

Memorandum
zum Aufbau und Betrieb eines
Deutschen Zentrums für
medizinische Klassifikation
(DZMK)

Im Auftrag des
Kuratoriums für Fragen der Klassifikation
im Gesundheitswesen
beim Bundesministerium für Gesundheit

- 1. September 2001 -

R. Klar

unter Mitarbeit von

W. J. Bock, G. Brenner, B. Graubner, J. Malzahn, A. M. Raskop,
Th. Riegel, B. Rochell, G. Rothe und N. Schlottmann

Adressliste der Autoren:

Prof. Dr. Rüdiger Klar

Abt. Medizinische Informatik
Stefan-Meier-Str. 26, 79104 Freiburg
Tel.: +49 (0)761/203-6701, Fax: +49 (0)761/203-6711
E-Mail: klar@mi.ukl.uni-freiburg.de. Internet: <http://www.imbi.uni-freiburg.de>
(GMDS, AWMF)

Prof. Dr. med. Wolfgang J. Bock

Universitätsklinikum Düsseldorf
Abteilung Neurochirurgie
Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf
(AWMF)

Dr. rer. pol. Gerhard Brenner

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland (ZI)
Höninger Weg 115, 50969 Köln
(KBV/ZI)

Dr. med. Bernd Graubner

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland (ZI)
Ludwig-Beck-Str. 5, 37075 Göttingen
(KBV/ZI)

Jürgen Malzahn

AOK-Bundesverband
Kortrijker Str. 1, 53177 Bonn

Anna Maria Raskop

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
Münsterstr. 169, 40476 Düsseldorf

Theo Riegel

Verband der Angestellten-Krankenkassen/
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (VdAK/AEV)
Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg

Dr. med. Bernhard Rochell

Bundesärztekammer (BÄK)
Herbert-Lewin-Str. 1, 50931 Köln

Prof. Dr. med. Günther Rothe

Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG)
Alte Heerstraße 111, 53754 Sankt Augustin

Dr. med. Nicole Schlottmann

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
Münsterstr. 169, 40476 Düsseldorf

Vorwort

Das Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) berät das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bei der Erarbeitung, Pflege und Weiterentwicklung von amtlichen Klassifikationen im Gesundheitsbereich [1]. Geschäftsstelle des KKG ist das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in Köln.

Im KKG sind folgende Institutionen und Organisationen vertreten:

- Bundesärztekammer (BÄK)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
- Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV: VdAK/AEV, AOK, IKK, BKK)
- Unfallversicherungsträger (HVBG, BUK, BLB)
- Verband deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Zur Zeit berät das KKG insbesondere über:

- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10)
- Operationenschlüssel nach § 301 SGB V (OPS-301)
- Procedure Coding System (PCS)

Das KKG hat in seiner Sitzung am 13.11.2000 beschlossen, ein aktuelles Memorandum zum Aufbau und Betrieb eines medizinischen Klassifikationszentrums zu erstellen. Das Memorandum soll den wachsenden Bedarf für das Klassifikationszentrum detailliert aufzeigen. Dieser ergibt sich insbesondere aus den vielfältigen neuen gesetzlichen Regelungen, die mit steigenden qualitativen Anforderungen an die Klassifikationen im Gesundheitswesen einhergehen. Da Klassifikationen auch zunehmend als relevante Grundlagen für die Vergütung von Leistungsanbietern im Gesundheitswesen herangezogen werden (z.B. für die Diagnosis Related Groups), ist eine sachgerechte Abbildung der Krankheiten und Leistungen sowie eine zeitnahe und strukturierte Pflege der Klassifikationen dringend erforderlich.

Zielgruppen auch dieses neuen Memorandums sind alle Entscheidungsträger im deutschen Gesundheitswesen, insbesondere das BMG und die Selbstverwaltung. Es soll ihnen Argumentationshilfen und Begründungen zur Notwendigkeit eines Deutschen Zentrums für medizinische Klassifikation bieten.

Als einer der AWMF-Beauftragten im KKG und derzeitiger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS), die sich hier besonders für die sachgerechte Strukturierung, Entwicklung, Pflege und Nutzung medizinischer Klassifikationen einsetzt, hoffe ich, dass die zahlreichen Erfordernisse sowie gesetzlichen Regelungen in Kürze zur Etablierung eines leistungsstarken Deutschen Zentrums für medizinische Klassifikation führen werden.

Prof. Dr. Rüdiger Klar

Inhaltsverzeichnis

0.	Zusammenfassung	5
1.	Einleitung	6
2.	Aufgaben des Deutschen Zentrums für medizinische Klassifikation	9
2.1	Erstellung, Herausgabe und Pflege von amtlichen Schlüsselverzeichnissen	10
2.2	Erstellung, Herausgabe, Pflege und Akkreditierung von noch nicht amtlichen Schlüsselverzeichnissen	12
2.3	Kontakte zu anderen nationalen und internationalen Klassifikationszentren und entsprechenden Organisationen	13
2.4	Bereitstellung von Kodierhilfen, Anleitungen und Zuordnungssystemen	14
2.5	Arbeit als Clearinghouse und Hotline	14
2.6	Externe Partner und Referenzzentren	15
2.7	Mitarbeit an Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitswesens	15
3.	Aufbau und Organisation des Deutschen Zentrums für medizinische Klassifikation	16
3.1	Bundesinteresse	16
3.2	Funktionen des DIMDI	16
3.3	Mitwirkung externer Experten, Anwender und Nutzer medizinischer Klassifikationen	16
4.	Arbeitsmethode des Deutschen Zentrums für medizinische Klassifikation	17
5.	Ausstattung des Deutschen Zentrums für medizinische Klassifikation	18
6.	Schlussbemerkung	19
7.	Literatur	19

0. Zusammenfassung

Klassifikationen medizinischer Begriffe, wie z.B. die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD), dienen der systematischen Ordnung des medizinischen Wissens, der zweckmäßigen und korrekten Zusammenfassung vieler Einzelerkenntnisse und der Vergleichbarkeit der klassifizierten Angaben. Ein Deutsches Zentrum für medizinische Klassifikation (DZMK) soll begriffliche medizinische Klassifikationen zentral koordiniert entwickeln und pflegen und für alle Fragen der Anwendung der Klassifikationen (Klärung strittiger Verschlüsselungen, Aufnahme neuer Begriffe usw.) zur Verfügung stehen sowie Standards veröffentlichen und Referenzstelle sein.

Ein DZMK wird von verschiedenen Seiten, insbesondere auch vom Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen, zur korrekten Erfüllung rechtlicher Vorschriften gefordert. Es hat zentral und einheitlich die medizinischen Klassifikationen beispielsweise als Grundlage für die Definition der DRGs (Diagnosis Related Groups) und anderer Entgeltformen zur Abrechnung, für Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung, für die Todesursachenstatistik, für die Diagnosen- und OP-Statistiken der Bundespflegesatz- bzw. Krankenhausstatistik-Verordnung und für die sonstige Gesundheitsberichterstattung bereitzustellen und zu pflegen und notwendige Instrumente für die Anwendung bereitzustellen. Für die Auswertung medizinischer Dokumentationen, für die Beantwortung wissenschaftlicher Fragestellungen, z.B. epidemiologischer Art, und für methodisch fundierte gesundheitspolitische Entscheidungshilfen sollte das Klassifikationszentrum ebenfalls genutzt werden können. Andere Länder und Sprachräume leisten hierzu seit langem vorbildliche Arbeit. Vor allem wegen der internationalen Beziehungen, die ein solches Klassifikationszentrum zur Weltgesundheitsorganisation (WHO) und zu allen anderen Nachbarländern hat, insbesondere denen mit deutschsprachigen Bevölkerungsgruppen, sowie wegen der erforderlichen Neutralität ist die organisatorische Anbindung eines Deutschen Zentrums für medizinische Klassifikation an die Bundesregierung und deren Institutionen notwendig. Es wird vorgeschlagen, die vorhandene Infrastruktur und die Teilaufgaben eines Klassifikationszentrums, die bisher vom DIMDI wahrgenommen werden, zu nutzen und diese personell und finanziell entsprechend den gestiegenen Anforderungen auszubauen.

Für die methodische Arbeit und den Aufbau eines effizienten DZMK sowie für temporäre Aufgaben, besonders auch im Forschungsbereich, bieten wissenschaftliche Fachgesellschaften und Universitätsinstitute für Medizinische Informatik ihre Unterstützung an. Besonders bei der Entwicklung und Einführung neuer medizinischer Klassifikationen müssen aber auch Vertreter der Klassifikationsanwender und der auswertenden Nutzer mitwirken.

1. Einleitung

Das vorliegende Memorandum soll für die Bundesregierung und die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen eine Entscheidungshilfe zum Aufbau eines Deutschen Zentrums für medizinische Klassifikation (DZMK) bieten und dabei die Aufgaben eines solchen Zentrums behandeln. Es macht Vorschläge zu dessen Arbeitsweise, auch unter Beratung durch wissenschaftliche Fachgesellschaften, und weist auf einige Möglichkeiten des Zuarbeitens oder der Auftragsarbeit für dieses Zentrum durch wissenschaftliche Institutionen, kommerzielle Beratungsgesellschaften, Verbände, einzelne Fachleute usw. hin. Zur Arbeitsweise und Ausstattung des DZMK werden erste Hinweise gegeben. Das Memorandum berücksichtigt einerseits die neuen gesetzlichen Vorgaben und andererseits die von der GMDS bereits 1991 publizierten Forderungen [2], die in keiner Weise an Aktualität verloren haben. Bestehende und neue Aufgaben sollen den hohen Bedarf für ein deutsches Klassifikationszentrum unterstreichen.

Ordnungssysteme medizinischer Begriffe wie Thesauern, Nomenklaturen und besonders Klassifikationen werden seit über 100 Jahren in der Medizin genutzt. Sie dienen der Auswertung medizinischer Dokumentationen durch die zweckmäßige und systematische Zusammenfassung vieler Einzelerkenntnisse, dem Wiederfinden ähnlicher Fälle und der Vergleichbarkeit sowie generell einer Ordnung des medizinischen Wissens. Eine historisch gewachsene Klassifikation wie die ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) der WHO, die als eine Systematik von Krankheitsklassen definiert ist, denen Krankheitsbilder nach feststehenden Kriterien oder Regeln zugeordnet werden, soll in zweckmäßiger Form verschiedenen Zielen im Gesundheitswesen gerecht werden (z.B. vergleichende Analyse der Mortalität und Morbidität, Planung, Qualitätssicherung, Leistungsvergütung usw.). Das kann ihr nicht immer optimal gelingen, und Zielkonflikte treten in der Praxis auf. Aber dem Anwender ist auch nicht zuzumuten, für jedes Ziel eine andere Klassifikation zu benutzen. Vor allem der Anwender braucht effiziente Hilfen im immer größer und unübersichtlicher werdenden Klassifikationsgeschehen in der Medizin.

So wurden bis 1985 in der Bundesrepublik Deutschland Diagnosen in großem Umfang nur als Todesursachen in den 11 Statistischen Landesämtern nach der ICD-9 für die amtliche Todesursachenstatistik verschlüsselt. Daneben wurden medizinische Klassifikationen nur von wenigen anderen Institutionen (z.B. Bundeswehr, Renten- und Sozialversicherer) und einigen Universitätskliniken in nennenswertem Umfang genutzt. Seit der Einführung der Diagnosenstatistik in den westdeutschen Krankenhäusern zum 1.1.1986 und deren Erweiterung nach der Krankenhausstatistik-Verordnung (1990), dem Gesundheitsstrukturgesetz (1992) und der revidierten Bundespflegesatzverordnung (1995) müssen die Krankenhäuser die stationären Fälle anfangs nur mit ihren Haupt- und später auch mit ihren Nebendiagnosen nach der ICD-9 (bis 1999) bzw. ICD-10-SGB-V verschlüsseln (aktuell rund 2.300 Krankenhäuser mit 16 Mio. Krankenhausfällen pro Jahr). In der DDR war die Diagnosenverschlüsselung von jährlich rund 2,3 Mio. Krankenhausfällen bereits seit 1968 nach der ICD-8 und seit 1979 nach der ICD-9 vorgeschrieben.

Seit 1995/96 wird nach dem mit dem Gesundheitsstrukturgesetz bereits 1992 geänderten § 301 SGB V zur Verbesserung der Transparenz im Gesundheitswesen bei der Übermittlung von Leistungsdaten des Krankenhauses an die Krankenkassen für jeden stationären Fall verlangt, u.a. auch die Operationen nach der modifizierten ICPM (International Classification of Procedures in Medicine) mit dem OPS-301 zu verschlüsseln. Zusätzlich werden ICD und OPS-301 auch zur Definition der Fallpauschalen und Sonderentgelte sowie für einige andere Zwecke benötigt.

Jedes Krankenhaus ist in Fragen der korrekten Anwendung der ICD und des OPS-301 auf sich allein gestellt und behilft sich selbst. Dadurch ist ein Hauptziel der Diagnosen- und Ope-

rationen-Verschlüsselung, nämlich die krankenhausübergreifende Vergleichbarkeit in der Fallzuordnung und -zählung sowie -vergütung nach diesen Klassifikationen zu erreichen, massiv gefährdet. Insbesondere durch die Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups), die maßgeblich über die genannten Klassifikationen definiert werden, sind erheblich höhere Anforderungen an die Qualität und Aktualität der Schlüssel zu stellen, nicht zuletzt deshalb, weil sie eine wichtige Grundlage für die leistungsgerechte Vergütung der Krankenhäuser sind. Die durch das ab 2003 vorgesehene neue Vergütungssystem erschwerte Dokumentation in den Krankenhäusern und der damit einhergehende Aufwand ist mit notwendigen Hilfsmaterialien sinnvoll zu unterstützen. Der seit 1997 vorliegende Leitfaden zur medizinischen Basisdokumentation [3], der auf der Grundlage des Leitfadens von 1986 geschrieben worden war, regelt einiges, hat aber nur Empfehlungscharakter und muss für die künftige stationäre Abrechnung nach den DRGs erneut überarbeitet werden.

Auch in der vertragsärztlichen ambulanten Gesundheitsversorgung werden gemäß § 295 SGB V seit 1.1.2000 die Diagnosen nach der ICD-10-SGB-V verschlüsselt und auf den Abrechnungsunterlagen an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Kostenträger sowie auf den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen an die Kostenträger übermittelt. Das betrifft rund 120.000 niedergelassene Ärzte, die etwa 200 verschiedene Praxiscomputersysteme benutzen.

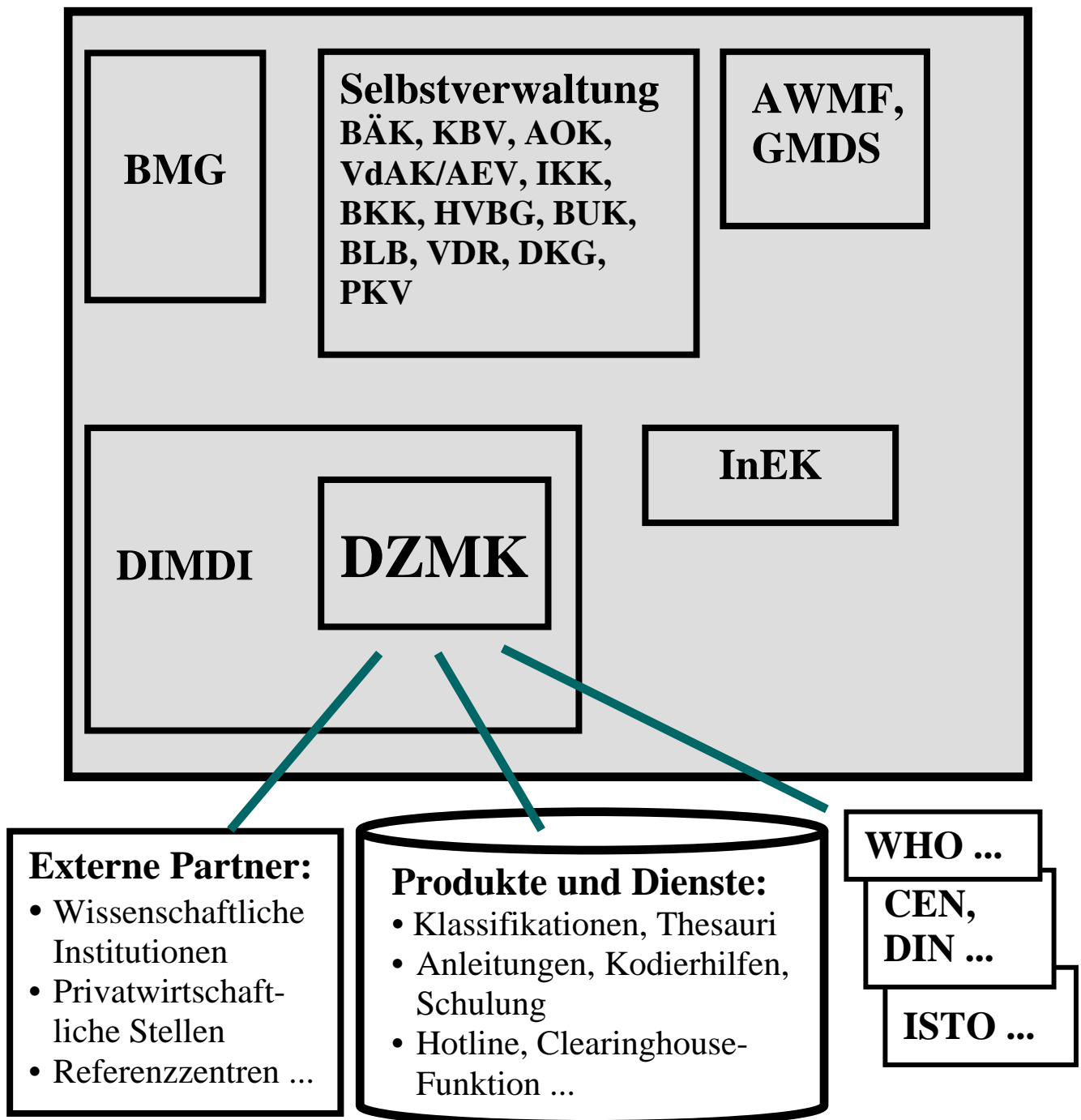
Hunderte von Fachkräften der Krankenkassen, des Rehabilitationssektors, der KVen, der Rentenversicherungen etc. lernen, mit diesen Diagnosenkodes sachgerecht umzugehen, und natürlich gibt es dabei eine Fülle von Problemen, wie was richtig zu verschlüsseln, zu interpretieren und zu handhaben ist.

Solche und ähnliche Probleme der Standardisierung treten nicht nur bei der Nutzung von ICD und OPS-301 auf, sondern auch bei anderen medizinischen Klassifikationen und generell bei allen medizinischen Dokumentationen, die mit kategorisierten Begriffen arbeiten, z.B. zur Lokalisation und Stadieneinteilung von Tumoren, zur Klassifikation von Symptomen oder von Behinderungen etc. Die Auswertbarkeit solcher Erhebungen erfordert in wachsendem Maße adäquate medizinische Klassifikationen, die deutlich über die Erzeugung von Häufigkeitstabellen für grobe Klassen von Krankheiten und Todesursachen 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 intelligenten Retrievalsystemen in der Medizin wäre gar nicht zu denken. Krankenhausinformationssysteme, 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.

Der größte Teil dieser Fragen sind Standardisierungsprobleme, die das DZMK einheitlich und zwischen allen Beteiligten koordiniert lösen kann. Unterstützt und beraten wird es dabei vom Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG). Das KKG ist mit Mitgliedern aus allen wesentlichen Organisationen des Gesundheitswesens besetzt und berät die Bundesregierung in Grundsatzfragen der medizinischen Klassifikationen. Das nachfolgende Schema soll die Arbeitsweise des DZMK, seine Beziehungen zu KKG, BMG, Selbstverwaltung und dem in Gründung befindlichen Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) sowie seine Einbindung ins DIMDI verdeutlichen.

Schema zur Arbeitsweise des Deutschen Zentrums für medizinische Klassifikation (DZMK)

**Kuratorium für Fragen der Klassifikation
im Gesundheitswesen (KKG), beratend**



2. Aufgaben des Deutschen Zentrums für medizinische Klassifikation

Das DZMK soll für alle praktischen Fragen der medizinischen Terminologie und begrifflichen Klassifikation in der Bundesrepublik Deutschland eine übergreifende Zuständigkeit ausüben, um zu einheitlichen Bezeichnungen und Kategorien für medizinische Begriffe und zu einem effizienten Verwalten der zugehörigen Klassifikationen in Deutschland zu kommen. Dabei ist vor allem eine sektorübergreifende Standardisierung im gesamten Gesundheitswesen nötig. Konkret sind die nachfolgend aufgeführten Aktivitäten vom Klassifikationszentrum zu leisten, von denen einige in der folgenden Tabelle zusammengefasst sind.

Produkte und Dienste des Deutschen Zentrums für medizinische Klassifikation			
Klassifikationen <ul style="list-style-type: none"> • Inhalt (ICD, OPS-301, PCS, UMDNS, ICDH, ICD-O, TNM, ...) • Systematik • Thesauern • Nomenklaturen • alphabetische Verzeichnisse • Kodierhilfen • Umsteigeschlüssel • ... 	IT-Werkzeuge <ul style="list-style-type: none"> • SGML • HTML • RTF • SQL • ASCII • ... Publikationen <ul style="list-style-type: none"> • Dateien • Druckwerke • Programme • ... 	Schulung <ul style="list-style-type: none"> • extern • intern • online • ... Hotline <ul style="list-style-type: none"> • online • telefonisch • Fax • Brief • ... 	Qualität <ul style="list-style-type: none"> • Kodierung • Zertifizierung • ... Kontakte <ul style="list-style-type: none"> • Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) • WHO • DIN, CEN • Anwenderbetreuung • Anwenderberatung • ...

2.1 Erstellung, Herausgabe und Pflege von amtlichen Schlüsselverzeichnissen

Die Bundesregierung ist über das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das zu dessen Geschäftsbereich gehörende Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben zuständig für die Herausgabe deutschsprachiger Fassungen amtlicher Klassifikationen. Dazu gehören besonders die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten (ICD-9, ICD-10), der Operationenschlüssel nach § 301 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) (OPS-301) und die Nomenklatur für Medizinprodukte (UMDNS). Alle diese Klassifikationen werden in verschiedenen Formen vom DIMDI gemeinfrei angeboten [4] und gepflegt. Darüber hinaus erstellt DIMDI die deutsche Übersetzung des Thesaurus „Medical Subject Headings“ (MeSH) der US-amerikanischen National Library of Medicine (NLM), der jährlich aktualisiert wird.

Die wichtigste medizinische Klassifikation ist nach wie vor die ICD, die für amtliche Zwecke vom DIMDI z.Z. in drei verschiedenen Versionen der **ICD-10** bereitgestellt und gepflegt wird (eine vierte Version wird vom VDR herausgegeben).

Für die **stationäre Gesundheitsversorgung** wird seit 1.1.2001 die "Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Ausgabe für die Zwecke des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Version 2.0, Stand November 2000 (ICD-10-SGB-V)" benötigt [4]. Es werden damit gemäß § 301 SGB V für jeden stationären Fall (immerhin 16 Mio. Fälle/Jahr!) verschiedene Krankheitsbezeichnungen als Aufnahme-, Verlaufs- und Entlassungsdiagnosen etc. klassifizierend verschlüsselt und an die Krankenkassen gemeldet. Weiter werden die ICD-10-Schlüsselnummern benötigt für die Diagnosenstatistiken nach den Vorgaben der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung, zur Definition der Fallpauschalen und einiger Sonderentgelte für die stationäre Abrechnung, für Qualitätssicherungsverfahren, für die ab 2003 einzuführenden neuen Formen der stationären Fallvergütung nach den deutschen Diagnosis Related Groups (G-DRGs). Für alle diese und einige weitere Aufgaben der stationären Versorgung (z.B. zur Erfüllung der Krankenhausstatistik-Verordnung, der Krankenhaushygiene-Vorschriften, der Gesundheitsberichterstattung) ist z.Z. die ICD-10-SGB-V, Version 2.0, vorgeschrieben. (Im Jahre 2000 war dafür gemeinsam mit der ambulanten Gesundheitsversorgung die Version 1.3 der ICD-10-SGBV anzuwenden.)

In der **vertragsärztlichen ambulanten Gesundheitsversorgung** wird gemäß § 295 SGB V seit 1.1.2000 eine andere Version, nämlich die Version 1.3, Stand Juli 1999, der ICD-10-SGBV, benötigt [4], um quartalsweise die Diagnosen der ambulanten Patienten aus über 100.000 Praxen an die Kassenärztlichen Vereinigungen in Zusammenhang mit den Abrechnungsdaten zu melden. Auch im ambulanten Sektor werden diese nach ICD-10 verschlüsselten Diagnosen für weitere amtliche Zwecke wie Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeitsprüfung, Gesundheitsberichterstattung, Krebsregister etc. genutzt. Zusätzlich ist gemäß § 295 SGB V die Verschlüsselung der Diagnosen auf den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorgeschrieben.

Natürlich braucht auch das **Öffentliche Gesundheitswesen** die ICD, und zwar zur Aufbereitung der Gesundheitsberichte, für die Statistik der Rehabilitationsmaßnahmen, für die epidemiologischen Darstellungen der Untersuchungen bei Schulpflichtigen, Schwerbehinderten, Wehrpflichtigen, Patienten mit meldepflichtigen Krankheiten, für einige medizinischen Aspekte im Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes, zur Beschreibung von Indikationen und Nebenwirkungen bei Arzneimitteln, von kongenitalen Anomalien in den Statistiken über Tot- und Lebendgeburten etc. Besonders hervorzuheben ist die älteste und nach WHO-Verständnis wichtigste Nutzung der ICD, nämlich die für die Todesursachenstatistik. Allerdings wird dafür in Deutschland seit 1998 eine weitere Version benötigt, nämlich die deutschsprachige WHO-Ausgabe der ICD-10, die aktuell in der Version 1.3, Stand Juli 1999, vorliegt [4].

Diese Version enthält keine Veränderungen aufgrund der Anforderungen des SGB V und gewährleistet damit eine gute internationale Vergleichbarkeit, besonders zwischen den drei Ländern Deutschland, Österreich und Schweiz. - Darüber hinaus wird die ICD-10 in ihren verschiedenen Versionen im großen Umfang von halbstaatlichen oder z.T. staatlich in ihrer Arbeit beeinflussten Institutionen genutzt, wie z.B. den Krankenkassen mit ihrer Krankheitsartenstatistik, den Rentenversicherungen (BfA, LVA, Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt, Seekasse), den Berufsgenossenschaften, den Kassenärztlichen Vereinigungen usw. Im Forschungsbereich der Hochschulen und der Industrie wird vor allem die WHO-Fassung verwendet.

Eine vierte ICD-10-Version ist bereits seit 1998 im **Rehabilitationssektor** in Gebrauch Sie enthält überwiegend dreistellige, jedoch auch einige besondere fünfstellige Schlüsselnummern [4] und weicht auch damit von der ICD-10-SGB-V ab.

Für diese drei bzw. vier verschiedenen ICD-10-Versionen sind wichtige Gebrauchshilfen nötig. Leider existiert z.Z. das alphabetische Verzeichnis nur für die WHO-Version 1.3. Allerdings wurde für die ICD-10-SGBV und die ICD-10-SGB-V aufgrund einer Initiative des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) der ICD-10-Diagnosenthesaurus entwickelt. Dieser enthält über das offizielle alphabetische Verzeichnis hinaus möglichst viele Diagnosenformulierungen des ärztlichen Sprachgebrauchs mit den zugehörigen validierten Schlüsselnummern. Sowohl das alphabetische Verzeichnis als auch die Thesauri sind eine wichtige Grundvoraussetzung für eine korrekte Verschlüsselung in der täglichen Anwendung der Ärzte. Da sie ein wichtiger Bestandteil der Klassifikationen sind, ist ihre Bereitstellung durch den Gesetzgeber sicherzustellen. Weiterhin werden von den ICD-10-Anwendern Kodieranleitungen, sonstige alphabetische Register, spezielle Auszüge für bestimmte Fachgruppen, mannigfache Dateiversionen etc. benötigt. Alle diese ICD-Versionen und Gebrauchshilfen sind von einem Klassifikationszentrum zu koordinieren und zu betreuen.

Die zweite wichtige Klassifikation, die z.Z. besondere Aktivitäten eines medizinischen Klassifikationszentrums fordert, ist der "**Operationenschlüssel nach § 301 SGB V - Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS-301)**". Dieser Schlüssel wird jetzt nicht nur zur Kodierung von Operationen, sondern generell auch für eine Reihe nichtchirurgischer diagnostischer und therapeutischer Prozeduren benötigt, um speziell die in Deutschland neu einzuführenden stationären Abrechnungskategorien nach dem DRG-System zu definieren. Zum Beispiel sind in seiner letzten Version 2.0, Stand November 2000, gegenüber der vorherigen Version 1.1 (September 1995/Februar 1996) kurzfristig erhebliche Erweiterungen und Veränderungen vorgenommen worden, die zu vielen Fragen geführt haben, die von einem Klassifikationszentrum zu klären wären. Es fehlen zu diesem mehr als dreifach größeren, schlecht strukturierten Werk auch ein alphabetisches Verzeichnis und ein Prozedurenthesaurus, was besonders den konservativen Fächern, die bisher keine Erfahrung im Umgang mit Prozedurenschlüsseln hatten, die Kodierarbeit erheblich erleichtern würde. Natürlich sind auch für den OPS-301 Dateien und Druckversionen in allen wichtigen Formaten anzubieten. Am Beispiel des OPS-301 ist auch aufzuzeigen, dass die Arbeit eines medizinischen Klassifikationszentrums langfristig anzulegen ist und nicht temporär mit der Einführung eines neuen Schlüssels nach vielleicht 2 Jahren erledigt ist. Medizinische Prozeduren werden ständig neu erfunden, modifiziert oder abgeschafft, so dass ein periodisch strukturierter Änderungsdienst einzurichten ist. Dabei kann es auch, wie jetzt beim OPS-301, geschehen, dass man die Grenzen der Grundstruktur des Schlüssels erreicht. Jede Fortentwicklung wird mit immer problematischeren Kompromissen erkaufte, und es kann ein grundsätzlich neuer Schlüssel erforderlich werden (siehe Kapitel 2.2).

Neben der ICD und dem OPS-301, die in ganz breitem Umfang von über 200.000 Ärzten anzuwenden sind, muss sich ein medizinisches Klassifikationszentrum auch um weniger häufig genutzte, aber ebenfalls wichtige amtliche Klassifikationen kümmern. Hierzu zählen z.B. die erst vor ein paar Jahren über das Medizinproduktegesetz eingeführte **Nomenklatur für Medizinprodukte UMDNS** (Universal Medical Device Nomenclature System) [4], die u.a. zur amtlichen Anzeige klinischer Prüfungen und zur Meldung von bestimmten Vorkommnissen durch Medizinprodukte benötigt wird, sowie die als Nachfolgeklassifikation geplante GMDN (Global Medical Devices Nomenclature).

2.2 Erstellung, Herausgabe, Pflege und Akkreditierung von noch nicht amtlichen Schlüsselverzeichnissen

Deutschland ist weltweit das vermutlich einzige Land, das die gesamte stationäre Abrechnung mit ganz wenigen Ausnahmen auf die oben genannten DRGs umstellen will. Dabei ist jetzt schon abzusehen, dass langfristig der derzeitige amtliche Prozedurenschlüssel OPS-301 wegen seiner dafür unzureichenden Struktur und seiner primären Begrenzung auf chirurgische Fächer abgelöst werden muss. Das Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen und andere Stellen empfehlen, als künftigen Ersatz des OPS-301 eine deutsche Version des viel flexibleren multiaxialen **Procedure Coding Systems (PCS)** zu entwickeln [5].

Noch bevor ein solcher, alle operativen und konservativen Fächer umfassender Prozedurenschlüssel amtlich wird, sollte sich ein Klassifikationszentrum in Kooperation mit den künftigen Nutzern und Betroffenen intensiv mit seiner Entwicklung befassen. Wegen des befristet zu leistenden hohen Entwicklungs- und Einführungsaufwandes für den Aufbau eines neuen und so großen medizinischen Schlüssel-systems wie das PCS muss dafür auch Projektarbeit an kompetente und möglichst neutrale Stellen nach außen vergeben werden. Im Aufbau dieses deutschen PCS ist also eine wesentliche große Aufgabe des DZMK zu sehen.

Die Bewertung von Fallklassen, wie sie beim DRG-Verfahren oder bei Abrechnungskategorien von Gebührenordnungen benötigt wird, durch Punkte, DM oder Euro soll nicht Aufgabe eines Klassifikationszentrums sein. Hierfür sind andere Stellen, wie z.B. das künftige Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bei der Selbstverwaltung, zuständig, mit denen allerdings ein enger Kontakt zu pflegen ist.

Eine deutschsprachige Version der **International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)** [6], die von der WHO als Ergänzungsklassifikation zur ICD herausgegeben wird und neben anderen Klassifikationen z.B. zur Qualitätssicherung und vergleichenden Beschreibung der Leistungen und Anforderungen an Rehabilitationsmaßnahmen benutzt werden kann, ist vom Klassifikationszentrum zu betreuen. Die deutsche Übersetzung dieser Klassifikation ist als "Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen" 1995 erschienen. Im Mai 2001 hat die WHO eine Neufassung unter dem Titel „**International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)**“ [6] verabschiedet, deren deutschsprachige Fassung derzeit vom VDR betreut wird („Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“). Mittelfristig sollte sie in die Betreuung des DZMK übergehen.

Die zweibändige deutschsprachige Version [7] der 2. Auflage der **International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O)** [8], die eine ergänzte und verbesserte Klassifikation der Neubildungen darstellt und über Konvertierungstabellen die Notationen der ICD-10 für diese Erkrankungen berücksichtigt, ist entsprechend der internationalen Entwicklung (aktuell: 3. Auflage) fortzuschreiben und an die deutsche medizinische Terminologie anzupassen. Passend zum Topographieteil der ICD-O ist auch die **TNM-Klassifikation** für das Staging ma-

ligner Tumoren weiterentwickelt worden. In Kooperation mit dem Informationszentrum für Standards in der Onkologie (ISTO) [9] der deutschen Krebsgesellschaft sind in Zusammenarbeit mit den entsprechenden wissenschaftlichen Fachgesellschaften alle diese Schlüssel-systeme zu pflegen und gemeinfrei zur Verfügung zu stellen. Onkologische Klassifikationen sind wegen der Einführung immer feinerer Diagnosetechniken einem stärkeren Wandel unterworfen, so dass häufig der Fall auftreten wird, dass Auswertungen über unterschiedliche Versionen durchgeführt werden müssen. Daher müssen auch Konversionslisten für die Topographie- und vor allem Histologie-Codes unterschiedlicher ICD-O-Versionen in verbindlicher Form publiziert und Kodierregeln und sonstige Hilfen angeboten werden.

Halboffizielle **Spezialklassifikationen für einzelne medizinische Fächer**, wie z.B. DSM IV für die Psychiatrie und die AO-Klassifikation für Osteosynthesen in der Chirurgie und Orthopädie, bilden in ihren Fächern breit akzeptierte und viel genutzte Standards und sind vom DZMK zumindest zu beobachten und möglichst auch zu unterstützen. Ihre Überführung in amtliche Klassifikationen wäre auf der Anwenderseite ohne großen Aufwand möglich und auf Seiten der Nutzer der damit erstellten Statistiken und Analysen sehr hilfreich.

Weitere medizinische Klassifikationen und Nomenklaturen, wie z.B. die Systematized Nomenclature of Medicine (SNOMED) sowie solche für Arzneimittel, Arzneimittelnebenwirkungen, anatomische Begriffe, chirurgische Lokalisationsbezeichnungen usw., sind ebenfalls vom medizinischen Klassifikationszentrum in ihren Entwicklungen passiv zu verfolgen oder aktiv zu unterstützen.

2.3 Kontakte zu anderen nationalen und internationalen Klassifikationszentren und entsprechenden Organisationen

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

In einem weiteren Schritt ist das DZMK für Aufgaben im gesamten deutschsprachigen Raum zu entwickeln, bei dem neben der Schweiz und Österreich auch die Bedürfnisse deutscher Sprachgruppen, z.B. in Ostbelgien, Luxemburg, Dänemark usw., zu berücksichtigen sind. Dies entspräche der Bedeutung des Deutschen als Amtssprache in der WHO-Europaregion. Im Gegensatz zu vielen anderen Sprachen und sogar zu finanziell schwachen Sprachbereichen (Portugiesisch, Chinesisch) gibt es bisher für das Deutsche leider kein „WHO Collaborating Center“, wie es entsprechend den WHO-Empfehlungen für die einzelnen Sprachräume aufzubauen wäre. Die erfolgsversprechenden Bemühungen des DIMDI dazu sind zu unterstützen und auch innerhalb Deutschlands durch entsprechende Strukturen zu stärken. So ist z.B. das "WHO Collaborating Center for the Classification of Diseases for North America" zusammen mit dem US "National Center of Health Statistics" der "Centers for Disease 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 u.a. gleichzeitig als WHO Collaborating Center für die ICIDH arbeitet.

Ein gutes Beispiel für ein ausländisches Klassifikationszentrum, das ganz ähnliche Aufgaben wie das künftige deutsche erfüllt und speziell auch die klassifikatorische Arbeiten für das

DRG-Verfahren, wie es in Deutschland einzuführen ist, leistet, ist das **australische "National Centre for Classification in Health"**. Hier sind insgesamt 39 Personen beschäftigt, die sich auf folgende Hauptabteilungen verteilen: 1) Administration, 2) Classification, Support and Development, 3) Publication and Technology, 4) Education Services, 5) Quality, 6) Professional Relativities Study. Dieses australische Klassifikationszentrum versteht sich als Zentrum für klinische Kodiersysteme und bietet seine Dienste gemeinfrei an. Es ist drei Universitäten angegliedert und wird hauptsächlich vom Gesundheitsministerium, dem Institut für Gesundheit und Wohlfahrt und dem Institut für Statistik getragen.

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

Weiterhin 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

Wie bereits kurz erwähnt, 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 Verschlüsselungsschulungen durchzuführen. Die Kodierhilfen sind anwendungsspezifisch zu entwickeln und z.B. zur Diagnosenverschlüsselung für die Todesursachenstatistik nach internationalen Standards anders zu formulieren als für die deutschen DRGs. Dabei sollten möglichst auch Kodierhilfen in Form von (halb-)automatischen Kodierverfahren bereitgestellt werden. Die Erstellung und den Vertrieb komplexer Verschlüsselungsprogramme sollte die Softwareindustrie leisten, wobei das DZMK die Qualität von (halb-)automatischen Kodierverfahren zu prüfen bzw. deren Prüfung zu veranlassen und ggf. zu zertifizieren hätte. Es sind anwenderspezifische Schulungen zur korrekten und effizienten Kodierung und zur Qualitätssicherung der Verschlüsselung durchzuführen (diese Leistungen können sinnvollerweise [entgeltpflichtig] auch auf externe Institutionen verlagert werden). Es sind Zuordnungssysteme und Umsetztabelle zwischen verschiedenen Klassifikationen zu entwickeln und laufend neuen Gegebenheiten anzupassen, Abstimmungs- und Freigabeverfahren zu koordinieren usw. Hierbei sind z.B. auch die Ergebnisse des UMLS-Projekts (Unified Medical Language System) [10] der US-amerikanischen National Library of Medicine zu berücksichtigen.

2.5 Arbeit als Clearinghouse und Hotline

Die verbindliche Verschlüsselung neuer Krankheiten und die Klärung strittiger Kodierungen ist anhand standardisierter Regeln, Referenzlisten und amtlicher Kodierrichtlinien zu leisten (letztere werden im Jahre 2001 von der Selbstverwaltung für das DRG-Verfahren veröffentlicht und künftig vermutlich vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK] betreut). In diesem Sinne hat das DZMK als verantwortliche Institution und darüber hinaus auch bei entsprechender Beratung durch Spezialisten und Organisationen als fachkompetentes Clearinghouse in enger Abstimmung mit dem im Aufbau befindlichen Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu arbeiten. Dabei sollte sich das DZMK auch an (klassifizierten) Begriffssammlungen orientieren, die, in der Regel intern, 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. Das DZMK darf nicht nur konservierend arbeiten, sondern muss auch neue medizinische Erkenntnisse und praktische Gepflogenheiten aufgreifen können.

Insgesamt hat das DZMK als Kontaktstelle, Ansprechpartner und Koordinierungszentrum für möglichst alle Fragen der medizinischen Terminologie und Klassifikation zu fungieren.

Zur effizienten und kompetenten Unterstützung der routinemäßigen Verschlüsselungsarbeit in Krankenhaus und Praxis sind telematische und telefonische Hotlines aufzubauen, um Fragen und Probleme der Anwender schnell klären zu können.

Alle diese Leistungen sind für die Anwender in der Regel kostenlos und als „Public Domain“ zu erbringen. Nach Gründung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ist eine sinnvolle Aufgabenteilung mit dieser Institution vorzunehmen.

2.6 Externe Partner und Referenzzentren

Das DZMK muss nicht alle Standardisierungsarbeiten selbst leisten, sondern kann sich auch entsprechender Arbeiten anderer Stellen bedienen und dafür nach Prüfung amtliche Zertifikate oder Empfehlungen ausgeben. Ähnlich wie z.B. die nationalen Referenzzentren des Robert-Koch-Instituts (RKI), die dezentral Spezialaufgaben als Centers of Excellence dauerhaft im Auftrag des RKI übernehmen, sollten auch besonders kompetente externe Stellen als Referenzzentren für medizinische Klassifikationen langfristig Aufgaben z.B. zur Thesauruspflege übertragen bekommen. Solche Referenzzentren könnten z.B. wissenschaftliches und fachliches Spezialwissen, das im DZMK nicht direkt verfügbar ist, aufbauen und in die Klassifikationsarbeit einbringen. Das DZMK soll angesichts seines begrenzten Stammpersonals besonders auch für temporär aufwendige Arbeiten, z.B. bei der Entwicklung und Einführung neuer Klassifikationen, Aufträge an externe Stellen vergeben können. Externe Aufträge sind schließlich auch für die wissenschaftliche Begleitforschung und für eine unabhängige Evaluation der Leistungen des DZMK nötig.

2.7 Mitarbeit an Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitswesens

Über die eng an Gesetze und Verordnungen gebundenen Aktivitäten hinaus wäre in einem Deutschen Zentrum für medizinische Klassifikation 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 internationalen standardisierten medizinischen Terminologien und Klassifikationen 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 Deutschen Zentrums für medizinische Klassifikation

3.1 Bundesinteresse

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 hinausreichenden Breite des deutschen Sprachraums und der dringend notwendigen Kontakte zu anderen Sprachräumen und übergeordneten Organisationen, z.B. der WHO, ist die Kompetenz des Bundes für das DZMK unbedingt erforderlich. Das Bundesinteresse resultiert außerdem wesentlich aus den bereits erwähnten Anforderungen des SGB V und betrifft auch die bundesweit arbeitende Selbstverwaltung im Gesundheitswesen.

3.2 Funktionen des DIMDI

Als Bundesinstitut im Geschäftsbereich des BMG 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 für ICD, OPS-301, PCS und UMDNS (s. 2.1). Die vielen übrigen Aufgaben eines solchen Klassifikationszentrums, wie sie z.B. vom National Center for Health Statistics (NCHS) bei den Centers for Diseases Control in den USA bearbeitet werden, werden leider in der Bundesrepublik bisher nur unzureichend verfolgt. DIMDI sollte aber nach entsprechendem Ausbau auch ein Deutsches Zentrum für medizinische Klassifikation darstellen. 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 wahrnimmt, ist beim DIMDI besonders effizient möglich, denn es bietet hierfür mit seiner personellen und technischen Infrastruktur eine gute Basis.

3.3 Mitwirkung externer Experten, Anwender und Nutzer medizinischer Klassifikationen

Die fachliche Arbeit eines solchen Zentrums soll sich bei der Entwicklung von Klassifikationen aber auch 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 DZMK wird nicht nur eine Kontaktaufnahme, sondern eine möglichst enge Mitarbeit wissenschaftlicher Gesellschaften und Institutionen, vor allem über die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF), benötigt [11]. Die Bildung von

Fachgruppen am Klassifikationszentrum, ähnlich wie es sie für andere Institutionen im Geschäftsbereich des BMG gibt, ist am besten über die AWMF zu koordinieren.

Im Rahmen der Tätigkeiten des DZMK ist die GMDS durch Benennung einzelner Fachwissenschaftler, z.B. als Mitglieder für einen wissenschaftlichen Beirat oder für Fachgruppen, bereit, das Klassifikationszentrum zu beraten, Empfehlungen für dessen Arbeit vorzuschlagen und diese konkret zu unterstützen. Da die GMDS fachgebietsübergreifend und mit Methoden der Informatik, Biometrie und Epidemiologie für alle medizinischen Gebiete und das gesamte Gesundheitswesen aktiv ist, liefert sie einen besonderen Beitrag zu den zentralen Koordinierungs- und Standardisierungsfunktionen des medizinischen Klassifikationszentrums.

Das Deutsche Zentrum für medizinische Klassifikation 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 fachärztlichen Gebieten, notwendig. Es ist nicht nur nötig, formal korrekt konstruierte Schlüsselsysteme, Nomenklaturen usw. in der Medizin aufzubauen, sondern auch praktikable und von anerkannten medizinischen Sachverständigen empfohlene Lösungen zu präsentieren.

4. Arbeitsmethode des Deutschen Zentrums für medizinische Klassifikation

Die Arbeitsweise des DZMK hat sich zunächst an den bisherigen Methoden und Abläufen der entsprechenden Stellen beim DIMDI zu orientieren, die kritisch zu analysieren sind. 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 vorzugreifen zu wollen, kann jetzt schon festgestellt werden, dass das im Abschnitt 2.3 erwähnte medizinische Klassifikationszentrum in Australien sehr gute und praktisch bewährte Arbeitskonzepte entwickelt hat, die auch für DZMK nützliche Anregungen bieten.

Da eine besonders wichtige und schwierige Aufgabe des DZMK die Entwicklung und Einführung neuer Klassifikationsstandards ist, sollen hierfür im folgenden einige erste Vorschläge gemacht werden.

Zunächst sind für jede neue Klassifikation Voruntersuchungen vom DZMK zu leisten, und es ist unter Einschaltung des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen eine Klassifikationsentwicklungsgruppe zu bilden, die mit Vertretern der von der Klassifikation betroffenen Anwender und Nutzer besetzt und vom DZMK 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 dem folgenden Fünf-Phasen-Modell, das auf der Grundlage niederländischer Erfahrungen im EU-Projekt SESAME 1991 veröffentlicht worden ist:

1. **Nachfragephase:** Definition und Begrenzung des Anwendungsgebiets der Klassifikation bzw. Terminologie, Klärung der Standardisierungsarbeit in den vorgesehenen Nutzungsbereichen, Durchführbarkeitsstudie, Detailplan.

2. **Entwurfsphase:** Erstellung eines vorläufigen Standards, Definition der Voraussetzungen für die Kommentarphase.
3. **Kommentarphase:** 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 zu modifizieren und anzuwenden, wobei besonders in Phase 1 das BMG und/oder die Selbstverwaltung dem KKG Ziele vorgeben, die im KKG beraten werden und vom DZMK im Einzelnen operational umgesetzt werden. Das KKG lässt sich dazu in bestimmten Abständen, z.B. entsprechend den genannten fünf Phasen, berichten, beaufsichtigt die Arbeiten und hält den übergeordneten Kontakt zu BMG und Selbstverwaltung. Zu Fragen der Klassifikation im stationären Gesundheitswesen haben alle Beteiligten und besonders das DZMK intensive Kontakte zum Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu pflegen, das auf der Basis der Diagnosen- und Prozedurenschlüssel sowie weiterer Angaben die DRG-Definitionen und die Kalkulation der einzelnen Fallgruppen im Auftrag der Selbstverwaltung entwickelt.

5. Ausstattung des Deutschen Zentrums für medizinische Klassifikation

Um seine vielfältigen Aufgaben fachgerecht und hinreichend zügig für die Nutzer bewältigen zu können, braucht das DZMK eine Minimalausstattung an Personal- und Sachmitteln. Wenn die Infrastruktur an Räumen und Informationstechnik des DIMDI und dessen vorhandene, mit medizinischen Klassifikationen befassten Fachkräfte mit genutzt werden können, braucht das DZMK in einer ersten Überschlagsberechnung zusätzlich 10 Personalstellen und ca. 400.000 DM Haushaltsmittel pro Jahr für vier bis zehn Aufträge an externe Partner.

Die 10 Personalstellen gliedern sich etwa folgendermaßen:

Leitung und Sekretariat

- 1 Arzt / Ärztin oder Medizininformatiker
- 1 Sekretärin

Inhaltliche Bearbeitung der medizinischen Klassifikationen

- 2 Ärzte / Ärztinnen
- 1 Medizinische(r) Dokumentarin / Dokumentar

Informationstechnik und elektronisches Publizieren

- 1 Diplom-Informatiker (FH)
- 1 IT-Fachkraft

Schulung, Clearinghouse, Hotline

- 1 Arzt / Ärztin

2 Medizinische Dokumentarinnen / Dokumentare

Insgesamt werden also beim DIMDI als Mindestausstattung für das DZMK zusätzlich etwa 1,6 Mio. DM benötigt, von denen 1,2 Mio. DM als Personalmittel und 0,4 Mio. DM für externe Partner anzusetzen sind. Da eine genauere Aufgabenabgrenzung zur Zeit noch nicht vorgenommen werden kann, sind diese Angaben natürlich als vorläufig zu betrachten.

6. Schlussbemerkung

Autoren und KKG sind zuversichtlich, mit diesem Memorandum einen entscheidenden Beitrag zum Aufbau eines Deutschen Zentrums für medizinische Klassifikation geleistet und erste Konzepte zu dessen Aufgaben und Arbeitsweise gegeben zu haben.

7. Literatur

- [1] <http://www.dimdi.de/germ/klassi/kkg/lskkg.htm>
- [2] Klar, R., B. Graubner, J. Michaelis et al.: Memorandum zum Aufbau und Betrieb eines medizinischen Klassifikationszentrums. Im Auftrag der GMDS. Stuttgart: Schattauer. 1991 [Schriftenreihe der GMDS. 12.]
- [3] Arbeitsgruppe „Medizinische Dokumentation und Klassifikation“ der GMDS (Bülzbruck, H., E. Glück, B. Graubner et al., federführend: A. Zaiß): Leitfaden zur medizinischen Basisdokumentation nach § 301 SGB V. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft. 1997
Klar, R., B. Graubner u. C. Th. Ehlers: Leitfaden zur Erstellung der Diagnosenstatistik nach § 16 Bundespflegesatzverordnung (BPflV). Hrsg.: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA). Bonn: BMA. 1986. 2., verb. Aufl. 1988. Nachdruck u.a. in: ICD-9, Band IA. Köln: Kohlhammer. 1988 und 1993
- [4] <http://www.dimdi.de/germ/klassi/fr-klassi.htm>
- [5] <http://www.dimdi.de/germ/klassi/pcs/fr-pcs.htm>
- [6] Matthesius, R.-G., K.-A. Jochheim, G. S. Barolin u. Chr. Heinz (Hrsg.): ICIDH. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. Berlin: Ullstein Mosby. 1995
International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Ed. by WHO. 2001
- [7] Wagner, G. (Hrsg.): Tumorlokalisationsschlüssel. Topographischer Teil der ICD-O.) 5. Aufl. Berlin, Heidelberg etc.: Springer. 1993
Grundmann, E., P. Hermanek u. G. Wagner (Hrsg.): Tumorhistologieschlüssel. Empfehlungen zur aktuellen Klassifikation und Kodierung der Neoplasien auf der Grundlage der ICD-O. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg etc.: Springer. 1997
- [8] April, F., et al. (eds.): International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O). 3rd ed. Geneva: WHO. 2000
- [9] <http://www.med.uni-giessen.de/isto>
- [10] <http://www.nlm.nih.gov/research/umls/umlsmain.html>
- [11] <http://www.awmf-online.de>