Prozedurenthesaurus mit Klassifikation).
- Eine deutschsprachige Version der neuen International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O) [10], die eine ergänzte und verbesserte Klassifikation der Malignome darstellt und die Notation der ICD-10 für diese Erkrankungen vorwegnimmt. Der neuen ICD-O sind auch der Tumorlokalisierungsschlüssel und die TNM-Klassifikation maligner Tumoren anzupassen.
- Weitere medizinische Klassifikationen und Nomenklaturen wie z.B. SNOMED sowie solche für Arzneimittel, Arzneimittelnebenwirkungen, anatomische Begriffe, chirurgische Lokalisationsbezeichnungen usw.

2.3 Kontakte zu anderen nationalen und internationalen Klassifikationszentren und zugehörigen Organisationen

Zwecks internationaler Vergleichbarkeit und effizienter Koordinierung (Vermeidung von Doppelarbeit, Beachtung von Standards) hat sich das deutsche Klassifikationszentrum mit den Zentren anderer Länder, besonders in Europa, und den übergeordneten Organisationen abzustimmen. Die bestehende Zusammenarbeit mit der WHO als Herausgeber der wichtigsten Klassifikation, der ICD, und ihren vielfältigen anderen Funktionen ist zu intensivieren.

In einem weiteren Schritt ist das Klassifikationszentrum für Aufgaben im gesamten deutschsprachigen Raum zu entwickeln, bei dem neben der Schweiz und Österreich auch deutsche Sprachgruppen z.B. in Ostbelgien, Luxemburg, Dänemark usw. zu berücksichtigen sind. Dies entspräche dem Deutschen als Amtssprache in der WHO-Europaregion. Im Gegensatz zu vielen anderen Sprachen und sogar zu finanziell schwachen Sprachbereichen (Portugiesisch, Chinesisch) gibt es leider bisher für das Deutsche kein WHO Collaborating Centre, wie es entsprechend den WHO-Empfehlungen für die einzelnen Sprachräume aufzubauen wäre. So ist z.B. das "WHO Collaborating Center for the Classification of Diseases for North America" zusammen mit dem US "National Center for Health Statistics" der "Centers for Diseases Control" dem US Department of Health and Human Services zugeordnet. Für Großbritannien ist das "WHO Collaborating

Centre for the Classification of Diseases" dem "Office of Population Censuses and Surveys" in London angegliedert, und 1990 ist das "National Health Service Centre for Coding and Classification" beim "Department of Health Services" gegründet worden. In den Niederlanden gibt es bereits seit 1974 eine ähnliche Organisationsform, die "Werkgroep Classificatie en Coderingen (WCC)" beim "Nationale Raad voor de Volksgezondheit", die u.a. gleichzeitig als WHO Collaborating Centre für die ICDH arbeitet.

Das deutsche Klassifikationszentrum hat darüber hinaus Kontakte zu internationalen medizinischen Fachgesellschaften und Standardisierungsgruppen wie IMIA (International Medical Informatics Association), EFMI (European Federation of Medical Informatics), EWOS (European Workshop for Open Systems), CEN/TC 251 (Comité Européen de Normalisation, Technical Committee on Medical Informatics) usw. pflegen.

Weiter ist eine Abstimmung mit übergeordneten bzw. nicht ausschließlich medizinischen Standardisierungsstellen wie dem DIN-Institut in Berlin, dem CEN/CENELEC in Brüssel, INFOTERM in Wien, ISO in Genf, ANSI in USA usw. zu leisten.

2.4 Bereitstellung von Kodierhilfen, Anleitungen und Zuordnungssystemen

Es sind an die aktuellen Bedürfnisse der sich ständig wandelnden und verbessernden Erkenntnisse in der Medizin angepasste Anleitungen zur korrekten Begriffsauswahl, Signierung, Indexierung und Kodierung herauszugeben, und es sind Verschlüsselungsschulungen durchzuführen. Kodierhilfen in Form von automatischen Kodierverfahren sind bereitzustellen oder zu vermitteln, und es ist die Qualität von automatischen Kodierverfahren zu prüfen bzw. deren Prüfung zu veranlassen.

Es sind Zuordnungssysteme und Umsetztabelle zwischen verschiedenen Klassifikationen zu entwickeln, laufend neuen Gegebenheiten anzupassen, Abstimmungs- und Freigabeverfahren zu koordinieren usw. Hierbei ist z.B. auch die medizini-

sche Terminologie-Matrix zu berücksichtigen, die im weltweit arbeitenden UMIS Projekt (Universal Medical Information Service) [11] entsteht und für das explizit die Mitarbeit der Regierungen erbeten ist, oder das UMLS Projekt (Unified Medical Language System) [12], [13] der US National Library of Medicine.

2.5 Arbeit als Referenzstelle und Koordinationszentrum

Die verbindliche Verschlüsselung neuer Krankheiten und die Klärung strittiger Kodierungen ist anhand standardisierter Regeln und Referenzlisten zu leisten. In diesem Sinne hat das Klassifikationszentrum als verantwortliche Institution und darüber hinaus auch bei entsprechender Beratung durch Spezialisten und Organisationen als fachkompetente Referenzstelle (Clearing House) zu arbeiten. Dabei sollte sich das Klassifikationszentrum auch an den Thesauren und klassifizierten Begriffssammlungen orientieren, die bei den Krankenversicherungen, Rentenversicherungen, Berufsgenossenschaften usw. geführt werden. Es sind wissenschaftliche Erkenntnisse, die z.B. zur Aufgliederung eines Begriffs oder zur Zusammenführung verschiedener Begriffe zu einem einzigen führen, zu berücksichtigen. Diese Referenzstelle darf nicht nur konservierend arbeiten, sondern sie muß auch neue medizinische Erkenntnisse und praktische Gepflogenheiten aufgreifen können.

Das Klassifikationszentrum muß nicht alle Standardisierungsarbeiten selbst leisten, sondern kann sich auch entsprechender Arbeiten anderer Stellen bedienen und dafür nach Prüfung amtliche Zertifikate oder Empfehlungen ausgeben.

Insgesamt hat das Klassifikationszentrum als Kontaktstelle, Ansprechpartner und Koordinierungszentrum für möglichst alle Fragen der medizinischen Terminologie und Klassifikation zu fungieren. Dafür ist die Nutzung moderner Informationstechnologien unabdingbar, um schnell und effizient z.B. per BTX, Electronic Mail, Hot Line, Telefonservice usw. Anfragen klären und Hilfen bieten zu können.

2.6 Mitarbeit an Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitswesens

Über die eng an Gesetze und Verordnungen gebundenen Aktivitäten hinaus wäre in einem Klassifikationszentrum für medizinische Begriffe auch die Unterstützung großer gesundheits- und sozialpolitischer Vorhaben zu nennen, die sich speziell um die Behebung von Informationsdefiziten und um die Planung von strukturverbessernden Maßnahmen bemühen. Hier ist an erster und besonders aktueller Stelle die nomenklatorische und klassifikatorische Zuarbeit zur Gesundheitsberichterstattung zu erwähnen, die keineswegs nur freitextlich umschreibend, sondern in vielen Teilbereichen nach einer international standardisierten medizinischen Terminologie den Gesundheitszustand der Bevölkerung, deren Krankheiten und die zugehörigen Einflußgrößen darzustellen hat. Eine weitere, gerade in jüngster Zeit besonders engagiert verfolgte Aufbauarbeit und Förderung wird für den Bereich Public Health und Epidemiologie in Deutschland geleistet, der gegenüber den angelsächsischen und skandinavischen Ländern in der Bundesrepublik Deutschland gerade auch unter dem Aspekt medizinischer Klassifikationen unterentwickelt ist. Wenn es Ziel der Gesundheitspolitik und Aufgabe eines öffentlichen Gesundheitswesens ist, die Gesundheit der Bevölkerung unter Beachtung wirtschaftlicher Rahmenbedingungen zu fördern, bestmöglich zu erhalten und wiederherzustellen, dann werden für alle entscheidenden Fragen in diesem Bereich in großem und differenziertem Umfang medizinische Basisdaten nicht nur für eine Beschreibung und Analyse, sondern auch als gesundheitspolitische Entscheidungshilfe benötigt. Wissen über Leistungsfähigkeit, Anforderungsprofil, Qualität und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens benötigt aber auch eine strukturierende Ordnung, die mittels medizinischer Klassifikationen erzielt werden kann.

3. Aufbau und Organisation des Klassifikationszentrums

3.1 Bundesinteresse am Klassifikationszentrum

Die Medizin als Wissenschaft und praktisches Arbeitsgebiet des Gesundheitswesens, die Semantik der deutschen Sprache oder der Gesundheitszustand der

Bevölkerung aus übergreifender epidemiologischer oder sozialmedizinischer Sicht sind nicht an Grenzen von Bundesländern, ja oft noch nicht einmal an nationale Grenzen gebunden. Wegen der über die Bundesrepublik weit hinausreichende Breite des deutschen Sprachraums und der dringend notwendigen Kontakte zu anderen Sprachräumen und zu übergeordneten Organisationen, z.B. der WHO, ist die Kompetenz des Bundes für ein Klassifikationszentrum unbedingt anzustreben. Das Bundesinteresse resultiert außerdem aus den EG-Empfehlungen z.B. zu Krankenhausstatistik und Minimum Basic Data Set [14].

3.2 Funktionen von DIMDI (Köln) und ISD (Ost-Berlin)

Als nachgeordnete Dienststelle des BMJFFG arbeitet das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in Köln seit vielen Jahren auch in einigen wenigen Funktionen als Schlüsselsekretariat für Fragen der medizinischen Klassifikation, insbesondere der ICD. Die vielen übrigen Aufgaben eines solchen Klassifikationszentrums, wie sie z.B. vom National Center for Health Statistics bei den Centers for Diseases Control in den USA bearbeitet werden oder zum Teil von einer Arbeitsgruppe im Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung (ISD) in Berlin/DDR abgedeckt wurden, werden leider bei uns in der Bundesrepublik bisher nicht verfolgt. Diese Ost-Berliner Arbeitsgruppe könnte zusammen mit DIMDI und nach entsprechendem Ausbau ein medizinisches Klassifikationszentrum für ganz Deutschland bilden. Aus Sicht der GMDS ist ein rascher Aufbau eines solchen Zentrums, das mit hinreichender Infrastruktur (Personen, Räume, EDV-Ausstattung usw.), fachlicher Kompetenz und amtlicher Zuständigkeit zentrale Aufgaben der medizinischen Klassifikation und Terminologie vordringlich wahrnimmt. DIMDI bietet hierfür mit seiner Hard- und Softwareausstattung gute Voraussetzungen.

3.3 Mitwirkung externer Experten, Anwender und Nutzer medizinischer Klassifikationen

Die fachliche Arbeit eines solchen Zentrums soll sich bei der Entwicklung von Klassifikationen aber wesentlich auf externe Experten aus Medizin und Medizinischer Informatik stützen und die Interessen der Klassifikationsanwender und der

auswertenden Nutzer angemessen berücksichtigen.

Für eine wissenschaftliche Beratung sowohl vor der Gründung als auch im laufenden Betrieb des Klassifikationszentrums wird nicht nur eine Kontaktaufnahme, sondern eine möglichst enge Mitarbeit wissenschaftlicher Gesellschaften und Institutionen, vor allem über die AWMF (Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften), benötigt. Die Bildung von Fachgruppen am Klassifikationszentrum, ähnlich wie es sie für das Bundesgesundheitsamt gibt, ist am besten über die AWMF zu koordinieren.

Im Rahmen der Tätigkeiten des Klassifikationszentrums ist die GMDS durch Benennung einzelner Fachwissenschaftler, z.B. als Mitglieder für einen wissenschaftlichen Beirat oder für Fachgruppen, bereit, das Klassifikationszentrum zu beraten und Empfehlungen für dessen Arbeit vorzuschlagen. Da die GMDS fachgebietsübergreifend und mit Methoden der Informatik und Statistik für alle medizinischen Gebiete und das gesamte Gesundheitswesen aktiv ist, liefert sie einen besonderen Beitrag zu den zentralen Koordinierungs- und Standardisierungsfunktionen des Klassifikationszentrums. Zu grundsätzlichen Fragen wird sich das GMDS-Präsidium äußern, zu einzelnen Aufgaben, wie kontinuierlicher Beratung oder Gutachten, wird die GMDS einzelne Wissenschaftler aus den eigenen Reihen, aber auch aus anderen Fachrichtungen vorschlagen oder benennen. Die GMDS macht aufgrund ihrer besonderen Kompetenz für medizinische Klassifikationsfragen Vorschläge im Interesse einer umfassenden praktischen und wissenschaftlichen Nutzung solcher Klassifikationen.

Ein Klassifikationszentrum für medizinische Begriffe muß sich an neuen medizinischen Erkenntnissen und Handlungsweisen orientieren und sowohl tradierte als auch neugeschaffene oder aus anderen Sprachen übernommene Bezeichnungen kompetent bearbeiten können. Hierfür ist zumindest die temporäre Mitarbeit von wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, besonders aus den verschiedenen Gebieten nach der ärztlichen Weiterbildungsordnung, notwendig. Es ist nicht nur nötig, formal korrekt konstruierte Schlüsselssysteme, Nomenklaturen

usw. in der Medizin aufzubauen, sondern auch praktikable und von anerkannten medizinischen Sachverständigen empfohlene Lösungen zu präsentieren.

4. Arbeitsmethode des Klassifikationszentrums

Die Arbeitsweise des Klassifikationszentrums hat sich zunächst an den bisherigen Methoden und Abläufen, die allerdings kritisch analysiert werden müssen, von den entsprechenden Stellen beim DIMDI und ISD zu orientieren. Ergänzend sind aber die sehr erfolgreichen und effizienten Arbeitskonzepte ausländischer Klassifikationszentren zu berücksichtigen. Diese sollten in einer umfassenden Bestandsaufnahme erhoben und beurteilt und auf ihre Eignung für deutsche Verhältnisse geprüft werden. Ohne einer solchen wissenschaftlichen Evaluation vorgreifen zu wollen, kann jetzt schon festgestellt werden, daß das im Abschnitt 2.3 erwähnte medizinische Klassifikationszentrum der Niederlande (WCC) sehr gute und praktisch bewährte Arbeitskonzepte entwickelt hat, die auch für ein deutsches Klassifikationszentrum nützliche Anregungen bieten.

Da eine besonders wichtige und schwierige Aufgabe des Klassifikationszentrums die Entwicklung und Einführung neuer Klassifikationsstandards ist, sollen hierfür in Anlehnung an die Arbeitsweise des holländischen Klassifikationszentrums Vorschläge gemacht werden:

Zunächst sind für jede neue Klassifikation Voruntersuchungen vom Klassifikationszentrum zu leisten, und es ist eine Klassifikationsentwicklungsgruppe zu bilden, die mit Vertretern der von der Klassifikation betroffenen Anwender und Nutzer besetzt wird und vom Klassifikationszentrum sekretariatsmäßig unterstützt wird. Eine solche Gruppe sollte alle Standardisierungsvorschläge am Nutzen für alle Beteiligten und an deren freiwilliger Mitarbeit orientieren. Außerdem sind Experten für Methoden der Klassifikation zu beteiligen. Die Entwicklung von medizinischen Klassifikationen und Terminologiestandards verläuft dann nach folgendem 5-Phasen-Modell:

1. **Nachfragephase** (Definition und Begrenzung des Anwen-

dungsgebiets der Klassifikation/Terminologie, Klärung der Standardisierungsarbeit in den vorgesehenen Nutzungsbereichen, Durchführbarkeitsstudie, Detailplan).

2. **Entwurfsphase** (Erstellung eines vorläufigen Standards, Definition der Voraussetzungen für die Kommentarchase).
3. **Komentarchase** (Verteilung des Entwurfsstandards an Experten, künftige Anwender und Nutzer, Sammlung und Bearbeitung von deren Kommentaren, Entwicklung eines Zwischenstandards, Planung der Formalisierungsphase).
4. **Formalisierungsphase** (Eignungstest des Zwischenstandards, Erstellung des definitiven Standards auf der Basis der Testergebnisse, Evaluierung der bisherigen Entwicklungsarbeiten, Planung der Produktions-, Nutzungs- und Wartungsphase).
5. **Produktions-, Nutzungs- und Wartungsphase** (Publikation und Verteilung des definitiven Standards inklusive zugehöriger Informationen, Analyse der Kritik am definitiven Standard und an konkurrierenden Informationen und Definitionen, Herausgabe von kompatiblen Adaptationen zum definitiven Standard und von Korrekturen, Veränderungen, Ergänzungen für nachfolgende Versionen usw.).

Diese Phasen sind bei der Entwicklung und Einführung neuer Klassifikationen den jeweiligen Gegebenheiten entsprechend anzuwenden. Beispielsweise wird der konkrete Ablauf bei der für 1993 erwarteten Einführung der ICD-10 wesentlich verkürzt sein, da grundsätzliche Fragen international und national bereits geklärt sind.

5. Schlußbemerkung

Die GMDS hofft, mit diesem Memorandum einen Beitrag zur Entscheidung über den Aufbau eines deutschen medizinischen Klassifikationszentrums leisten zu können und erste Konzepte zu dessen Aufgaben und Arbeitsweise zu geben.

Die GMDS begrüßt, daß auf Basis der DDR-Übersetzung in Abstimmung mit der Schweiz und Österreich die ICD-10 in Kürze an die Fachgesellschaften und Spezialisten zur Stellungnahme verschickt werden kann. Sie erwartet aber auch möglichst bald die Vergabe von Forschungsprojekten, die über die ICD-10 hinaus z.B. die deutschsprachigen Prozedurenklassifikationen besonders für Operationen behandeln.

Dieses Memorandum, das im ersten Entwurf einige Monate vor dem Beginn des deutsch-deutschen Einigungsprozesses entstanden ist, mußte insbesondere aufgrund dieser Entwicklung mehrfach revidiert werden, wodurch sich seine Erstellung verzögert hat. Durch die nun recht konkreten Möglichkeiten der Einbindung der Ost-Berliner Arbeitsgruppe für medizinische Klassifikationen in ein für das vereinte Deutschland zuständiges Klassifikationszentrum können aber dessen Ziele insgesamt besser als zuvor erreicht werden, da die langjährigen fachlichen Erfahrungen mit medizinischen Klassifikationsstandards in der DDR direkt mitgenutzt werden können. Somit kann dieses Memorandum auch als ein kleiner Schritt zur dringend notwendigen praktischen und wissenschaftlichen Kooperation mit den Kollegen und Kolleginnen aus der ehemaligen DDR verstanden werden.

6. Literatur

- [1] Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD) in der Fassung der vom Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit herausgegebenen 9. Revision. Köln, Stuttgart, Berlin, Mainz: Kohlhammer, Band I Teil A: Systematisches Verzeichnis der Dreistelligen Allgemeinen Systematik und der Vierstelligen Ausführlichen Systematik. 1986. IX, 605 S. 2. Aufl. 1988.
Band I Teil B: Zusätzliche Systematiken und Klassifizierungsregeln. 1987., IX, 296 S.;
Band II: Alphabetisches Verzeichnis. 1986. VII, 718 S. 2. Aufl. 1988.
- [2] Klar, R., Graubner, B., Ehlers, C.-Th.: Leitfaden zur Erstellung der Diagnosenstatistik nach § 16 Bundespflegesatzverordnung. 2., verbesserte Aufl. Hrsg: Bundesminister f. Arbeit und Sozialordnung. Forschungsbericht Gesundheitsforschung Nr. 135, Bonn, 1988, oder [1] Bd. I Teil A, 651-762.

- [3] Empfehlungen zur Dokumentation und Auswertung von Diagnosen in Krankenhäusern. Hrsg. von E. Wilde. Stuttgart, New York: Schattauer. 1986. 17 S. (Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik e.V. Heft 8).
- [4] The International Classification of Diseases. 9th Revision. Clinical Modification. ICD-9-CM 3rd Edition. 1988, revised 1989. Ed. by The US Depart. of Health and Human Services (DHHS). Public Health Services (PHS) - Health Care Financing Administration (HCFA) Washington: PHS
 Vol. 1: Diseases: Tabular List XXVI, 1186 S.
 Vol. 2: Diseases: Alphabetic Index. XI,m 910 S.
 Vol. 3: Diseases: Tabular List and Alphabetic Index XXIX, 519 S.
- [5] The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). A manual of classification relating to the consequences of diseases. Published for trial purposes. Geneva, WHO 1980, 207 S.
- [6] International Classification of Procedures in Medicine. Published for trial purposes in accordance with resolution WHA29.35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976. Geneva: WHO. 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.
- [7] SNOMED. Systematisierte Nomenklatur der Medizin. Herausgeber der amerikanischen Ausgabe R.A. Côté. Deutsche Ausgabe bearbeitet und adaptiert von F.Wingert. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer 1984. Band 1: Numerischer Index, 754 S., Band 2: Alphabetischer Index, 1225 S.
- [8] Operativer Therapieschlüssel. Zusammengestellt von O.Scheibe. 2. Aufl., Stand 1.2.1990, Hrsg. Arbeitskreis Chirurgie der GMDS, Vorsitzender R.Thurmayer Selbstverlag. 83 S.
- [9] Deliverables 1-22. des AIM-Projektes A 1031 "SESAME", 1989/90. Erhältlich beim Projektleiter Dr. de Vries-Robbé, P.O.Box 30.001, NL-9700 RB Groningen.
- [10] International Classification of Diseases for Oncology. 2nd Edition. Ed. by Percy, C., van Holten, V., Muir, C., Geneva: WHO 1990
- [11] Walker,D.: UMIS, Universal Medical Information Service - History and Progress. In: Proceedings MEDINFO 89. Amsterdam: North Holland 1989, Vol.2, 790-94.
- [12] Tuttle, M., Sheretz, D., Erlbaum, M., Olson, N., Nelson, S.: Implementing

Meta-1, the First Version of the UMLS Metathesaurus. Proceedings SCAMC 1989. Washington: IEEE Comp. Soc. Press 1989, 483-87.

- [13] McCray, A.: The UMLS Semantic Network, Proceedings SCAMC 1989. Washington: IEEE Comp. Soc. Press 1989, 503-505.
- [14] Lambert, P.M., Roger, F.H. (eds.): Hospital Statistics in Europe. Proceedings of the Workshop on Hospital Statistics for Population- Based Health Care and Epidemiology: Role of the Minimum Basic Data Set. Brussels, Belgium, 9-11 September 1981. Amsterdam: North-Holland 192, 200 S.