

Basiswissen Kodieren

Eine kurze Einführung in die Anwendung
von ICD-10-GM und OPS

herausgegeben vom DIMDI

Basiswissen Kodieren

Eine kurze Einführung in die Anwendung von ICD-10-GM und OPS

Herausgegeben vom
Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information
(DIMDI)

**Basiswissen Kodieren –
Eine kurze Einführung in die Anwendung von ICD-10-GM und OPS**

Überarbeitete Neuauflage
Stand 2010

DIMDI
Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation
und Information
Medizinische Klassifikationen
Waisenhausgasse 36-38a
50676 Köln
+49 221 4724-524
klassi@dimdi.de
www.dimdi.de

Copyright: DIMDI, Köln 2010 Alle Rechte vorbehalten.

1. EINLEITUNG	4
2. WAS BRAUCHT MAN ZUM KODIEREN?	5
2.1 ICD-10-GM	6
Das Systematische Verzeichnis der ICD-10-GM	6
Der Aufbau eines ICD-Kodes.....	8
Unterschiede in der Anwendung: stationär vs. ambulant.....	13
Das Alphabetische Verzeichnis zur ICD-10-GM	14
2.2 OPS	16
Das Systematische Verzeichnis zum OPS	16
Der Aufbau eines OPS-Kodes	18
Das Alphabetische Verzeichnis zum OPS	21
3. DIE ANWENDUNG DER KLASSIFIKATIONEN.....	24
4. HINTERGRUNDWISSEN ZU DEN KLASSIFIKATIONEN ..	31
4.1 Die Entstehung von ICD und OPS	31
4.2 Klassifikationen der WHO im Gesundheitswesen.....	34
5. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	36
6. REFERENZLISTE	37

1. Einleitung

Angesichts der komplexen Strukturen und des stetig zunehmenden Dokumentationsaufwands im Krankenhaus wird es für Ärztinnen und Ärzte immer schwieriger, neben ihren ärztlichen Aufgaben auch den administrativen Anforderungen gerecht zu werden.

Insbesondere die Verschlüsselung von Krankheiten (Diagnosen) und Behandlungsverfahren (Prozeduren) gewinnt mit Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups) an Bedeutung. Die Verantwortung für die korrekte Verschlüsselung liegt in den Händen der Ärztinnen und Ärzte. Da die zugrunde liegenden Klassifikationen umfangreich und ihre Strukturen komplex sind, bedarf es einer guten Einarbeitung und eines regelmäßigen Trainings der Ärztinnen und Ärzte, um die Gesundheitsdaten regelgerecht zu verschlüsseln und so den Anforderungen an die Kodierqualität zu entsprechen.

Auch medizinische Dokumentare, Assistenten und Pflegekräfte wenden mehr und mehr die hier besprochenen Klassifikationen an. Dabei fällt Personen, die in der Ausbildung nicht mit Klassifikationen konfrontiert worden sind, die Kodierarbeit oft schwer.

Das „Basiswissen Kodieren“ soll Anfängern und wenig geübten Kodieren die komplexen Strukturen der Klassifikationen näherbringen und das Vokabular erklären, das in den Klassifikationen verwendet wird. Sie ist einzig und allein als Einstiegshilfe gedacht und kann ein regelmäßiges Training nicht ersetzen.

Die Klassifikationen finden Sie auf den Internetseiten des DIMDI unter www.dimdi.de – Klassifikationen. Für spezielle Kodierfragen wenden Sie sich bitte per E-Mail an klassi@dimdi.de.

2. Was braucht man zum Kodieren?

Medizinisches Vokabular ist komplex und umfangreich. Es gibt für fast jede Erkrankung, Lokalisation und Behandlungsmethode verschiedene Ausdrücke, die inhaltlich zwar gleichbedeutend sind, aber von verschiedenen Personen nicht unbedingt gleich verstanden oder interpretiert werden. Um die Vielfalt der Bezeichnungen zusammenzuführen und eine standardisierte Gruppierung von Krankheiten und Behandlungen möglich zu machen, hat man in Deutschland zwei Klassifikationen eingeführt, die für Abrechnungszwecke verwendet werden.

Krankheiten (Diagnosen) werden mithilfe der ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) verschlüsselt. Zurzeit wird in Deutschland die 10. Revision der ICD verwendet, angepasst an deutsche Verhältnisse (German Modifikation): **ICD-10-GM**. Mit ihr lassen sich prinzipiell alle Krankheiten, Verdachtsfälle und Zustände abbilden.

Chirurgische Eingriffe und andere Behandlungsverfahren werden mit dem Operationen- und Prozedurenschlüssel **OPS** kodiert.

Kernstück von ICD-10-GM und OPS ist das **Systematische Verzeichnis**; es wird jeweils ergänzt durch ein **Alphabetisches Verzeichnis**.

Beide Klassifikationen sind im Sozialgesetzbuch V gesetzlich verankert. Um die Anwendung dieser beiden Klassifikationen für Abrechnungszwecke näher zu regeln und Zweifelsfälle zu klären, gibt das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) im Auftrag der ärztlichen Selbstverwaltung zu den jeweiligen Versionen von ICD und OPS seit 2002 ein Regelwerk heraus, die **Deutschen Kodierrichtlinien**. Seit 2010 gibt es ergänzend die Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik. Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich sind in Vorbereitung.

Im Folgenden gehen wir auf die Struktur der beiden Klassifikationen näher ein. Natürlich wollen wir nicht verschweigen, dass es noch weitere medizinische Klassifikationen gibt. Da diese aber für den klinischen Alltag von untergeordneter Bedeutung sind, werden sie nur kurz im letzten Teil dieser Broschüre erwähnt.

2.1 ICD-10-GM

Das Systematische Verzeichnis der ICD-10-GM

Eine erste Version der ICD wurde bereits im 19. Jahrhundert als Todesursachenverzeichnis international festgelegt. In Deutschland kam 1986 zum ersten Mal die ICD-9 zur Diagnosenverschlüsselung in Krankenhäusern verpflichtend zur Anwendung. Seit 2004 wird eine „German Modification“, also eine modifizierte deutsche Fassung der ICD-10, angewendet und zurzeit jährlich überarbeitet (Einzelheiten zur Entwicklung der ICD siehe Kapitel 4). Diese ist für den ambulanten und den stationären Bereich gültig. Unterschiede bei der Kodierung in den beiden Bereichen können Sie dem Vorspann zur Systematik der ICD-10-GM entnehmen.

Da die kodierten Daten nicht nur zur Abrechnung in Deutschland verwendbar sein sollen, ist die deutsche Fassung eng an die Fassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) angelehnt, um internationale Vergleiche und Studien zu ermöglichen.

Die Systematik zur ICD-10-GM hat 22 Kapitel. Die Einteilung gründet sich auf Vorschläge, die schon 1855 von William Farr gemacht wurden. Er schlug vor, die Krankheiten anhand von bestimmten Gruppen **systematisch** zu gliedern (s. Kapitel 4.1).

Den Kernbereich bilden die organspezifischen Krankheiten, sie sind – geordnet nach der Lokalisation – in den Kapiteln 3 bis 14 aufgeführt.

Manche Erkrankungen lassen sich keinem spezifischen Organ zuordnen. Ihre Zusammenfassung in bestimmten Kapiteln dient der besseren Übersichtlichkeit der ICD. So sind z.B. alle infektiösen und parasitären Erkrankungen in Kapitel 1 zusammengefasst. Erkrankungen, die im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett entstehen, finden sich in Kapitel 15, angeborene Erkrankungen sind in Kapitel 17 zu suchen und Verletzungen in Kapitel 19.

Die ICD ist sehr umfangreich: Die Version 2010 enthält bereits mehr als 13.300 endständige Codes und die Tendenz ist steigend. Durch den Fortschritt in der Medizin werden Krankheiten zunehmend differenzierter definiert und Ätiologien geklärt.

Die ICD-10 ist in 22 Kapitel unterteilt.

Beschreibung der 22 Kapitel der ICD-10. Den Kernbereich der ICD-10 bilden die organ-spezifischen Kapitel 3-14.

Kapitel	Gliederung	Titel
I	A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
II	C00-D48	Neubildungen
III	D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
IV	E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
V	F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen
VI	G00-G99	Krankheiten des Nervensystems
VII	H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
VIII	H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
IX	I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
X	J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems
XI	K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems
XII	L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
XIII	M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
XIV	N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems
XV	O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
XVI	P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
XVII	Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
XVIII	R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
XIX	S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
XX	V01-Y98	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
XXI	Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
XXII	U00-U99	Schlüsselnummern für besondere Zwecke

Diese Schlüsselnummern finden sich in den Kapiteln.
 Achtung: Nicht jeder Buchstabe ist äquivalent zu einem Kapitel. Manche Kapitel beinhalten mehrere Buchstabenbereiche und einige Buchstaben sind auf mehrere Kapitel verteilt!

Abbildung 1: Kapiteleinteilung in der Systematik der ICD-10-GM

Wichtig ist, dass die Organmanifestation einer Allgemeinerkrankung nicht über die Lokalisation, sondern primär über die Allgemeinerkrankung kodiert werden muss. Hierbei gilt der Grundsatz:

ALLGEMEINKRANKHEIT geht vor ORGANMANIFESTATION!

Beispiel:

Erleidet ein Patient eine Hirnvenenthrombose mit Hirninfarkt, so handelt es sich hierbei um eine organspezifische Krankheit. Den richtigen Kode findet man in Kapitel 9 bei den „Krankheiten des Kreislaufsystems“ mit I63.6 (Hirninfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichteitrig). Handelt es sich jedoch um eine Patientin im Wochenbett, die eine Hirnvenenthrombose erleidet, so findet man den richtigen Kode in Kapitel 15 „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ unter O87.3 (Hirnvenenthrombose im Wochenbett).

Die Kapitel sind in Gruppen, die Gruppen in Kategorien unterteilt. Die dreistelligen Kategorien können weiter ausdifferenziert sein und vier- oder fünfstelligen (Sub)kategorien enthalten. Die Überschriften der Kapitel, Gruppen und (Sub)kategorien werden als Klassentitel bezeichnet.

Der Aufbau eines ICD-Kodes

Eine Krankheit oder eine Gruppe von Erkrankungen wird durch eine Schlüsselnummer (Kode) und einen beschreibenden Text (Klassentitel) bestimmt.

Kodes können durch Zusätze (Klassenattribute) näher erklärt sein:

Inkl.: heißt Inklusivum. Hier finden sich Eigennamen einer Erkrankung oder andere Bezeichnungen (Synonyme), aber auch Sonderformen, die diesem speziellen Kode zuzuordnen sind. Inklusiva sind grundsätzlich nur Beispiele, hier finden sich keine abschließenden Listen. Bei vier- und fünfstelligen Kodes fehlt die Abkürzung Inkl. in der Regel.

Exkl.: heißt Exklusivum. Hier finden sich Informationen, wann ein Code nicht anzuwenden ist oder was ein Code nicht beinhaltet. Ist z.B. bei einer infektiösen Erkrankung eine Erregergruppe anderenorts schon klassifiziert, so wird diese Erregergruppe im Exklusivum für diesen spezifischen Code ausgeschlossen. Hier findet sich dann der zu verwendende Code in Klammern hinter der Bezeichnung.

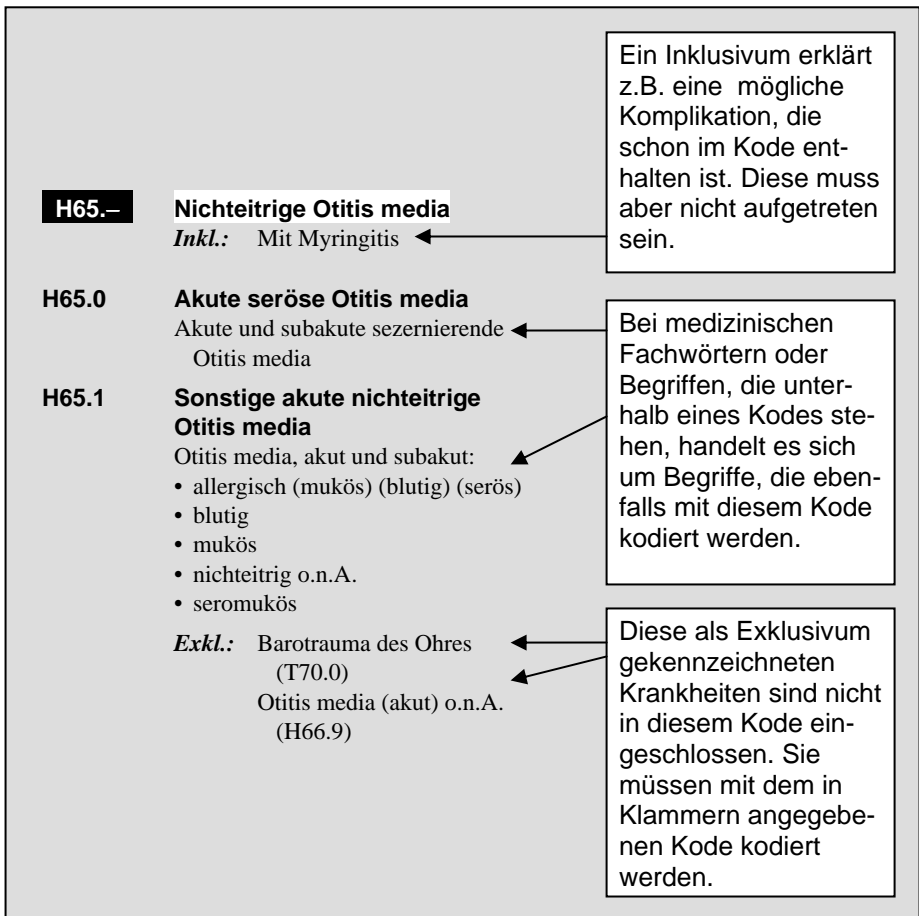


Abbildung 2: Die Bedeutung von Inklusivum und Exklusivum in der ICD-10-GM

Basiswissen Kodieren

Hinw.: heißt Hinweis. Hinweise erklären den entsprechenden Code näher. So findet man hier z.B. eine Erklärung, was die angegebene Dauer einer Erkrankung beinhaltet oder wo man eine nicht genau definierte Form der Erkrankung einordnen sollte.

A09.0 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs

Hinw.: Diese Kategorie ist auch bei sonstiger und nicht näher bezeichneter Gastroenteritis und Kolitis vermutlich infektiösen Ursprungs zu verwenden.

Hinweise sind in der ICD-10-GM selten.

Sie erläutern die Anwendung des Codes näher.

Abbildung 3: Beispiel für Hinweise in der ICD-10-GM

In den meisten Kategorien gibt es eine Subkategorie für eine Restekategorie, deren Text in der Regel mit dem Wort **Sonstige** beginnt. Dieser Restekategorie werden diejenigen Krankheiten zugeordnet, die zwar in den betreffenden Code-Block gehören, für die es dort jedoch keinen spezifischen Einzelcode gibt.

Beispiel:

Ein Patient leidet an einer Keratitis purulenta. Diese Form lässt sich keiner der unter H16 genannten Formen der Keratitis zuordnen. In diesem Fall liegt also eine genaue Diagnose vor, die als „sonstige Form der Keratitis“ H16.8 zuzuordnen ist.

Außerdem gibt es in den meisten Kategorien Codes für die **nicht näher bezeichneten** Erkrankungen. Diese Codes sind zu verwenden, wenn zum Zeitpunkt des Kodierens keine näheren Informationen über die Erkrankung vorliegen.

Beispiel:

Ein Patient hat die Klinik schon verlassen und der behandelnde Arzt ist im Urlaub. Seine Vertretung wird nun aufgefordert, die Akte zu kodieren, findet aber als Diagnose nur den Eintrag Keratitis. Hier muss mit H16.9 kodiert werden, da die Keratitis hier nicht näher bezeichnet ist.

Prinzipiell sollte man versuchen, so spezifisch wie möglich zu kodieren, d.h. möglichst selten **nicht näher bezeichnet** zu verwenden.

A26.–	Erysipeloid	<p>Mit A26.8 kodiert man Formen des Erysipeloids, die nicht A26.0 oder A26.7 zugeordnet werden können. Es gibt also Befunde, die eine Eingruppierung der Krankheit unter die beiden spezifischen Codes ausschließen!</p> <p>Mit A26.9 kodiert man ein Erysipeloid, über das keine näheren Informationen vorliegen und das deshalb nicht zugeordnet werden kann.</p>
A26.0	Haut-Erysipeloid Erythema migrans Schweinerotlauf	
A26.7	Erysipelothrix-Sepsis	
A26.8	Sonstige Formen des Erysipeloids	
A26.9	Erysipeloid, nicht näher bezeichnet	

Abbildung 4:

Restklassen für „sonstige“ und „nicht näher bezeichnete“ Erkrankungen

Und dann ist da noch das **Kreuz-Stern-System**: Der **Ätiologiekode** einer Erkrankung wird in der ICD-Kodierung mit einem Kreuz (†) gekennzeichnet und die (Organ)**manifestation** mit einem Stern (*). Hierbei darf ein *-Kode aber nie alleine verwendet werden. Der †-Kode ist der Primärkode.

Basiswissen Kodieren

Das heißt, liegt eine Erkrankung vor, die sich an verschiedenen Organen manifestiert, so sollte man die Grunderkrankung mit dem †-Kode kodieren und die einzelnen Manifestationen mit den speziell dafür vorgesehenen *-Kodes. Diese sind in der Systematik am Anfang eines jeden Kapitels aufgezählt.

Dieses Kapitel enthält die folgenden Sternschlüsselnummern:

- E35* Störungen der endokrinen Drüsen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
- E90* Ernährungs- und Stoffwechselstörungen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Abbildung 5:

Hinweis am Anfang von Kapitel 4 auf die in diesem Kapitel vorhandenen *-Kodes

Beispiel:

*Ein gutes Beispiel ist hier die Masernotitis: Bei einem Patienten mit Masern, der eine Otitis als Komplikation der Masern entwickelt hat, muss man den Ätiologiekode für Masern verwenden und dahinter das † setzen, denn dabei handelt es sich um die Grundkrankheit. Dazu muss man dann den Kode für „Otitis bei Masern“ verwenden und mit einem * kennzeichnen. Falsch wäre es, hier nur den Kode für Otitis anzugeben, denn dadurch ginge die Information über die eigentlich zugrunde liegende Krankheit verloren (ganz zu schweigen von der Information über den Mehraufwand, der bei Diagnostik und Therapie betrieben werden muss).*

*Korrekt ist also: B05.3† H67.1**

Falsch ist: H65.1

Das Kreuz-Stern-System sollte aber nicht bei Krankheiten angewendet werden, die in keinem ätiologischen Zusammenhang stehen.

Beispiel:

*Erleidet dieser Masern-Patient eine Fraktur, so steht dies nicht in direktem Zusammenhang mit seinen Masern. Hier werden die beiden Codes für die Fraktur und die Masern angegeben, aber ohne † und *.*

Als Sternkodes darf man nur diejenigen Codes verwenden, die in der ICD-10-GM explizit als solche definiert sind. Man kann also Codes nicht beliebig kombinieren und mit Kreuz und Stern versehen. Zulässig ist es hingegen, den Code für eine Grunderkrankung mit einem Kreuz zu ergänzen, wenn für die Krankheitsmanifestation ein passender Sternkode zur Verfügung steht.

Beispiel:

Ein Patient entwickelt als Komplikation seiner idiopathischen Gicht eine Iridozyklitis. Die Grunderkrankung ist also die Gicht, bei Befall mehrerer Lokalisationen zu kodieren mit M10.00. Die Iridozyklitis ist zu kodieren mit H22.1 („Iridozyklitis bei andernorts klassifizierten Krankheiten“). Somit lautet hier die korrekte Kodierung M10.00† H22.1*, obwohl M10.00 in der ICD-10 nicht ausdrücklich mit einem Kreuz versehen ist.*

Manche Codes sind mit einem **Ausrufezeichen (!)** gekennzeichnet. Hierbei handelt es sich um Zusatzcodes, die eine Krankheit näher beschreiben oder deren Schweregrad abgrenzen. Diese Codes dürfen ebenfalls nicht alleine stehen.

Beispiel:

Hat ein Patient eine Fraktur des Oberarmes erlitten, so wird diese mit einem Code aus dem Dreistellerbereich S42 kodiert. Um diese Fraktur näher zu beschreiben (offen/geschlossen, Weichteilschaden etc.), gibt man nun zusätzlich einen speziell für diesen Zweck vorgesehenen Code aus dem Bereich S41.8f an. Dieser Code wird mit einem Ausrufezeichen markiert.

Unterschiede in der Anwendung: stationär vs. ambulant

Seit 2004 gibt es für den stationären und den ambulanten Bereich nur noch eine Fassung der ICD-10-GM. Allerdings sind in der Anwendung Unterschiede zu beachten:

Für den **ambulanten** Bereich gelten zwei Arten von Zusatzkennzeichen:

- Man **kann** die Seite einer Erkrankung durch das Zusatzkennzeichen **R/L/B** angeben. Hierbei steht R für rechts, L für links und B für beidseitig.
- Den Stand der Diagnosesicherheit **muss** man angeben durch ein weiteres Zusatzkennzeichen: **V** für Verdacht auf; **G** für gesicherte Diagnose; **A** für ausgeschlossene Diagnose und **Z** für symptomloser Zustand nach betreffender Diagnose.

Für den **stationären** Bereich gilt:

- Die Seite einer Erkrankung **kann** durch das Zusatzkennzeichen **R/L/B** angegeben werden. Hierbei steht ebenfalls R für rechts, L für links und B für beidseitig.
- Die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (V, G, A und Z) **dürfen** im stationären Bereich **nicht verwendet** werden.

Der Vorspann zur Systematik der ICD-10-GM gibt nähere Erläuterungen zu diesen Unterschieden, die ebenfalls jährlichen Änderungen unterworfen sein können.

Das Alphabetische Verzeichnis zur ICD-10-GM

Das Alphabetische Verzeichnis zur ICD-10-GM wurde schon über viele Jahre sowohl auf internationaler als auch auf nationaler Ebene gepflegt und weiterentwickelt. Dadurch konnte ein Großteil des gängigen medizinischen Wortschatzes integriert werden. Durch die kontrollierte Aufnahme von zusätzlichen Begriffssammlungen entstand ein umfangreiches, alphabetisch sortiertes Vokabular. Bei der Suche nach einem Kode sollte der erste Blick also immer in das Alphabetische Verzeichnis gehen (siehe auch Kapitel 3).

Natürlich lässt sich nicht ausschließen, dass Termini fehlen, seien es neuere Fachbegriffe oder umgangssprachliche Formen. Zur Weiterentwicklung des Verzeichnisses ist das DIMDI jederzeit für Hinweise auf fehlende Begriffe dankbar (klassi@dimdi.de).

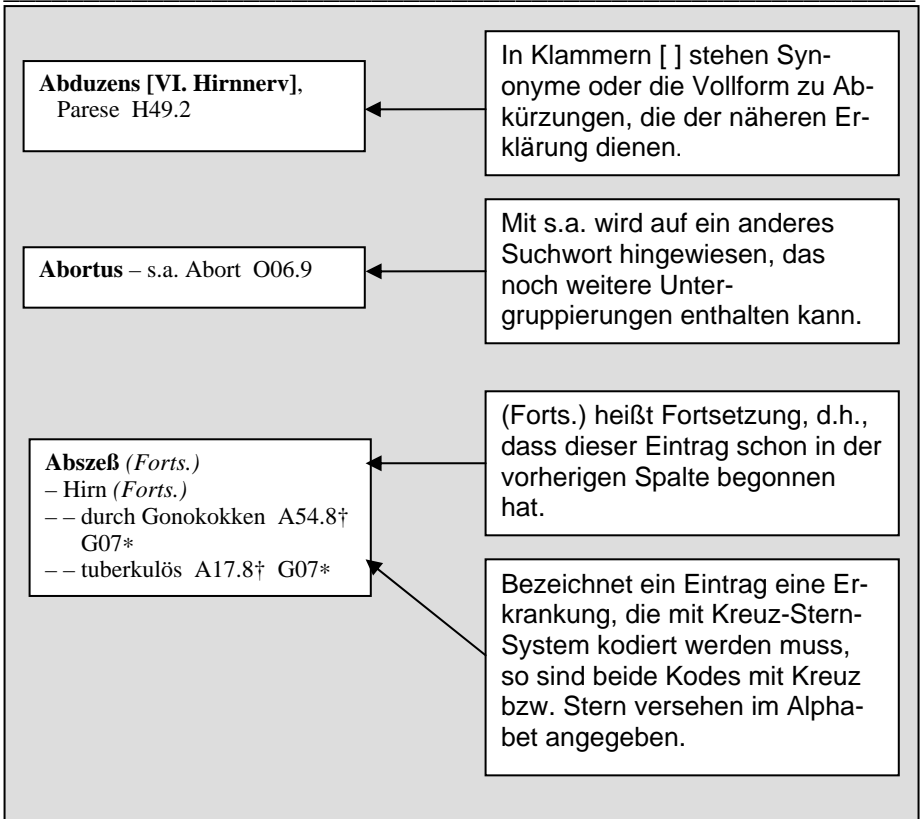


Abbildung 6: Besonderheiten des Alphabetischen Verzeichnisses der ICD-10-GM

2.2 OPS

Das Systematische Verzeichnis zum OPS

Der Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS (bis zur Version 2004 OPS-301 genannt) wurde 1994 erstmalig in Deutschland veröffentlicht. Seine Grundstruktur geht zurück auf die im Jahr 1978 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlichte International Classification of Procedures in Medicine (ICPM).

Da sich Therapieverfahren ständig ändern, manche obsolet werden und andere hinzukommen, wird der OPS zurzeit jährlich überarbeitet.

Generell dient der OPS nicht dazu, jeden Handgriff zu verschlüsseln, der an dem Patienten/der Patientin durchgeführt wird. Vielmehr sollten nur solche Behandlungen verschlüsselt werden, die für sich genommen eine abgeschlossene Maßnahme darstellen und nicht nur Teil einer Prozedur sind. Der postoperative Verbandswechsel ist ein typisches Beispiel einer therapeutischen Maßnahme, die im Kode der durchgeführten Operation bereits enthalten ist und nicht gesondert kodiert werden muss.

Kapitelstruktur: Der OPS ist in 6 Kapitel gegliedert. Die Kapitel 2, 4 und 7, die in der Ursprungsversion der WHO vorhanden waren, sind im OPS derzeit nicht besetzt.

Die einzelnen Kapitel des OPS sind in Gruppen unterteilt, die Gruppen in Kategorien, die Kategorien in bis zu sechsstellige (Sub)kategorien. Die Überschriften der Kapitel, Gruppen und (Sub)kategorien werden als Klassentitel bezeichnet.

Kapitel 1: DIAGNOSTISCHE MASSNAHMEN

In diesem Kapitel finden sich z.B. Biopsien, Katheteruntersuchungen, Funktionstests und diagnostische Endoskopien.

Kapitel 3: BILDGEBENDE DIAGNOSTIK

Wie der Titel schon sagt, sind hier z.B. CT- und MRT-Untersuchungen, endosonographische Verfahren, Szintigraphien, aber auch Gefäßdarstellungen zu finden.

Möchte man also ein diagnostisches Verfahren kodieren, so sollte man in Kapitel 1 oder 3 nach dem passenden Schlüssel suchen.

Kapitel 5: OPERATIONEN

Dies ist mit mehr als 85 % der Codes das umfangreichste Kapitel des OPS. Hier sind alle operativen Prozeduren zusammengefasst. Die meisten der hier beschriebenen Eingriffe finden im Operationssaal unter Narkose statt. Die Untergruppen sind nach der Anatomie geordnet, wobei der Mensch von oben nach unten betrachtet wird. Kapitel 5 beginnt also mit Eingriffen am Kopf.

Kapitel 6: MEDIKAMENTE

In diesem Kapitel werden Medikamente kodiert, teilweise unterteilt nach verabreichten Mengen. Es sind aber nur Medikamente enthalten, die besonders hohe Kosten verursachen und für das Abrechnungssystem G-DRG benötigt werden.

Kapitel 8: NICHTOPERATIVE THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

In diesem Kapitel finden sich Therapien, die keine Operationen im klassischen Sinne sind und teilweise keines Operationssaals bedürfen. So findet man in diesem Kapitel die nuklearmedizinische Therapie, die Lithotrypsie, Fremdkörperentfernung ohne Inzision, perkutan-transluminale Gefäßinterventionen und dergleichen.

Kapitel 9: ERGÄNZENDE MASSNAHMEN

Dieses Kapitel enthält z.B. geburtsbegleitende Maßnahmen. Im Jahr 2010 sind hier auch die Codes für hochaufwendige Pflege und für stationäre Psychotherapie aufgenommen worden.

Gerade in den Kapiteln 8 und 9 dürften auch in Zukunft viele Ergänzungen zu erwarten sein.

Der Aufbau eines OPS-Kodes

Ein OPS-Kode hat maximal sechs Stellen. Die erste Stelle bezeichnet die Kapitelnummer, d.h. sie lautet 1, 3, 5, 6, 8 oder 9. Danach folgt, durch einen Bindestrich getrennt, eine dreistellige Folge aus Ziffern und Buchstaben, die der weiteren Untergliederung dient. Nach der vierten Stelle kann der Kode enden; ist das nicht der Fall, folgen ein Punkt und eine oder zwei weitere alphanumerische Stellen.

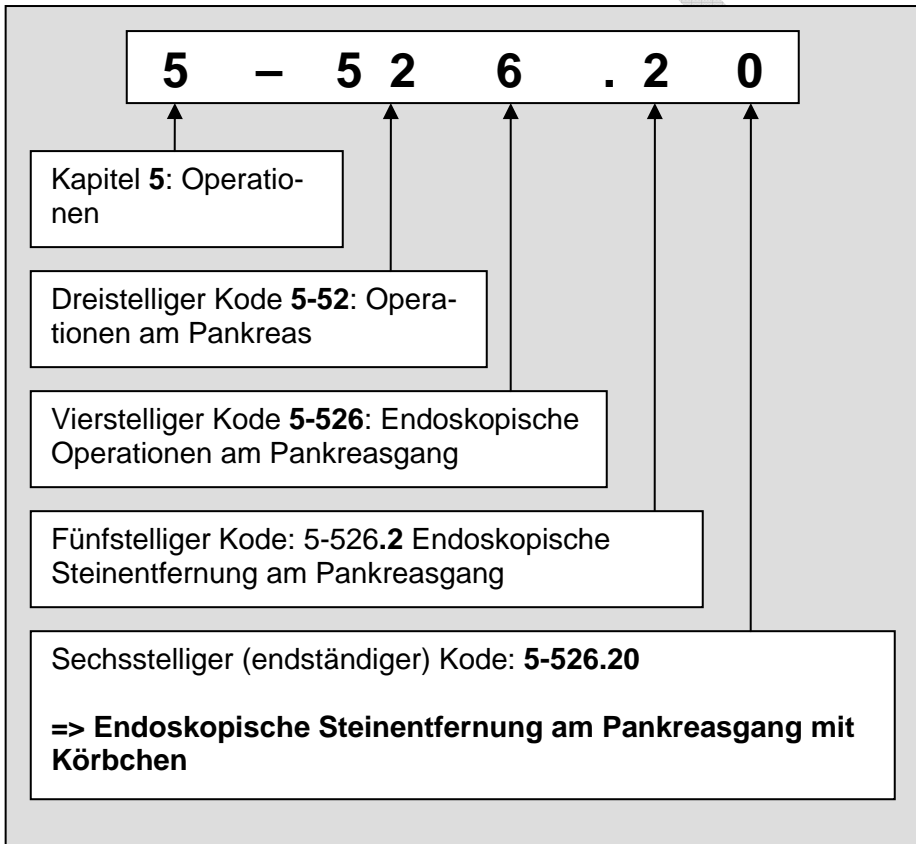


Abbildung 7: Vom Kode zum medizinischen Text, dem Klassentitel

Wie in der ICD gibt es auch im OPS nähere Beschreibungen zu einzelnen Codes. Diese sind nicht bei allen Codes vorhanden:

Exkl.: heißt Exklusivum. Hier stehen Informationen darüber, wann ein Code nicht anzuwenden ist. Manche Codebeschreibung lässt z.B. vermuten, dass auch ein bestimmter Spezialeingriff in den Bereich dieses Codes fällt. Ist dies nicht der Fall, so ist der Spezialeingriff im Exklusivum angegeben. Dann muss für den Spezialeingriff der im Exklusivum in Klammern aufgeführte Code verwendet werden (siehe Abbildung 8).

Inkl.: heißt Inklusivum. Im Gegensatz zum Exklusivum sind hier Teile der Operation beschrieben, die bereits im Code enthalten sind. Auch Eigennamen und andere synonyme Operationsbezeichnungen findet man unter Inkl.

Hinw.: heißt Hinweis. Hinweise erklären den entsprechenden Code näher. Ist z.B. ein Zugangsweg zu einem Operationsfeld in dem Code nicht enthalten, so ist das im Hinweis erwähnt.

Das Zeichen ↔ zeigt an, dass für diesen Code ein **Zusatzkennzeichen** angegeben werden muss. Ab 2005 ist es für so markierte Codes Pflicht, die Seitigkeit anzugeben, d.h. ob eine Prozedur rechts (**R**), links (**L**) oder beidseitig (**B**) durchgeführt wurde. Alle endständigen Codes, für die das Zusatzkennzeichen angegeben werden muss, sind mit diesem Symbol gekennzeichnet.

Ähnlich wie in der ICD gibt es im OPS Resteklassen: Codes, die mit **x** enden, bezeichnen **sonstige** Prozeduren, die zu der Codeüberschrift passen, aber nicht einem spezifischen Code der Gruppe zugeordnet werden können.

Y steht im OPS für **N.n.bez.** (Nicht näher bezeichnet) und ist nur zu verwenden, wenn keine näheren Angaben zu einem Eingriff bekannt sind. Y sollte möglichst nicht verwendet werden!

Basiswissen Kodieren

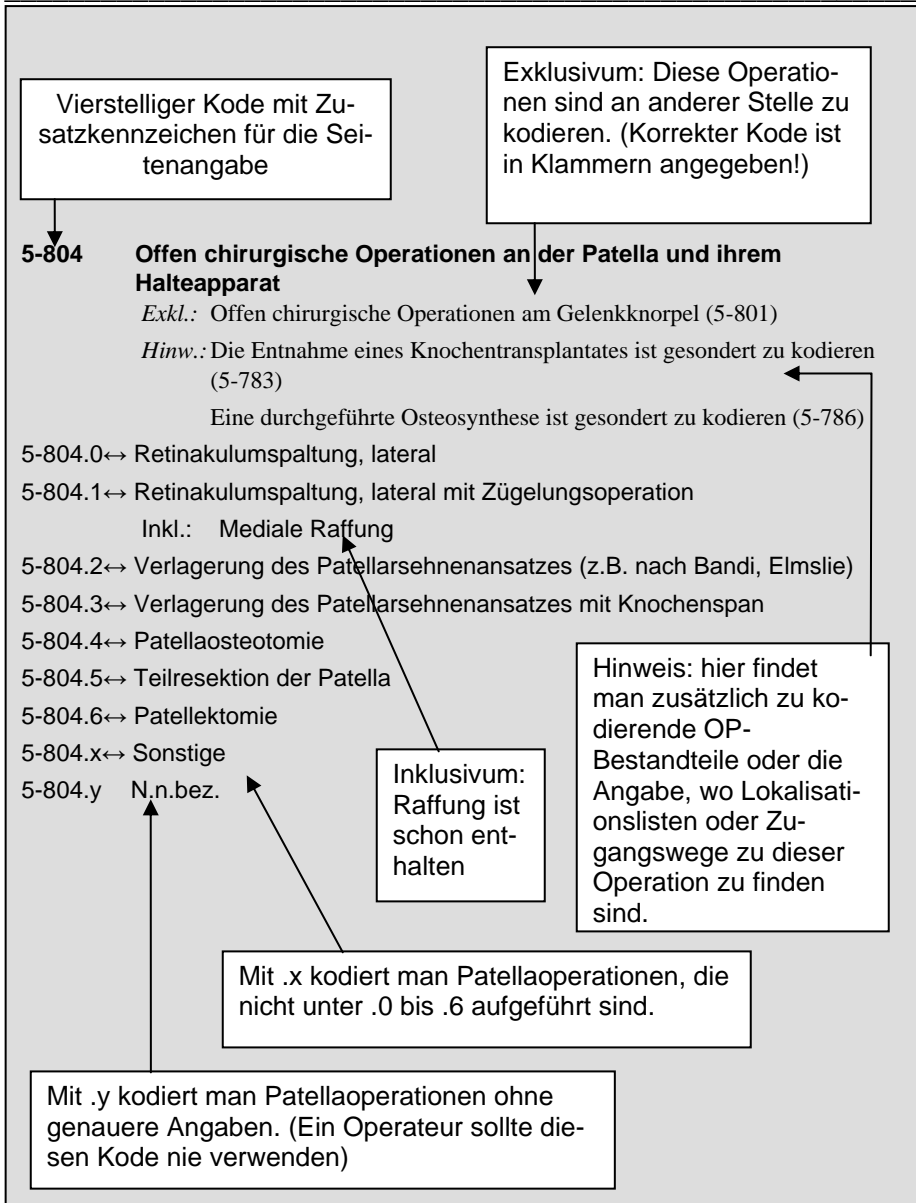


Abbildung 8:
Aufbau eines vierstelligen Codes und seiner fünfstelligen Differenzierungen

Wenn unter einer Überschrift (Klassentitel) Beschreibungen stehen, gelten sie für alle nachfolgenden Codes bis zur nächsten Überschrift auf gleicher Ebene. Es lohnt sich also, beim Nachschlagen im Systematischen Verzeichnis auch die vorherigen Seiten zu betrachten, um den Code wirklich korrekt anwenden zu können.

5-36 **Operationen an den Koronargefäßen**
Exkl.: Operationen bei kongenitalen Gefäßanomalien (5-357)
Hinw.: Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist, sofern
 nicht im Code enthalten, zusätzlich zu kodieren
 (8-851)

Dieses Exklusivum und die Hinweise gelten für alle Codes, die mit 5-36 beginnen. Wenn man dies nicht beachtet, kann es dazu kommen, dass man eine Koronararterien-Transposition unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit 5-363.3 fehlerhaft kodiert anstatt korrekt mit 5-363.3 und 8-851.

Abbildung 9: Für die Kodierung mit vier-, fünf- und sechsstelligen Codes muss man immer auch die Inklusiva, Exklusiva und Hinweise der zugehörigen übergeordneten Dreistellergruppe bzw. des dreistelligen Codes beachten.

Das Alphabetische Verzeichnis zum OPS

Auch zum OPS gibt es ein Alphabetisches Verzeichnis. Um in diesem Alphabetischen Verzeichnis fündig zu werden, sollte man nach der durchgeführten Operation oder der Lokalisation suchen, an der die Operation durchgeführt wurde. Hat man z.B. eine Spalthauttransplantation am Oberarm bei Verbrennung durchgeführt, kann man den passenden Code unter Spalthaut, Transplantation oder Oberarm finden. Man findet ihn hingegen nicht bei Verbrennung, denn das ist eine Diagnose – und Diagnosen kommen im Alphabetischen Verzeichnis des OPS (fast) nicht vor.

Das Alphabetische Verzeichnis enthält zwei Arten von Verweisen. Die Abkürzung **s.** steht für „siehe“ und verweist auf Einträge an anderer Stelle, die dort weiter untergliedert sind.

Diese Verweise werden hauptsächlich eingesetzt, um den Umfang des Verzeichnisses zu reduzieren.

Die Abkürzung **s.a.** steht für siehe auch; hier ist der Eintrag meist mit einem Kode versehen. Dies sind zum großen Teil endständige Codes, die auch an anderer Stelle nicht mehr weiter untergliedert sind. Der Verweis wird an dieser Stelle eingesetzt, um doppeldeutige Abkürzungen zu spezifizieren und Eigennamen zu erklären. Diese Abkürzung wird aber auch verwendet, um auf Listen anderer Einträge hinzuweisen (Bein s.a. Oberschenkel, Unterschenkel ist eingetragen, um auf die ausführlicheren Listen der genaueren Lokalisationen zu verweisen).

Erstmalig ist das Alphabetische Verzeichnis zum OPS mit der Version 2004 erschienen. Es wird jährlich um klinisches Vokabular und Termini technici erweitert, um dem klinischen Sprachgebrauch besser gerecht zu werden. Dennoch wird es immer Begriffe geben, die nicht im Alphabetischen Verzeichnis enthalten sind. Findet man also das gesuchte Wort nicht, so kann man entweder nach einem Synonym suchen oder in die Systematik schauen.

Das DIMDI ist über jeden Hinweis auf fehlende Einträge dankbar (klassi@dimdi.de).

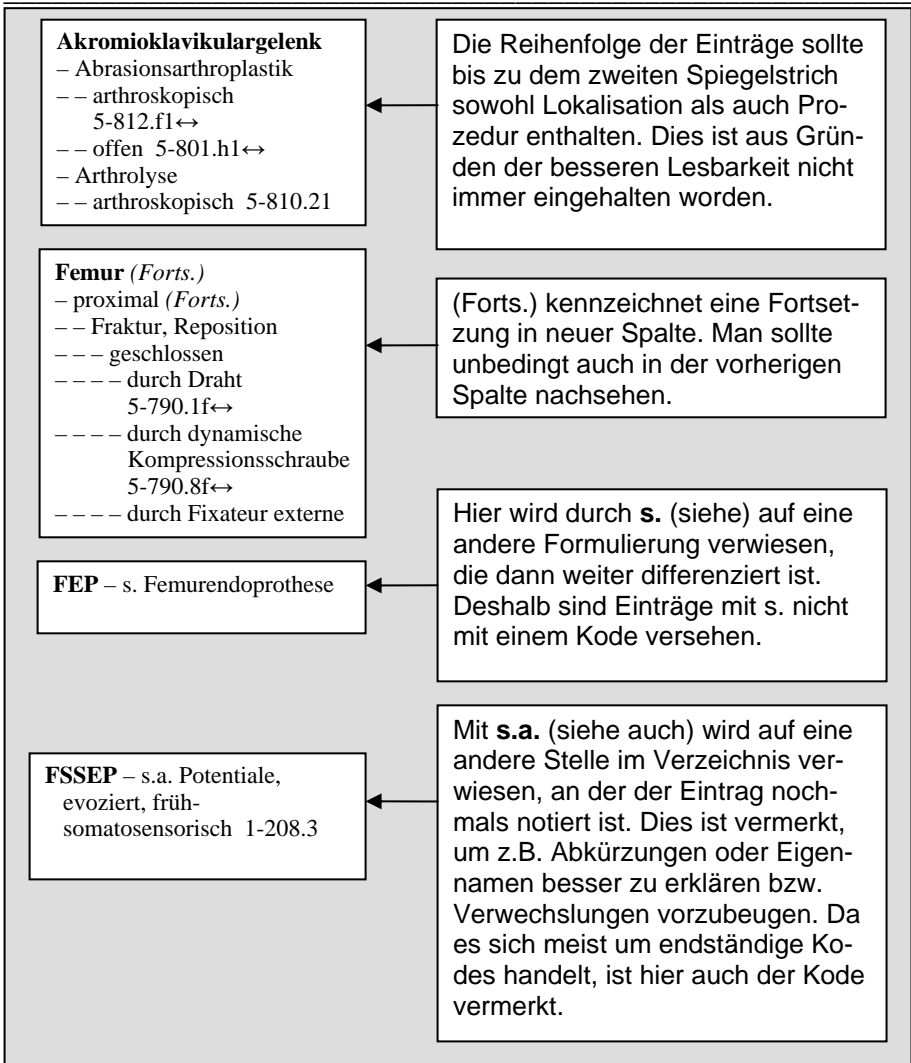


Abbildung 10: Besonderheiten des Alphabetischen Verzeichnisses des OPS

3. Die Anwendung der Klassifikationen

Das vorangegangene Kapitel gab einen Überblick über die beiden abrechnungsrelevanten Klassifikationen ICD-10-GM und OPS. Dennoch ist es hilfreich, ein wenig durch das Systematische Verzeichnis von ICD bzw. OPS zu blättern, bevor man mit dem Kodieren beginnt. Um die Anwendung der beiden Klassifikationen im Krankenhaus deutschlandweit zu vereinheitlichen und Problemfälle zu lösen, gibt das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) jährlich die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) heraus. Erstmals erschienen diese 2001 für das Jahr 2002 und traten am 01.01.2002 zusammen mit den entsprechenden Klassifikationen in Kraft. Seit 2010 gibt es zusätzlich die Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych). Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich sind in Vorbereitung.

Die DKR sind in zwei Bereiche aufgeteilt. Der erste allgemeine Teil erklärt, wie im deutschen DRG-System ICD-10-GM und OPS anzuwenden sind, und gibt einige Definitionen vor. Der zweite Teil ist wesentlich umfangreicher und spezieller und legt Kodierungen für bestimmte Krankheiten und Prozeduren fest. Die DKR-Psych beinhalten nur allgemeine Kodierrichtlinien.

Die Bestimmungen der Kodierrichtlinien können im Einzelfall von den Verschlüsselungsregeln der Klassifikationen abweichen. In solchen Fällen haben die Kodierrichtlinien immer Vorrang!

Für den Einstieg ist es wichtig, einige allgemeine Regeln zu kennen. Da auch die Deutschen Kodierrichtlinien jedes Jahr überarbeitet werden und in der jeweils aktuellen Fassung anzuwenden sind, empfiehlt es sich, die derzeit gültigen Kodierrichtlinien zu lesen, bevor man abrechnungsrelevant kodiert.

Möchte man also z.B. einen stationären Fall kodieren, sollte man folgende Fragen stellen:

1. Weshalb wurde der Patient/die Patientin aufgenommen und hauptsächlich behandelt? (**Hauptdiagnose**)
2. Welche Behandlung dieser Diagnose wurde durchgeführt und ist diese verschlüsselbar? (**Prozedur**)

3. Hatte der Patient/die Patientin noch weitere Erkrankungen, die während des Aufenthalts einer Behandlung bedurften?
(Nebendiagnosen)
4. Gab es zusätzliche Faktoren (z. B. Behinderungen, Funktionseinschränkungen etc.), die die Versorgung des Patienten/der Patientin erschwert haben? (Nebendiagnosen)
5. Hat der Patient/die Patientin noch andere relevante kodierbare Behandlungen erhalten? (weitere Prozeduren)

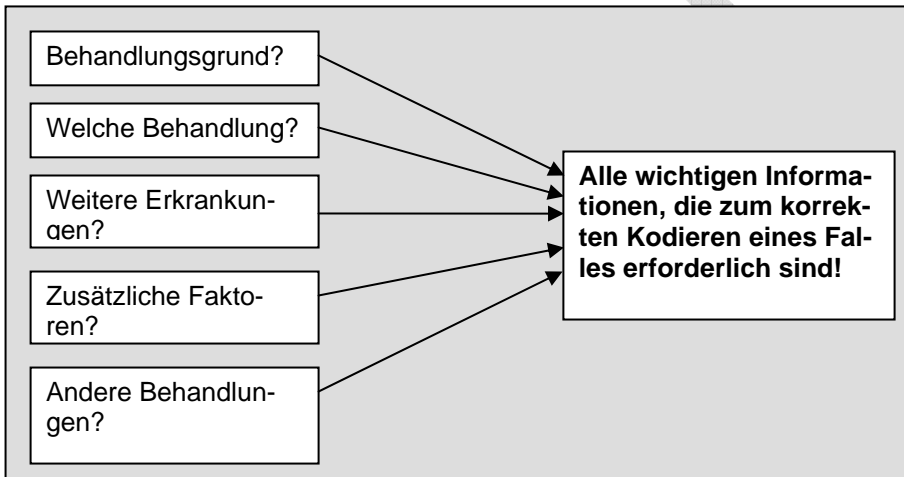


Abbildung 11:

Fünf Fragen, die man vor dem Kodieren eines Falles beantworten sollte.

Durch Beantwortung dieser Fragen gewinnt man alle nötigen Informationen, um korrekt verschlüsseln zu können. Im Folgenden werden diese Fragen näher erläutert:

Zu Frage 1: Weshalb wurde der Patient/die Patientin aufgenommen und hauptsächlich behandelt?

Mit dieser Frage sollte man klären, was die **Hauptdiagnose** des behandelten Patienten bzw. der Patientin ist. Die Deutschen Kodierrichtlinien legen die Definition der Hauptdiagnose fest:

D002f Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose wird definiert als:

Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.

Der Begriff „nach Analyse“ bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes war. Die dabei evaluierten Befunde können Informationen enthalten, die aus der medizinischen und pflegerischen Anamnese, einer psychiatrischen Untersuchung, Konsultationen von Spezialisten, einer körperlicher Untersuchung, diagnostischen Tests oder Prozeduren, chirurgischen Eingriffen und pathologischen oder radiologischen Untersuchungen gewonnen wurden. Für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung eingehen, sind für die Kodierung heranzuziehen.

Die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose muss nicht der Aufnahme- oder Einweisungsdiagnose entsprechen.

Abbildung 12: Kodierrichtlinie zur Definition der Hauptdiagnose aus den Deutschen Kodierrichtlinien 2010

Zu Frage 2: Welche Behandlung dieser Diagnose wurde durchgeführt und ist diese verschlüsselbar?

Mit dieser Frage versucht man zu klären, was die wichtigste Maßnahme war, die an dem Patienten/der Patientin durchgeführt wurde. Es gibt aber auch Erkrankungen, bei denen keine Prozedur oder Operation durchgeführt wird. Diese Frage muss also nicht unbedingt eine Antwort haben! Zur Definition einer Prozedur helfen wieder die Deutschen Kodierrichtlinien weiter:

P001f Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren

Alle signifikanten Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung vorgenommen wurden und im OPS abbildbar sind, sind zu kodieren. Dieses schließt diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren ein.

Die Definition einer signifikanten Prozedur ist, dass sie entweder

- chirurgischer Natur ist
- ein Eingriffsrisiko birgt
- ein Anästhesierisiko birgt
- Spezialeinrichtungen oder Geräte oder spezielle Ausbildung erfordert.

Es ist besonders wichtig, dass alle signifikanten und kodierbaren Prozeduren, einschließlich traditioneller nicht-chirurgischer Prozeduren verschlüsselt werden.

Es gibt keine Kodierrichtlinie, die die Reihenfolge der Prozeduren regelt. Jedoch sollten die bedeutenderen Prozeduren zuerst angegeben werden, da die Anzahl der zur Verfügung stehenden Schlüsselnummerfelder begrenzt ist.

Die Reihenfolge der Prozeduren hat keinen Einfluss auf die DRG-Gruppierung.

Abbildung 13:

Kodierrichtlinie zur Definition einer Prozedur aus den Deutschen Kodierrichtlinien 2010

Zu Frage 3: Hat der Patient/die Patientin noch weitere Erkrankungen, die während des Aufenthaltes einer Behandlung bedurften?

Diese Frage hilft, die **Nebendiagnosen** festzulegen. Häufig sind Patienten/Patientinnen multimorbide und es gibt neben der Hauptdiagnose noch weitere Erkrankungen, die während des stationären Aufenthaltes einer Behandlung bedürfen. Die Definition einer Nebendiagnose ist in den Deutschen Kodierrichtlinien wie folgt beschrieben:

D003i Nebendiagnosen

Die Nebendiagnose ist definiert als:

Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.

Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:

- therapeutische Maßnahmen
- diagnostische Maßnahmen
- erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand

Bei Patienten, bei denen einer dieser erbrachten Faktoren auf mehrere Diagnosen ausgerichtet ist, können alle betroffenen Diagnosen kodiert werden.

Abbildung 14: Kodierrichtlinie zur Definition einer Nebendiagnose aus den Deutschen Kodierrichtlinien 2010

Diagnosen sollten also den obigen Kriterien entsprechen, wenn sie als Nebendiagnosen kodiert werden sollen. Eine „folgenlos ausgeheilte Meningitis vor fünf Jahren“ ist keine Nebendiagnose: Sie erfordert weder therapeutische noch diagnostische Maßnahmen und auch keinen erhöhten Aufwand.

Zu Frage 4: Gibt es zusätzliche Faktoren (z.B. Behinderungen, Funktionseinschränkungen etc.), die die Versorgung des Patienten/der Patientin erschwert haben?

Diese Frage überschneidet sich zum Teil mit Frage 3, denn auch hier wird das Ergebnis der Frage eine Nebendiagnose sein. Diese Frage zielt aber darauf ab, nochmals zu überlegen, ob es Umstände gibt, die die Versorgung eines Patienten/einer Patientin im Vergleich zu anderen Patienten/Patientinnen mit gleicher Hauptdiagnose wesentlich er-

schwert haben. Hier sind speziell Behinderungen, Funktionseinschränkungen oder andere erschwerende Umstände zu berücksichtigen.

Beispiel:

Ein Patient wird zur Behandlung einer Lungenembolie aufgenommen. Der Patient hat Morbus Down. Eine Lungenembolie ist keine Manifestation des Morbus Down. Die Hauptdiagnose ist hier die Lungenembolie. Dennoch entsteht ggf. ein Mehraufwand in der Betreuung durch den bestehenden Morbus Down. Nur dann darf diese Diagnose als Nebendiagnose kodiert werden.

Zu Frage 5: Hat der Patient/die Patientin noch andere relevante kodierbare Behandlungen erhalten?

Wenn ein Patient/eine Patientin bei einem stationären Aufenthalt eine Behandlung erhalten hat, die nicht durch die Hauptprozedur beschrieben wird, so ist diese Behandlung gesondert zusätzlich zu kodieren.

Beispiel:

Ein Patient wird aufgrund einer akuten Appendizitis aufgenommen. Nach erfolgreicher Appendektomie fällt im Rahmen seines stationären Aufenthaltes eine Gangunsicherheit des Patienten auf. Wegen Verdacht auf Hirninfarkt wird eine computertomographische Untersuchung durchgeführt, die sich als unauffällig erweist. Diese Untersuchung steht nicht in Zusammenhang mit der Appendektomie. Deshalb sollte diese Prozedur gesondert kodiert werden.

Die Beantwortung dieser fünf Fragen führt zu einer mehr oder weniger umfangreichen Liste von Diagnosen und Prozeduren. Die entsprechenden Codes findet man am einfachsten, indem man die Diagnosen- bzw. Prozedurenbezeichnungen im jeweiligen Alphabetischen Verzeichnis sucht; der Kode ist direkt hinter der Bezeichnung angegeben.

Wird man im Alphabet – trotz Suche auch nach synonymen Bezeichnungen – nicht fündig, sucht man den passenden Bereich im Systematischen Verzeichnis auf und sucht dort nach einem Kode, der der gesuchten Diagnose bzw. Prozedur möglichst genau entspricht.

Aber auch wenn man im Alphabetischen Verzeichnis fündig geworden ist, sollte man immer noch einen zweiten Blick in das Systematische Verzeichnis werfen:

Inklusiva oder Exklusiva könnten die Anwendung von Zusatzcodes empfehlen oder bestimmte Behandlungen als bereits im Code enthalten definieren.

Schließlich und endlich gibt es eine wichtige Regel, die man beim Kodieren immer im Hinterkopf behalten sollte:

Es ist beim Kodieren nicht ausschlaggebend, möglichst viele Schlüsselnummern anzugeben. Vielmehr sollte das kodierte Ergebnis möglichst genau den im Krankenhaus erbrachten Aufwand widerspiegeln.

Es gibt durchaus Erkrankungen und Behandlungen, die durch die Angabe von „nur“ einem oder zwei Codes korrekt dargestellt werden, ohne dass die Gefahr besteht, damit abrechnungsrelevante Informationen unberücksichtigt gelassen zu haben. Hingegen lässt sich die Behandlung anderer Patienten/Patientinnen nur mit einer größeren Anzahl von Codes korrekt abbilden.

4. Hintergrundwissen zu den Klassifikationen

Auch wenn ICD und OPS erst in den letzten Jahren in deutsche Kliniken Einzug gehalten haben und heute zunehmend auch in Arztpraxen zum Einsatz kommen, reicht die Geschichte von ICD und OPS schon länger zurück. Im Folgenden wird die Entstehung der beiden Klassifikationen beleuchtet. In diesem Zusammenhang finden auch weitere Klassifikationen Erwähnung, die international zur Anwendung kommen. Diese können z.B. für Studien oder interne Dokumentationszwecke von Interesse sein.

4.1 Die Entstehung von ICD und OPS

ICD

Schon im 18. Jahrhundert gab es erste Bestrebungen, Krankheiten und Todesursachen in Gruppen zusammenzufassen. Wichtige Ansätze stammen von Lacroix, Linné und Cullen. 1855 wurde dann von William Farr, dem damaligen Leiter des Statistischen Amtes von England und Wales, auf einem internationalen statistischen Kongress eine Klassifikation vorgestellt, die sich in fünf Bereiche gliederte:

- epidemisch und endemisch übertragbare Krankheiten
- angeborene Krankheiten und Fehlbildungen
- Krankheiten und Todesfälle durch Gewalteinwirkung
- Erkrankungen in Verbindung mit Schwangerschaft und Geburt
- lokale Erkrankungen, differenziert nach Organsystemen.

Diese Grundstruktur ist noch heute in der ICD-10-GM zu erkennen. 1893 wurde von Jacques Bertillon die Weiterentwicklung der Klassifikation vorgestellt. Auf der Tagung des Internationalen Statistischen Instituts im Jahre 1899 wurde die Empfehlung zur international einheitlichen Anwendung dieser Klassifikation für die Verschlüsselung von Todesursachen ausgesprochen. Außerdem sprach man sich für einen zehnjährigen Revisionszyklus dieser Klassifikation aus.

1948 wurde bei der 6. Internationalen Revisionskonferenz die Übernahme der Verantwortung durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) vereinbart. Außerdem einigte man sich auf dieser Konferenz auf eine Definition des Grundleidens für die Todesursachenstatistik und auf eine Erweiterung der Anwendung der Klassifikation für Morbiditätsstatistiken.

Die 9. Internationale Revisionskonferenz beschloss 1975 die Stärkung von Tiefenstruktur, Begriffsvokabular, die Einführung des Kreuz-Stern-Systems, die Definition der Haupterkrankung für Morbiditätsstatistiken und die Anwendung und Ausdifferenzierung für die perinatale Sterblichkeit.

Eine grundlegend überarbeitete 10. Revision der Klassifikation wurde ab 1993 zum offiziellen Einsatz für die WHO-Mitgliedsstaaten freigegeben. In diesem Jahr erschienen auch Band 2 (Regelwerk) und im Folgejahr Band 3 (Alphabetischer Index) der internationalen Klassifikation. Dennoch dauerte es noch bis 1994, bis erste Länder (zuerst Dänemark) auf die ICD-10 umstellten.

In Deutschland kam 1986 zum ersten Mal die ICD-9 zur Diagnosenverschlüsselung in Krankenhäusern verpflichtend zum Einsatz. Diese Verschlüsselung diente als Grundlage für die Pflegesatzverhandlungen.

Seit 2000 wird in Deutschland die ICD-10-SGB-V eingesetzt; diese Fassung der ICD-10 ist an die Erfordernisse des deutschen Gesundheitssystems angepasst und weicht in einigen Punkten von der internationalen WHO-Fassung ab. Während bis Ende 2003 im ambulanten und stationären Bereich zeitweise unterschiedliche Versionen der ICD-10-SGB-V angewendet wurden, gilt seit 2004 die nun als ICD-10-GM bezeichnete angepasste Fassung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich.

Zu Unterschieden bezüglich der Kodierung in den beiden Bereichen lesen Sie bitte den Vorspann zur Systematik der ICD-10-GM.

OPS

Die WHO gab 1978 erstmals mit der ICPM (International Classification of Procedures in Medicine) einen internationalen Standard vor, anhand dessen man Operationen und Prozeduren verschlüsseln konnte. In den folgenden Jahren wurde dieser Schlüssel in verschiedene Sprachen übersetzt und in einigen Ländern weiterentwickelt. Im Oktober 1994 wurde in Deutschland der Amtliche Operationenschlüssel nach § 301 SGB V Version 1.0 veröffentlicht. Er konnte ab 1995 freiwillig im Krankenhaus eingesetzt werden. Seit 1996 ist der Einsatz des OPS-301 in den Krankenhäusern vorgeschrieben.

Danach gab es folgende Weiterentwicklungen:

OPS-301 Version 1.1 gültig ab 1996
OPS-301 Version 2.0 gültig ab 2001
OPS-301 Version 2.1 gültig ab 2002
OPS-301 Version 2004 gültig für 2004
OPS Version 2005 gültig für 2005
OPS Version 2006 gültig für 2006
OPS Version 2007 gültig für 2007
OPS Version 2008 gültig für 2008
OPS Version 2009 gültig für 2009
OPS Version 2010 gültig für 2010

Seit 2005 wird der OPS-301 nur noch als OPS bezeichnet.

Da auch in Zukunft Anpassungen und Änderungen notwendig sein werden, sind auch in den kommenden Jahren jährliche Überarbeitungen zu erwarten.

4.2 Klassifikationen der WHO im Gesundheitswesen

Die WHO ist seit 1948 verantwortlich für die internationalen Revisionen der ICD. Außerdem hat die WHO auch die Pflege und Weiterentwicklung von anderen medizinischen Klassifikationen übernommen und diese zur Familie der internationalen Klassifikationen (WHO Family of International Classifications) zusammengefasst. Von diesen Klassifikationen sollen drei erwähnt werden, die zurzeit in Deutschland angewendet werden.

ICF

Die ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ist eine Klassifikation, die der einheitlichen Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person dient. Sie findet zunehmend Verwendung im Bereich der Rehabilitation.

ICD-O-3

Die ICD-O-3 – Internationale Klassifikation der Krankheiten für die Onkologie, Dritte Revision – dient als Spezialausgabe der ICD-10 der Dokumentation bösartiger Neubildungen. Mit dem Lokalisations-schlüssel kann der Ort einer Neubildung, mit dem Histologieschlüssel deren Zellbild und biologisches Verhalten kodiert werden.

ATC

Die ATC-Klassifikation – Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation – mit definierten Tagesdosen (defined daily doses: DDD) wurde erstmals 1976 durch den Nordic Council on Medicines für Studien über den Arzneiverbrauch in Skandinavien eingesetzt und unter breiter Beteiligung wissenschaftlicher Fachkreise weiterentwickelt. Seit 1981 empfiehlt auch die WHO die Anwendung der ATC-Klassifikation.

Aufgrund der steigenden Kosten im Gesundheitssystem wurde in Deutschland eine größere Transparenz der Arzneimittelkosten gefor-

dert. Die ATC-Klassifikation mit definierten Tagesdosen ermöglicht einen Preisvergleich verschiedener Arzneimittel nach Indikationsgebiet und Wirkstoffgruppen und gewährleistet einen einheitlichen Bezug für die Angabe von Tagestherapiekosten. Dabei dienen die Tagesdosisangaben als Hilfsgröße, die nicht notwendigerweise die empfohlene, zugelassene oder die im individuellen Fall angewendete Dosierung eines Arzneimittels wiedergibt. Dies gilt entsprechend auch für die auf dieser Basis errechneten Tagestherapiekosten, die lediglich als eine grobe Hilfsgröße zu verstehen sind.

DIMDI

5. Abkürzungsverzeichnis

ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation
DDD	defined daily doses (Standardisierte Tagesdosen)
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Groups
Exkl.	Exklusivum
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
Hinw.	Hinweis
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme
ICD-O	International Statistical Classification of Diseases for Oncology Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten für die Onkologie
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ICPM	International Classification of Procedures in Medicine Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
Inkl.	Inklusivum
N.n.bez.	Nicht näher bezeichnet
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
WHO	World Health Organisation

6. Referenzliste

ICD-10-GM

Onlinefassung des Systematischen Verzeichnisses zur ICD-10-GM 2010 auf der Website des DIMDI:

ICD-10-GM 2010 Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.):

www.dimdi.de – Klassifikationen – Diagnosen – [ICD online](#)

[Stand 19.07.2010]

Kostenfreie **Download-Referenzfassungen** zur ICD-10-GM als PDF auf der Website des DIMDI im Downloadcenter Klassifikationen:

ICD-10-GM 2010 **Systematisches Verzeichnis**, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.):

www.dimdi.de – Klassifikationen – Downloadcenter – ICD-10-GM (SGB-V-Adaption) – Version 2010 – Systematik – ICD-10-GM 2010 Systematik – [kostenfreie Referenzfassung](#)

[Stand 19.07.2010]

ICD-10-GM 2010 **Alphabetisches Verzeichnis**, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.):

www.dimdi.de – Klassifikationen – Downloadcenter – ICD-10-GM (SGB-V-Adaption) – Version 2010 – Alphabet – [kostenfreie Referenzfassung](#)

[Stand 19.07.2010]

OPS

Onlinefassung des Systematischen Verzeichnisses zum OPS Version 2010 auf der Website des DIMDI:

OPS 2010 **Systematisches Verzeichnis**, Operationen- und Prozedurenschlüssel, Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS), Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.):

www.dimdi.de – Klassifikationen – Prozeduren – [OPS online](#)

[Stand 19.07.2010]

Kostenfreie **Download-Referenzfassungen** des OPS als PDF auf der Website des DIMDI im Downloadcenter Klassifikationen:

OPS 2010 **Systematisches Verzeichnis**, Operationen- und Prozedurenschlüssel, Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS), Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.):

www.dimdi.de – Klassifikationen – Downloadcenter – OPS – Version 2010 – Systematik – [kostenfreie Referenzfassung](#)

[Stand 19.07.2010]

OPS 2010 **Alphabetisches Verzeichnis**, Operationen- und Prozedurenschlüssel, Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS), Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.):

www.dimdi.de – Klassifikationen – Downloadcenter – OPS – Version 2010 – Alphabet – [kostenfreie Referenzfassung](#)

[Stand 19.07.2010]

Kodierrichtlinien 2010

Kodierrichtlinien als kostenfreie **Downloadfassung** auf der Website des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK):

Deutsche Kodierrichtlinien – Allgemeine und spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren, Version 2010, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung (PKV), Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH):

www.g-drg.de – G-DRG-System 2010 – [Kodierrichtlinien](#)

Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych) – Allgemeine Kodierrichtlinien, Version 2010, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung (PKV), Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH):

www.g-drg.de – Psychiatrie/Psychosomatik – [Kodierrichtlinien](#)

[Stand 19.07.2010]

ICF

ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Stand Oktober 2005, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.):

Kostenfreie **Downloadfassung** der ICF als PDF auf der Website des DIMDI im Downloadcenter Klassifikationen:

www.dimdi.de – Klassifikationen – Downloadcenter – [ICF](#)

ICD-O-3

ICD-O-3 – Internationale Klassifikation der Krankheiten für die Onkologie, Dritte Revision, 1. Auflage August 2003, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.):

Kostenlose **Downloadfassung** der ICD-O-3 als PDF auf der Webseite des DIMDI im Downloadcenter Klassifikationen:

www.dimdi.de – Klassifikationen – Downloadcenter – [ICD-O-3](#)

ATC

Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen – Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2010, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.):

Kostenlose **Downloadfassung** der ATC-Klassifikation auf der Webseite des DIMDI im Downloadcenter Klassifikationen:

www.dimdi.de – Klassifikationen – Downloadcenter – [ATC/DDD](#)

Das DIMDI stellt über das Internet hochwertige Informationen für alle Bereiche des Gesundheitswesens zur Verfügung: Es entwickelt und betreibt datenbankgestützte Informationssysteme für Arzneimittel und Medizinprodukte und verantwortet ein Programm zur Bewertung gesundheitsrelevanter Verfahren und Technologien (Health Technology Assessment, HTA).

Das DIMDI ermöglicht den Online-Zugriff auf seine Informationssysteme und über 60 Datenbanken aus der gesamten Medizin. Dafür entwickelt und pflegt es moderne Software-Anwendungen und betreibt ein eigenes Rechenzentrum.

Das DIMDI ist auch Herausgeber der deutschen Fassung von medizinischen Klassifikationen:

- Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10-GM, ICD-10-WHO)
- Operationen und Prozedurenschlüssel (OPS)
- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)
- Internationale Klassifikation für die Onkologie (ICD-O)
- Universal Medical Device Nomenclature System (UMDNS)
- Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation und definierte Tagesdosen (ATC/DDD)

Darüber hinaus pflegt das DIMDI medizinische Terminologien, Thesauri, Nomenklaturen und Kataloge, die für die Gesundheitstelematik von Bedeutung sind (z. B. Alpha-ID, LOINC, OID, MeSH).