

Bibliographische Angaben:

Dieser Aufsatz ist auf den Seiten 41-69 des folgenden Buches abgedruckt:

ICIDH - International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Teil 1: Die ICIDH - Bedeutung und Perspektiven. Teil 2: Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. Ein Handbuch zur Klassifikation der Folgeerscheinungen der Erkrankung. Hrsg. v. R.-G. Matthesius, K.-A. Jochheim, G. S. Barolin u. Chr. Heinz. Übers. v. R.-G. Matthesius. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby. 1995. 413 S. ISBN 3-86126-082-4.

WESENTLICHE KLASSIFIKATIONEN FÜR DIE MEDIZINISCHE DOKUMENTATION IN DEUTSCHLAND UND IHR ENTWICKLUNGSSTAND

Bernd Graubner

1. Einleitung

"Die sind weise zu nennen, die Dinge in die rechte Ordnung bringen." Dieses schöne Wort des Thomas VON AQUIN (1224/25-1275) ist der deutschen Ausgabe der TNM-Klassifikation [46] vorangestellt. Es ist ein gutes Leitwort für diejenigen, die sich der Mühe unterziehen, das zeitbedingte Wissen eines bestimmten Fachgebietes in einer Klassifikation geordnet darzustellen (Klassifikationsentwicklung) bzw. die entsprechenden Realitäten unserer Welt in das Skelett einer Klassifikation einzuordnen (klassifizierende Dokumentation).

Angesichts der zunehmenden Komplexität der medizinischen Forschung und Betreuung sowie der steigenden Kosten für das Gesundheitswesen einerseits und der verbesserten Möglichkeiten der Informationsverarbeitung andererseits haben die medizinische Dokumentation und die zu ihrer Strukturierung und Auswertung nötigen medizinischen Klassifikationen und Nomenklaturen in unserem Jahrhundert eine zunehmende Bedeutung gewonnen. Die europäischen Einigungsbestrebungen und die weltweite Kommunikation und Kooperation stellen entsprechende Bemühungen in internationale Zusammenhänge, denn ohne eine einheitliche Kommunikationsbasis sind vergleichende Untersuchungen und Schlußfolgerungen unmöglich oder zumindest fragwürdig.

Im vorliegenden Beitrag soll der Benutzer der "Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen" (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps [ICIDH]) einen orientierenden **Überblick über die für deutsche Verhältnisse gegenwärtig wichtigen medizinischen Klassifikationen und Nomenklaturen** erhalten, die für Krankheiten und gesundheitsrelevante Probleme sowie für medizinische Prozeduren im weiteren Sinne bedeutungsvoll sind. Nach der zusammenfassenden Darstellung im 1. Kapitel werden in den Kapiteln 2 bis 5 vor allem folgende Klassifikationen und Nomenklaturen behandelt:

2. Krankheitsklassifikationen
 - 2.1 Internationale Klassifikation der Krankheiten, 9. bzw. 10. Revision (ICD-9, ICD-10)
 - 2.2 Internationale Klassifikation psychischer Störungen
 - 2.3 ICD für die Onkologie (ICD-O)
3. Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (ICPM)
4. Internationale Klassifikation für die medizinische Grundversorgung (ICPC)
5. Systematisierte Nomenklatur der Medizin (SNOMED) und Internationale Nomenklatur der Krankheiten (IND)

Diese Darstellung soll dem Leser und Benutzer die **Einordnung der ICIDH in die inhaltlichen Zusammenhänge der verschiedenen medizinischen Klassifikationen** erleichtern und definiert auf indirekte Weise ihre Einsatzgebiete. Bezüglich ausführlicherer Angaben zu den einzelnen Klassifikationen und Hinweisen zu weiteren Klassifikationen sowie umfangreicheren Literaturangaben sei der Interessierte ausdrücklich auf die Übersichtsarbeiten und Bibliographien [4] [15] [16] und [17] hingewiesen, in denen beispielsweise auch die hier unberücksichtigten Klassifikationen für Arzneimittel behandelt werden.

1.1 Medizinische Klassifikationen

Klassifikationen von Krankheiten und ihren Folgen, von Medikamenten, Organen, Operationen und anderen therapeutischen oder diagnostischen Verfahren usw. unterstützen die **systematische Ordnung des medizinischen Wissens**. Sie dienen u. a. behandelnden und forschenden Ärzten, den Verwaltungsmitarbeitern im Gesundheitswesen und bei den Kostenträgern sowie dem Staat selbst bei der standardisierten medizinischen Dokumentation und deren Auswertung, d. h. der (statistischen) Zusammenfassung von Einzelerkenntnissen (Aggregation, z. B. Kennziffernaufbereitung in der Gesundheitsberichterstattung) und dem gezielten Wiederfinden von Einzelergebnissen (Retrieval). Aktuell hat die Nutzung als Leistungsdokumentation und ihre Verknüpfung mit der Finanzierung des Gesundheitswesens eine besonders hohe Priorität.

Ein Hauptproblem der Anwendung medizinischer Klassifikationen ist gegenwärtig die **Verfügbarkeit und kontinuierliche Pflege geeigneter medizinischer Klassifikationen**, für die allgemein akzeptierte **nationale bzw. internationale Lösungen erforderlich** sind. Leider gibt es bisher in Deutschland keine ausschließlich dafür tätige Institution [39]. Im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit (BMG; bis 1990: Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit [BMJFFG]) ist seit Jahren das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) neben seinen sonstigen Aufgaben mit der Bearbeitung der ICD befaßt. (In der DDR ist auf diesem Gebiet das Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung, Berlin, recht erfolgreich tätig gewesen. Leider hatte die DDR-Abgrenzungspolitik nahezu jede Kooperation mit den bundesdeutschen Institutionen verhindert.) Im internationalen Rahmen hat die **Weltgesundheitsorganisation (WHO)** hauptsächlich die Verantwortung für die ICD; sie hat jedoch beispielsweise auch die ICPM und die ICIDH herausgegeben und ist an der IND beteiligt. Natürlich beschäftigt sich auf nationaler und internationaler Ebene eine Anzahl weiterer Institutionen und Organisationen mit Standardisierungs- und Klassifikationsfragen in der Medizin, doch handelt es sich dabei meist um eher technisch-industrielle (Entwicklung von Informationssystemen, Kommunikationsprotokollen, Datacard-Formaten usw.) oder um allgemeinwissenschaftliche bzw. literaturdokumentarische Probleme. Genannt seien hier u. a. (Nachweise z. B. in [18]):

- DIN Deutsches Institut für Normung, Berlin, darin: Normenausschuß Medizin,
- Comité Européen de Normalisation (CEN), Brüssel, insbesondere das 1990 gegründete Technical Committee 251 on Medical Informatics (TC 251),
- International Standardization Organization (ISO), Genf, insbesondere Technical Committee 37 (terminologische Standardisierung),
- Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), Genf, sowie
- das seit 1986 betriebene Projekt "Unified Medical Language System" (UMLS) der US National Library of Medicine (NLM), Bethesda/USA, mit dem die Überwindung von nationalen und internationalen Sprachbarrieren in den verschiedensten medizinischen Dokumenten, zu denen auch Klassifikationen zählen, und den daraus abgeleiteten Daten angestrebt wird. Als Quellen werden u. a. die Medical Subject Headings (MeSH) der NLM, die ICD-9-CM [21], das DSM-III-R [10] und die SNOMED [44] benutzt. Das System liegt in englisch und zum Teil in französisch vor, die Einbeziehung des Deutschen ist erwünscht.

1.2 WHO-Konzept der "Familie der krankheits- und gesundheitsbezogenen Klassifikationen"

Die WHO hat in Vorbereitung der ICD-10 das Konzept der "Familie der krankheits- und gesundheitsbezogenen Klassifikationen" aufgestellt (Family of disease and health-related classifications). Es entstand aus der Erkenntnis, daß man keine einheitliche Klassifikation für die gesamte Medizin aufstellen kann, sondern für die verschiedenen Einsatzgebiete spezielle Klassifikationen entwickeln muß, die auch unterschiedliche Erarbeitungsprinzipien haben. Das Schema der Abbildung 1 zeigt die **ICD als Kern- oder Mutterklassifikation** (Core Classification), um die sich die anderen Klassifikationen gruppieren. Aus ihr unmittelbar abgeleitet sind die **fachspezifischen Klassifikationen**, die fast immer fachbezogene, detaillierter gegliederte Teilmengen der ICD enthalten und für die sonstigen, im jeweiligen Fach weniger wichtigen Krankheiten oft zusammenfassende Schlüsselnummern vorsehen. Lediglich die für die "General medical practice" vorgesehene ICPC stellt eine eigenständigere Klassifikation dar und bietet generelle Zusammenfassungen der Diagnosen auf der allgemeinmedizinischen Ebene; außerdem enthält sie neben den Diagnosen bzw. medizinischen Problemen auch die Gründe für die Kontakte zwischen kranken und gesunden Personen und den Gesundheitseinrichtungen sowie die Maßnahmen während des Behandlungsprozesses und bildet damit in einer einzigen Klassifikation verschiedene Aspekte der medizinischen Betreuung ab.

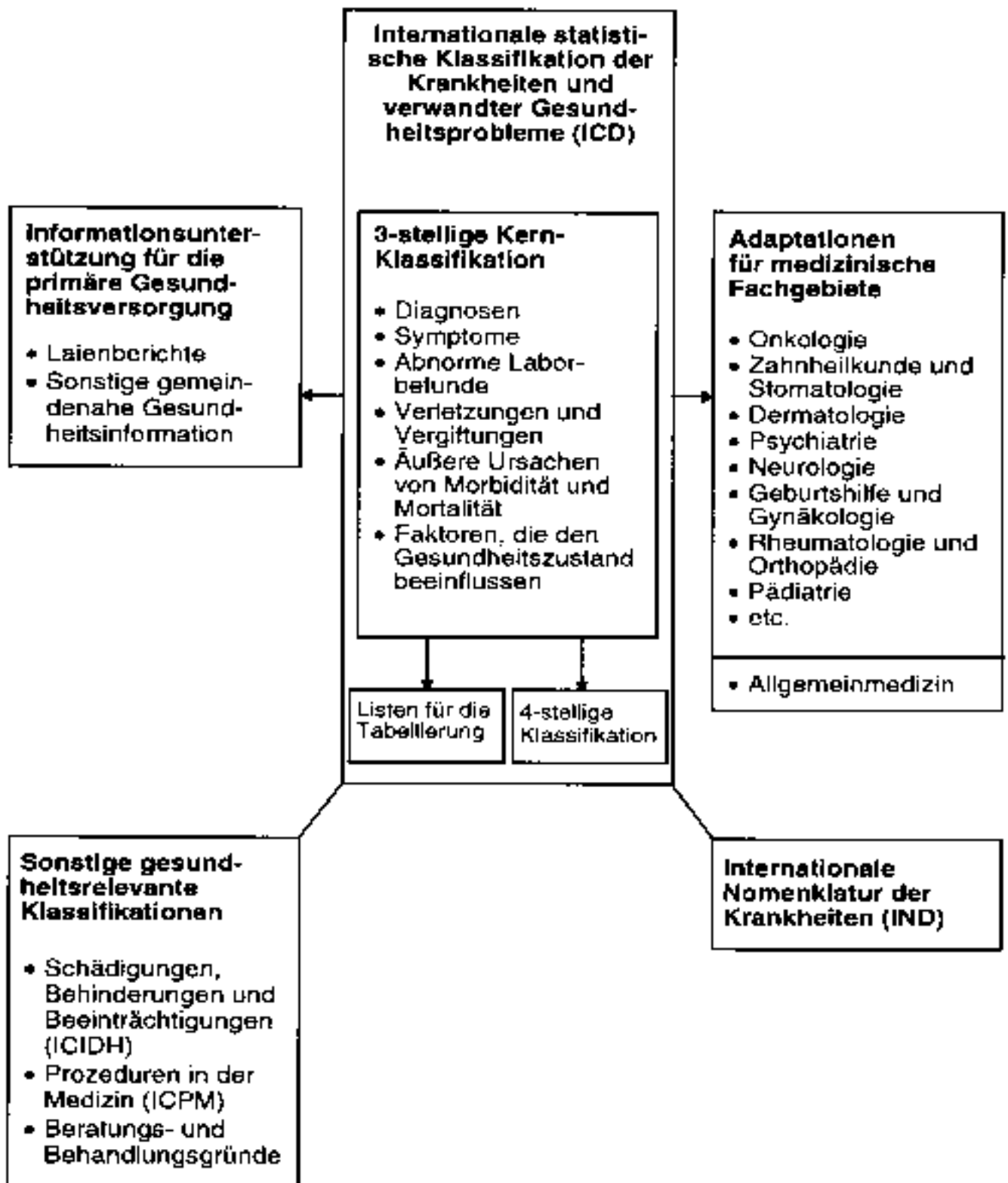


Abb. 1: Familie der krankheits- und gesundheitsbezogenen Klassifikationen (Originalwiedergabe aus den ICD-10-Bänden 1 und 2 der WHO [30])

Als "andere gesundheitsbezogene Klassifikationen" führt die Abbildung 1 als erste die **Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps)** auf, weil sie sich mit den Folgen der Krankheiten beschäftigt, die in der ICD wenig berücksichtigt

sind. (Allein auf die ICIDH wird in diesem Abschnitt ausführlicher als auf die anderen Klassifikationen eingegangen, weil diese in den nachfolgenden Kapiteln gesondert behandelt werden. Hier kommt es im wesentlichen auf die Beziehungen zu diesen anderen Klassifikationen an, denn die übrigen Aspekte werden in den anderen Aufsätzen dieses Buches vielfach dargestellt.) Das der ICD zugrundeliegende, von den Infektionskrankheiten abgeleitete Krankheitsmodell kann durch die Sequenz "Ätiologie → Pathologie → Manifestation" beschrieben werden und sieht im wesentlichen die Konsequenzen Heilung oder Tod vor. Man erkannte, daß vor allem für die chronischen, progressiven und irreversiblen Gesundheitsstörungen folgende Erweiterung des Modells nötig ist: "Krankheit → Schädigung → Fähigkeitsstörung → Beeinträchtigung". Bereits in den 50er Jahren hatten erste Arbeiten begonnen, die Möglichkeiten der ICD-Klassifizierung gemäß den Veränderungen des Morbiditäts- und Mortalitätspektrums auszuweiten, die in den entwickelten Ländern gekennzeichnet sind durch die drastische Reduzierung der Infektionskrankheiten und den wachsenden Einfluß der chronischen Krankheiten sowie der genetisch und traumatisch bedingten Schädigungen auf Gesundheits- und Leistungszustand der Bevölkerung. Diese Arbeiten wurden 1972 von der WHO aufgegriffen und führten 1976 zum Beschluß der WHO-Generalversammlung, zusammen mit der auch in diese Richtung erweiterten ICD-9 zu Testzwecken eine eigenständige Klassifikation der Schädigungen und der sich daraus ergebenden Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen zu veröffentlichen, was schließlich 1980 geschah (Reprints 1985 und 1989; deutsche Gesamtübersetzung 1990 [R. MATTHESIUS [32]], seit 1981 auszugsweise adaptierte Übersetzung [K.-A. JOCHHEIM [32]]). Von dem großen internationalen Interesse zeugen die inzwischen erfolgten Übersetzungen in mehr als ein Dutzend Sprachen. Unerwartete Schwierigkeiten verhinderten schließlich trotz (oder wegen) zahlreicher Revisionsvorschläge die gemeinsam mit der ICD-10 vorgesehene endgültige Herausgabe der ICIDH. Deshalb wurde 1993 ein revidierter Reprint aufgelegt [23], der die Grundlage für die hier publizierte zweite deutsche Ausgabe ist. Bei der weiteren Entwicklung, die zu einer Neuauflage 1995 führen soll, sind inhaltliche und praktische Probleme zu lösen, die sich u. a. auf eine ausreichend differenzierte und operationalisierte Darstellung aller Bereiche und eine einfachere und damit weniger zeitaufwendige Handhabbarkeit der Klassifikation beziehen. Die deutsche Ausgabe sollte vor allem für die Rehabilitationsmedizin neben der ICD zur wichtigsten und behandelungsentscheidenden Klassifikation werden und deshalb ihre gesetzliche Verankerung finden.

Als zweite andere gesundheitsbezogene Klassifikationen wird in dem WHO-Schema eine für Prozeduren genannt, die im Gesundheitswesen neben der für Krankheiten die wichtigste ist. Sie teilt etwas das Schicksal der ICIDH, denn die WHO-Generalversammlung von 1976 hatte auch die testweise Veröffentlichung der **Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (ICPM)** beschlossen, die 1978 erfolgt ist. Vorläufig allerdings hat die WHO angesichts der Schwierigkeiten der laufenden Aktualisierung ihre Entwicklung nahezu gänzlich eingestellt. In Deutschland wird noch 1994 eine im wesentlichen auf die Operationen bezogene auszugsweise und detailliertere offizielle Veröffentlichung der ICPM erfolgen, die für die unten erwähnten gesetzlichen Dokumentationsanforderungen notwendig ist. - Für die schließlich noch aufgeführten **Behandlungsanlässe** gibt es bisher keine international verbindliche Klassifikation. Sie sind bisher am besten in den Klassifikationen für die medizinische Grundversorgung enthalten, von denen erneut die ICPC genannt sei.

Die **Internationale Nomenklatur der Krankheiten (IND)** sollte eigentlich der ICD-10 zugrunde gelegt werden und damit international Vorzugsbenennungen und Synonyme definieren. WHO und CIOMS arbeiten gemeinsam daran, daß die IND für die Entwicklung der ICD-11 vollständig zur Verfügung stehen wird, damit dann neben die klassifikatorische auch die terminologische Standardisierung treten kann.

1.3 Gesetzliche Grundlagen für die Anwendung medizinischer Klassifikationen

Die Anwendung von Standards bei der medizinischen Dokumentation ist eine Voraussetzung für eine hohe Qualität der Datensammlung, während die Benutzung medizinischer Klassifikationen die Vergleichbarkeit dieser Daten und damit ihre Interpretation unterstützt [11] [12] [17] [18] [36] [52]. Beispiele für solche Standards im Krankenhausbereich, die auf gesetzlichen Grundlagen beruhen, waren in der DDR die seit 1968 bzw. 1979 geltenden Verordnungen über den Krankenblattsignierstreifen (medizinische Merkmale: 4 bzw. 3 Diagnosen nach den vierstelligen ICD-8- bzw. ICD-9-Schlüsselnummern [= Subkategorien] und der Operationstag) und in der alten Bundesrepublik die seit 1986 geltenden Vorschriften der **Bundespflegegesetzverordnung** von 1985 für die Diagnosenstatistiken (medizinische Merkmale: Hauptdiagnose nach den dreistelligen ICD-9-Schlüsselnummern [= Kategorien] und das sogenannte Operationsmerkmal [wegen der Hauptdiagnose operiert oder nicht?]). Mit der **Krankenhausstatistik-Verordnung** von 1990 wurde ab 1993 die landesweite anonymisierte Zusammenfassung dieser Daten festgelegt, die es früher schon, und zwar personenbezogen, in der DDR gegeben hatte. Das **Gesundheitsstrukturgesetz** von 1992 hat mit der Änderung des **Fünften Buches Sozialgesetzbuch** den Datenumfang wesentlich erweitert, um vor allem den Kostenträgern eine genauere Überprüfung der Krankenhausbehandlungen zu ermöglichen (Einweisungs-, Aufnahme-, Verlaufs-, Entlassungs-/Verlegungsdiagnosen nach den ICD-9-Subkategorien und Operationen nach den fünfstelligen ICPM-Schlüsselnummern). Gleichzeitig wurde aus Transparenzgründen auch für den vertragsärztlichen Bereich (ambulantes Gesundheitswesen) die Diagnosendokumentation nach den ICD-9-Subkategorien auf den Abrechnungsunterlagen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen festgelegt (in der DDR hatte man lediglich auf den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen die Angabe der ICD-9-Kategorien vorgeschrieben). Diese ab 1995 oder 1996 geltenden gesetzlichen Regelungen verwirklichen in Deutschland weitgehend den Vorschlag für ein Minimum Basic Data Set (M.B.D.S.) der damaligen Europäischen Gemeinschaften (EG) von 1982, der als medizinische Merkmale für die medizinische Basisdokumentation stationärer Behandlungsfälle Diagnosen sowie diagnostische und therapeutische Prozeduren vorsieht (ein gleichartiger Vorschlag für den ambulanten Bereich fehlt noch). Diese Neuregelungen bieten somit der medizinischen Dokumentation und Informatik und damit auch der Medizin als Wissenschaft besondere Chancen. Denn erst die gesetzlichen Auflagen, die derzeit vermutlich überzogen sind, führen nun zur allgemeinen Realisierung von langjährigen Vorschlägen und Forderungen auf diesem Gebiet. (Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, daß die ICD-9 für die Verschlüsselung der Todesursachen, im Rehabilitationswesen, bei der Bundeswehr und in anderen Bereichen schon länger vorgeschrieben war oder benutzt wurde.)

2. Krankheitsklassifikationen

2.1 Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD)

Die Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD: International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death [IKK war die in der DDR benutzte Abkürzung der deutschen Bezeichnung]) ist die einzige weltweit verwendete medizinische Klassifikation und betrifft im wesentlichen Diagnosen, Symptome und Verletzungen.

Fußend vor allem auf den Arbeiten von William FARR (1855) und den Entwicklungen in Deutschland, Frankreich, Großbritannien und der Schweiz, wurde 1893 auf der Tagung des Internationalen Statistischen Instituts das von Jacques BERTILLON vorgelegte Internationale Todesursachenverzeichnis zur allgemeinen Einführung empfohlen. Auf der Tagung 1899 wurde beschlossen, dieses Verzeichnis alle zehn Jahre zu revidieren. Die Revisionskonferenzen wurden 1900, 1909 und 1920 vom Internationalen Statistischen Institut durchgeführt und danach 1929 und 1938 gemeinsam mit der Gesundheitsorganisation des Völkerbundes. Die 6. Revisionskonferenz 1948, unter der Verantwortung der neu gegründeten Weltgesundheitsorganisation (WHO) abgehalten, markiert einen neuen Entwicklungsabschnitt, denn nun sollte das Verzeichnis nicht mehr nur für die Mortalitätsstatistik, sondern zunehmend auch für die Morbiditätsstatistik geeignet sein, was sich in der Namensänderung widerspiegelt: Internationales Verzeichnis der Krankheiten und Todesursachen. Die 7. (1955) und 8. Revisionskonferenz (1965, Nutzung der **ICD-8** ab 1968) begnügten sich mit vergleichsweise geringen Änderungen.

Die 9. Revision (1975) der ICD brachte eine beträchtliche Erweiterung und die Einführung des Systems der Doppelklassifizierung nach Ätiologie und Manifestation (Kreuz-Stern-Klassifizierung). Die 17 Kapitel (Klassen) der seit 1979 gültigen **ICD-9** [19] [31] [34] [38] entsprechen der historisch gewachsenen Klassifikationsstruktur, die dem heutigen Stand der Medizin nicht mehr adäquat ist. Trotzdem haben sich die 10. Revisionskonferenz 1989 und die 43. WHO-Generalversammlung 1990, vor allem aus Kontinuitätsgründen, nicht zu einer grundlegend neuen Struktur entschließen können. So sind die Kapitel weiterhin nach topographischen, ätiologischen, altersmäßigen und anderen Gesichtspunkten gegliedert. Die **ICD-10** [30] enthält jedoch gegenüber der ICD-9 einige wesentliche inhaltliche und formale Änderungen.

Äußerlich drückt sich die inhaltliche Erweiterung im Namen aus: "**Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10)**" (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [ICD]) [30]. Dabei stellt die ICD-10, wie oben ausgeführt worden ist (vgl. Abb. 1), die Kern- oder Mutterklassifikation, das Herzstück einer zu entwickelnden "Familie der krankheits- und gesundheitsbezogenen Klassifikationen" dar. Die Zahl der Kapitel ist von 17 auf 21 erhöht worden, indem ein Kapitel auf drei aufgeteilt und zwei bisherige Zusatzklassifikationen als neue Kapitel eingeordnet worden sind. Das bisherige Kapitel "VI. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane" wird abgelöst von den neuen Kapiteln "VI. Krankheiten des Nervensystems", "VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde" und "VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes". Die bisherige "Zusatzklassifikation der äußeren Ursachen bei Verletzungen und Vergiftungen", die sogenannte E-Klassifikation (Codes E800 - E999), wird durch das Kapitel "XX. Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität" ersetzt (bereits in der ICD-8 waren das jetzige Kapitel "XVII. Verletzungen und Vergiftungen" und die E-Klassifikation mit den Codes 800-999 und den vorgesetzten Buchstaben N bzw. E Bestandteile einer einzigen Klassifikation). Die bisherige "Zusatzklassifikation für Faktoren, die den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens beeinflussen", die sog. V-Klassifikation, bildet in der ICD-10 das Schlußkapitel: "XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen". Inhaltliche Umstrukturierungen betreffen vor allem die bisherigen Kapitel "III. Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen im Immunsystem" und "IV. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe". Diese Kapitel heißen jetzt "III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems" und "IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten". Außerdem wurden inhaltlich verwandte Kapitel in eine bessere Reihenfolge gebracht: XIV: Urogenitalsystem (bisher: X), XV: Schwangerschaft (bisher: XI), XVI: Perinatalzeit (bisher: XV) und XVII: Angeborene Fehlbildungen (bisher XIV).

Die größte Änderung für den Benutzer ist die **Ablösung der numerischen Codes durch alphanumerische Codes**, indem die erste Stelle der Codes in der ICD-10 durch einen Buchstaben gebildet wird (A bis Z mit Ausnahme von U, das bisher nicht benutzt wird und für mögliche Erweiterungen vorgesehen ist). So wird beispielsweise die nicht näher bezeichnete Cholera statt mit 001.9 künftig mit A00.9 zu verschlüsseln sein (die Position 00 ist wieder besetzt!). Das Kapitel XX, die bisherige E-Klassifikation, reicht von V01 bis Y98 und das Kapitel XXI, die bisherige V-Klassifikation, von Z00 bis Z99. Durch diese Codeänderung konnte die Zahl der dreistelligen Notationen für die Kategorien erheblich vermehrt werden. Waren beispielsweise in den 17 Kapiteln der ICD-9 theoretisch 999 und tatsächlich 909 dreistellige Notationen vorgesehen (unter Berücksichtigung der in der Bundesrepublik Deutschland eingefügten drei Notationen für HIV-Infektionen [042, 043 und 044]: 912 Codes), so enthalten die korrespondierenden Kapitel I-XIX der ICD-10 2.000 bzw. 1.578 dreistellige Notationen. Die gleichen Zahlen unter Einschluß der E- und V-Klassifikation sind für die ICD-9 1.299 theoretisch verfügbare bzw. 1.177 praktisch benutzte Notationen und für die ICD-10 2.500 bzw. 2.035. Man erkennt, daß die Anzahl der dreistelligen Notationen verdoppelt worden ist und daß in der ICD-9 nur 10 %, in der ICD-10 dagegen 20 % aller möglichen Notationen für spätere Erweiterungen und ähnliche Zwecke freigehalten worden sind.

Die nachfolgende Zusammenstellung der 21 Kapitel der ICD-10 soll dem Leser einen Überblick über die ICD-10 geben. In Klammern am Ende jeder Kapitelüberschrift ist buchstabensweise der benutzte Notationsbereich angegeben, ohne die dazwischen vorhandenen Lücken extra nachzuweisen; diese sind nur zwischen den Kapiteln bzw. Buchstaben aufgeführt.

- I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-A99, B00-B99)
- II. Neubildungen (C00-C97, D00-D48 [C98-C99 und D49 frei])
- III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50-D89 [D90-D99 frei])
- IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90 [E91-E99 frei])
- V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)
- VI. Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)
- VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)
- VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95 [H96-H99 frei])
- IX. Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)
- X. Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)
- XI. Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93 [K94-K99 frei])
- XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)
- XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)
- XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)
- XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)

- XVI. Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
(P00-P96 [P97-P99 frei])
- XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)
- XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)
- XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
(S00-S99, T00-T98 [T99, U00-U99 und V00 frei])
- XX. Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
(V01-V99, W00-W99, X00-X99, Y00-Y98 [Y99 frei])
- XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)

Von der englischsprachigen Originalausgabe der ICD-10 [30], deren Einführung von der WHO für das Jahr 1993 empfohlen worden war, sind bisher erst die Bände 1 (Systematik) und 2 (Regelwerk) erschienen (1992 und 1993); der 3. Band (Alphabet) ist für Ende 1994 angekündigt. Die **deutsche Übersetzung** des systematischen Teils der ICD-10 (= Band 1) wird vom DIMDI seit Ende Juli 1994 in Form von ASCII-Dateien im SGML-Format bereitgestellt (Standard Generalized Markup Language, ISO 8879). Den Grundstock dafür lieferte die deutsche Übersetzung der WHO-Version der ICD-10 von 1989 durch das damalige DDR-Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung in Ostberlin, die ab Oktober 1990 vom DIMDI weiterbearbeitet worden ist. 1990/91 erfolgte ein Abstimmungsverfahren mit medizinischen Fachgesellschaften und -institutionen, dessen Ergebnisse in die umfassende und sorgfältige Überarbeitung auf der Basis der jeweils aktuellen WHO-Versionen eingeflossen sind (zur Zeit einschließlich der WHO-Korrekturen zu Band 1 vom 30.6.94!). Da die Übersetzung laufend mit Experten der Schweiz und Österreichs abgestimmt wird, kann nun zum ersten Mal eine gemeinsame deutschsprachige ICD-Fassung vorgelegt werden. Die deutsche Übersetzung des 2. Bandes soll ebenfalls 1994 zur Verfügung stehen, während die Herausgabe des 3. Bandes für 1995 geplant ist. Der Einführungszeitpunkt der ICD-10 für die gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentationen steht noch nicht fest (für den vertragsärztlichen Bereich wird gegenwärtig der 1.1.96 diskutiert). Gute Gründe sprechen dafür, im stationären Bereich die Umstellung von der ICD-9 auf die ICD-10 so früh wie möglich, d. h. zum 1.1.96, vorzunehmen; Beharrungstendenzen in den Gesetzgebungsverfahren und bei den verschiedenen Interessenverbänden deuten leider auf eine zeitliche Verzögerung hin.

Doch noch einmal zurück zur ICD-9, die aktuell für die gesetzlichen Dokumentationen vorgeschrieben ist. Es gibt in deutscher Sprache neben den ausführlichen ICD-9-Ausgaben [19] [31] und der verdienstvollen Taschenausgabe der DDR [34] **ICD-9-Kurzausgaben**, die zwar weithin im Gebrauch sind, wegen ihres stark verkürzten Informationsgehalts aber nur so benutzt werden sollten, daß im Bedarfsfall auf eine ausführliche Ausgabe zurückgegriffen werden kann, da ansonsten, gerade für den Unerfahrenen, Fehlverschlüsselungen unvermeidbar sind. Genannt seien hier die im Bereich der Krankenkassen gern benutzte AGKV-Ausgabe [1], der 1993 eingeführte "Gemeinsame einheitliche Diagnoseschlüssel der Rentenversicherung und der Krankenversicherung" [13] und der "Alphabetische ICD-Schlüssel für den Hausarzt" von 1993 [37]. Vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) wurden zusammen mit B. GRAUBNER verschiedene ICD-9-Dateien und Listen erarbeitet, die bis zur Ebene der vierstelligen Subkategorien inhaltlich vollständige Textbezeichnungen mit standardisierten Maximallängen (60 bzw. 240 Zeichen) enthalten und vor allem für tabellarische Darstellungen und Ecoverifikationen am Bildschirm vorgesehen sind. Auf dieser Grundlage sind Entwürfe für ICD-9-Auszüge für die einzelnen ärztlichen Berufsgruppen vorgelegt worden. - In der Schweiz wird für die freiwillige VESKA-Diagnosenstatistik der VESKA-Diagnoseschlüssel 1979 [9] benutzt, bei dem die ICD-9 auf mitteleuropäische Verhältnisse gekürzt ist. Auf seiner Basis wurde 1989 in Österreich der KRAZAF-Diagnoseschlüssel [7] eingeführt, der zur generellen Verschlüsselung der Krankenhausentlassungsdiagnosen zu verwenden ist. Seine 2. Auflage 1992 wurde zu einer eigenständigen Version entwickelt.

Außerdem gibt es für einige medizinische Fachgebiete deutschsprachige **Spezialausgaben der ICD-9**, die z. T. wichtige Fachbegriffe und Erläuterungen enthalten und für das jeweilige Fachgebiet einfacher als die vollständigen ICD-9-Ausgaben zu handhaben sind, das gilt z. B. für die Kinderchirurgie [9], Neonatologie [9], Neurologie [40], Onkologie [45] [46] [47] [48], Orthopädie [54], Pädiatrie [50], Psychiatrie [8] (mit Beziehungen zur ICD-9 und ICD-10 auch [10]), Rheumatologie [9] und Urologie [9] sowie für einige Krankheitsgruppen [6] [9]. Andere Ausgaben stellen wesentliche, die ICD-9 ergänzende Klassifikationen dar (z. B. [10] [44] [45] [46]). Dem Verfasser sind von den englischsprachigen ICD-9-Spezialausgaben für die Augenheilkunde [5], die Dermatologie [27] und die Mund- und Zahnheilkunde [2] keine deutschen Ausgaben bekannt geworden. Ausführliche Übersichten über deutschsprachige und andere ICD-9-Ausgaben sind beispielsweise in [3] [4] [15] [16] [17] und [36] enthalten. - Für den Kliniker sind von großer Wichtigkeit die Einteilungen von Krankheiten in Stadien, Schweregrade, Klassen, Typen oder ähnliches, die in der ICD nur selten ihre Entsprechung finden. Eine Zusammenstellung derartiger Einteilungen, von denen die TNM-Klassifikation der Onkologie [45] [46] die wohl bekannteste ist, ist 1990 erschienen und für die Dokumentation recht hilfreich [14].

In Deutschland gibt es bisher keine entsprechend den Bedürfnissen der klinischen Dokumentation bearbeiteten und allgemein eingeführten ICD-Ausgaben. Das klassische Beispiel für eine derartige Bearbeitung ist die US-amerikanische **ICD-9-CM** (Clinical Modification) [21], deren Bände 1 und 2 die Systematik und das Alphabetische Verzeichnis der ICD-9 in erweiterter und gemäß dem klinischen Sprachgebrauch bearbeiteter Form enthalten (Notationen an vielen Stellen fünfstellig, Begriffsumfang deutlich erweitert, Eponyme und seltenere Krankheitsbegriffe oft erläutert). Band 3 ist eine Prozedurenklassifikation (siehe Kap. 3). Alle drei Bände sind seit ihrem ersten Erscheinen 1978 jährlich revidiert worden und werden nicht nur für die reine Dokumentation, sondern auch für Abrechnungszwecke benutzt, denn sie werden u. a. zur Bildung der Diagnosis Related Groups (DRGs) gebraucht. Übersetzungen gibt es beispielsweise ins Französische, Holländische, Spanische und Portugiesische, nicht jedoch ins Deutsche. Es ist zu hoffen, daß bei den deutschen Arbeiten an der ICD-10 auch Wege gefunden werden, eine den Bedürfnissen der klinischen und praktischen Medizin besser entsprechende zusätzliche ICD-Ausgabe herauszubringen. Das sollte in europäischer Kooperation geschehen und möglichst auch in Verbindung mit den US-amerikanischen Bearbeitern, die für 1995/96 eine ICD-10-CM planen. Auch wäre es nützlich, eine gemeinsame deutschsprachige "Taschenausgabe" herauszubringen, wie sie für die ICD-9 von der DDR [34] und der Schweiz [9] vorgelegt worden war.

2.2 Internationale Klassifikation psychischer Störungen

Wie schon in der ICD-8 und ICD-9 zeichnet sich das Kapitel "V. Psychische und Verhaltensstörungen" vor allen anderen durch seine umfangreichen Erläuterungen und Definitionen aus, die eine weltweit einheitliche Zuordnung von Krankheiten zu bestimmten Notationen wesentlich erleichtern. Es ist auch das einzige Kapitel, das von einer Arbeitsgruppe ärztlicher Spezialisten unter Leitung von H. DILLING ins Deutsche übersetzt worden ist. Dieses Kapitel V wurde Ende 1991 in wesentlich erweiterter Form als "**Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Klinisch-diagnostische Leitlinien**" separat für die Bedürfnisse der Kliniker publiziert [33] und enthält auch die wichtigsten Kategorien anderer ICD-10-Kapitel, die für die psychiatrische Dokumentation von Bedeutung sind. Deren Übersetzungen wurden in der 2. Auflage (1993) vollständig an die offizielle DIMDI-Übersetzung angepaßt. Damit liegt die erste deutsche Fachpublikation der ICD-10 vor, deren Vorzüge gegenüber der ICD-9 einige Ärzte auf die rasche Einführung der ganzen ICD-10 drängen lassen.

Die Entwicklung des ICD-9- und ICD-10-Kapitels V ist ein hervorragendes Beispiel einer über drei Jahrzehnte andauernden internationalen Zusammenarbeit. Die Vorversion von 1987 wurde in einem großangelegten Feldversuch von über 600 Klinikern in mehr als 30 Ländern an Personen mit psychischen Störungen sowie Alkohol- und Drogenproblemen überprüft. Die Herausgeber glauben nun, daß diese Klassifikation und Terminologie die großen Traditionen und Schulen der Psychiatrie zu repräsentieren vermag. Die Internationalisierung der Klassifikation bringt für die deutschen Psychiater auch die Abkehr von einigen gewohnten Denkmodellen mit sich. So wird versucht, "einem zumindest teilweise 'atheoretischem' Ansatz folgend, auf Begriffsbildungen wie etwa Neurose, Psychose und Endogenität zu verzichten und diese durch Einführung einer deskriptiven, an diagnostischen Kriterien orientierten Klassifikation zu ersetzen. So ersetzt der Begriff 'Störung' den der Erkrankung weitgehend; dem Prinzip der Komorbidität wird Rechnung getragen. [...] Die Herausgeber und Übersetzer stimmen nicht in allen Einzelheiten mit diesem neuen Klassifikationskonzept überein, das einen Kompromiß zwischen den Erfordernissen verschiedener Sprach- und Kulturräume darstellt, der durchaus kontrovers diskutiert wurde" (H. DILLING, W. MOMBOUR u. M. H. SCHMIDT [33]).

Als weiterführende Ausgaben dieser psychiatrischen Klassifikation sind einerseits zusätzliche "Forschungskriterien" (diagnostic criteria for research) als Leitlinien für Wissenschaftler und andererseits eine verkürzte Version für die Allgemeinmedizin geplant. Ein computerisiertes Tutorial auf der Grundlage der Buchausgabe steht zur Verfügung. Ein multiaxiales Klassifikationssystem für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ist erschienen (hrsg. v. H. REMSCHMIDT u. M. H. SCHMIDT. 3., revid. Aufl. Bern, Göttingen etc.: Huber. 1994).

2.3 Internationale Klassifikation der Krankheiten für die Onkologie (ICD-O)

In der Onkologie gibt es seit vielen Jahren auf internationaler und nationaler Ebene erfolgreiche Bemühungen um eine standardisierte Befunddokumentation, denn gerade hier hat man frühzeitig erkannt, daß ohne eine kontrollierte, qualitativ hochwertige und international vergleichbare Befunderfassung mit einheitlichen Terminologien und Klassifikationen kaum valide

Studienresultate erzielt werden können. Es sind dementsprechend eine Reihe verschlüsselter Nomenklaturen bzw. Klassifikationen veröffentlicht worden. Die wichtigste ist die von der WHO 1976 publizierte **International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O)**.

Die deutsche, bearbeitete Ausgabe wurde in zwei Teilen herausgegeben: Der **Tumor-Lokalisationsschlüssel** (ICD-O, Topographischer Teil) erschien 1988 in seiner dritten Auflage [48] und basiert auf den drei- und vierstelligen Notationen 140.0 bis 199.1 für bösartige Neubildungen des Kapitels "II. Neubildungen" der ICD-9 (weggelassen wurden 155.2, 172, 197 und 198). Mit ihm kann die Lokalisation jeder Neubildung unabhängig von ihrem dem Kapitel II zugrundeliegenden Verhalten (bösartig, gutartig, Carcinoma in situ, unsicher, unbekannt) mit einer vier- oder fünfstelligen numerischen Notation kodiert werden, die dem Aufbau des genannten II. Kapitels entspricht. Instruktive graphische Darstellungen erleichtern die Einordnung. Der **Tumor-Histologie-Schlüssel**, etwas verwirrend als ICD-O-DA (= Deutsche Ausgabe) bezeichnet, erschien 1978 [47] und basiert auf dem Neubildungskapitel der Morphologie-Dimension der SNOMED. Als zusätzliche Systematik "Morphologie der Neubildungen" (M-Klassifikation) ist diese histologische "Klassifikation", die nach eigenem Anspruch eine kodierte Nomenklatur und kein Klassifikationsschema für Neoplasmen darstellt, auch Bestandteil der ICD-9 (M8000/0 bis M9970/1). Sie umfaßt die Notationen M-8000/0 bis M-9990/6. Dabei kennzeichnen die ersten vier numerischen Stellen die histologischen Befunde, während die 5. Stelle den Malignitätsgrad (Charakter, biologisches Verhalten, Dignität) bezeichnet: 0: gutartig, 1: unsicher, ob gut- oder bösartig, 2: Carcinoma in situ, 3: bösartig, Primärsitz, 6: bösartig, Metastase, 9: bösartig, unbestimmt, ob Primärsitz oder Metastase. Zusätzlich enthält die ICD-O einen einstelligen Code für die histologische Einstufung oder Differenzierung: 1: (gut) differenziert, 2: mäßig (gut) differenziert, 3: schlecht differenziert, 4: undifferenziert, 9: Differenzierung nicht festgelegt, nicht aufgeführt oder nicht anwendbar. Eine Liste tumorähnlicher Affektionen und Läsionen führt Begriffe aus anderen Kapiteln der SNOMED-Morphologie-Dimension auf (z. B.: Tricholemmzyste [Atherom] M-3347.0, Orbitallymphom M-7229.0, Cholesteatom M-7290.0). - Ergänzend und eher als Arbeitsbücher für Histologen gedacht sind die Bände der International Histological Classification of Tumours [28], deren vorwiegend deskriptive Teile auch die Schlüsselnummern internationaler Klassifikationen wie der ICD-O und der SNOMED enthalten.

Die mit der ICD-10 weitgehend kompatible **ICD-O-Ausgabe, 2. englische Auflage** [22], erschien als erste der ICD-10-Klassifikationen bereits 1990. Sie soll erst für die ICD-11 wieder revidiert werden. In deutscher Fassung liegt der zugehörige Tumorlokalisierungsschlüssel inzwischen in zwei Auflagen vor (1991 und 1993) [48]. Die für seine 3. Auflage (1988) oben gegebenen Informationen gelten im Prinzip auch hier: Die vierstelligen Originalcodes sind unter strenger Beachtung der Übereinstimmung in den ersten vier Stellen teilweise auf fünf Stellen erweitert worden, die Bebilderung wurde beibehalten. Aus der ICD-10 wurden die Kategorien C00.0 bis C80 verwendet (mit Ausnahme von C43, C45, C46, C78 und C79) und die unbesetzte Kategorie C42 mit den Tumoren des hämatopoetischen und retikuloendothelialen Systems belegt. Weitere Details und Unterschiede zwischen ICD-10 und ICD-O sind in der ausführlichen Einleitung dieser Neuausgabe nachzulesen, die als Hilfen für den Übergang von der 3. zur 4. Auflage auch eine Liste der neu hinzugekommenen Sachverhalte und eine Konversionsliste ("Umsteigeschlüssel") enthält. - Der zugehörige deutsche Tumorhistologieschlüssel [47] soll noch veröffentlicht werden (1995?).

Zur genauen Dokumentation und Verschlüsselung der malignen Tumoren gehören zusätzliche Angaben über die Tumorgröße, den Lymphknotenbefall und die Metastasierung. Sie sind in der **TNM-Klassifikation maligner Tumoren** (TNM: Tumor [T0-T4], Noduli [N0-N3], Metastasen [M0-M1]) [46] für viele Tumorarten spezifiziert. Diese Klassifikation, zu der es als TNM-Atlas [45] auch einen illustrierten Leitfaden gibt, unterscheidet nach klinischer und pathologisch-anatomischer Beurteilung (TNM [oder cTNM] und pTNM) und stellt noch einige weitere Beschreibungsmerkmale zur Verfügung wie das histopathologische Grading (GX, G1-G4), die Diagnosesicherung (C-Faktor [Certainty]: C1-C5), die Residualtumor-Klassifikation (RX, R0, R1, R2) und die Stadiengruppierung (0, I-IV). (Für den Morbus Hodgkin und die Non-Hodgkin-Lymphome kann allein die klinische [cS] bzw. pathologische Stadieneinteilung [pS] angewendet werden.) Mit dem Präfix "y" kann die Klassifizierung während oder nach multimodaler Therapie kodiert, und mit dem Präfix "r" können Rezidivtumoren gekennzeichnet werden (z. B.: yT2pN2pM0 oder rpT3pN1pMX). Das englische "TNM Supplement 1993" [46] empfiehlt die obligatorische Benutzung der Residualtumor-Klassifikation und enthält eine Reihe von Vorschlägen für die fakultative Benutzung von zusätzlichen Untergruppen der T-, N- und M-Kategorien, beispielsweise durch die "teleskopische Ramifikation": bestehende Kategorien werden nicht verändert, sondern nur fakultativ unterteilt, z. B. T1 in T1a und T1b.

Mit den genannten drei Achsen der ICD-O (Topographie, Morphologie, Verhalten) und mit der TNM-Klassifikation lassen sich alle Neubildungen sehr detailliert verschlüsseln. In der Praxis geschieht das bevorzugt in Pathologischen Instituten, Tumorzentren, Krebsregistern etc. (In Frankreich beispielsweise wird von den Pathologischen Instituten und den operativen Fächern routinemäßig nach TNM klassifiziert.) Im normalen Alltag dagegen wird sich der Dokumentar häufig Bezeichnungen wie Mammakarzinom, Blasenneoplasma, Hirntumor, Lungenmetastase oder Adenokarzinom gegenübersehen und hat zur weiteren Spezifizierung nicht einmal das Krankenblatt oder andere geeignete Unterlagen zur Verfügung. Diese Bemerkung gilt leider generell und soll nur ein Hinweis auf die realen Gegebenheiten und auf ein wesentli-

ches Dilemma der medizinischen Dokumentation sein, das bei der Bewertung ihrer Ergebnisse, z. B. der Diagnosen- oder Mortalitätsstatistiken, oft vergessen wird. Eine computergestützte interaktive Dokumentation und Verschlüsselung kann hier wesentlich zur Erhöhung der Dokumentationsqualität beitragen, vorausgesetzt, daß sie vom Arzt oder anhand der Patientenunterlagen durchgeführt wird.

3. Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (ICPM)

Im Rahmen dieser Übersicht, die sich mehr auf die Diagnosenklassifikationen konzentriert, können die medizinischen Prozeduren- oder Verfahrensklassifikationen nicht sehr ausführlich behandelt werden, obwohl sich gerade auf diesem Gebiet in Deutschland zur Zeit ein entscheidender Wandel vollzieht. Bisher gab es keine gesetzliche Regelung für die Anwendung einer Operationsklassifikation oder gar einer allgemeineren Prozedurenklassifikation. Denn bekanntlich schreiben Bundespflegesatzverordnung und Krankenhausstatistik-Verordnung den Krankenhäusern nur die Anwendung der ICD-9 vor und beschränken sich hinsichtlich der Prozeduren auf eine pauschale Leistungsstatistik ("L2-Statistik"), die nach der **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** vorzulegen ist, falls sie überhaupt für das jeweilige Krankenhaus vereinbart worden ist. So gibt es nur eine Minderzahl von Krankenhäusern, die umfassende Operationsstatistiken vorlegen können und dieses Material auch wissenschaftlich auszuwerten vermögen. Diese Krankenhäuser benutzen wenig verbreitete, fachspezifische oder eigene Schlüssel. Eine größere Bedeutung haben bisher nur der **Operative Therapieschlüssel nach O. SCHEIBE** [42] und vor allem der **VESKA-Operationsschlüssel 1992** [41], der als einziger deutschsprachiger Schlüssel seit Jahrzehnten von einer großen Institution, der Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser, gepflegt und von etwa zwei Dritteln der an deren ICD-9-Diagnosenstatistik teilnehmenden Spitalabteilungen benutzt wird (er enthält übrigens auch nichtchirurgische Verfahren).

Die für die Prozeduren in der Medizin in Deutschland von den niedergelassenen Ärzten und in den Krankenhäusern bisher genutzten Listen und Verzeichnisse sind für Abrechnungszwecke entwickelt worden und werden dafür erfolgreich eingesetzt. Es handelt sich dabei neben der schon genannten GOÄ um den **Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)**, der den Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (**BMÄ**) und die Ersatzkassen-Gebührenordnung (**E-GO**) enthält. In den Krankenhäusern sind diese Tarifwerke in dem Tarifwerk der Deutschen Krankenhausgesellschaft enthalten (**DKG-NT**). Im stationären Bereich wurden wegen ihrer sorgfältigen Anwendung für die Privatliquidationen in einer Reihe von Kliniken recht gute Dokumentationen auf GOÄ-Basis realisiert. Jedoch ist damit eine wissenschaftlichen Ansprüchen genügende Dokumentation nicht zu erreichen. Eine wesentliche Schwierigkeit liegt z. B. in der abrechnungstechnisch bedingten und damit oft nicht medizingerechten Aufgliederung von Leistungen sowie in der Verbindung von Prozeduren und Diagnosen. Allerdings werden z. B. bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) auf der Basis dieser Abrechnungsschlüssel umfassende und differenzierte Leistungsstatistiken zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Vergleichszwecken geführt.

Gemäß einem Beschluß der 29. WHO-Generalversammlung von 1976 war von der WHO 1978 zu Testzwecken die **International Classification of Procedures in Medicine (ICPM)** [26] veröffentlicht worden. Aufgrund zahlreicher Schwierigkeiten wurde sie bisher von der WHO nicht wieder revidiert, von einer "internationalen Klassifikation" kann also noch keine Rede sein. Es ist andererseits nicht zu bezweifeln, daß für die medizinische Dokumentation neben den Diagnosen die Prozeduren oder Maßnahmen die größte Bedeutung haben. Und unter diesen sind die chirurgischen und geburtshilflichen Operationen die wichtigsten. Zu den Prozeduren zählen aber auch die Laboratoriumsverfahren, die radiologischen und sonstigen physikalischen Maßnahmen, die sonstigen diagnostischen und therapeutischen Prozeduren und schließlich auch die Arzneimitteltherapie. Es war das große Verdienst der ICPM, alle diese Maßnahmen in den neun Hauptkapiteln einer Klassifikation geordnet zu haben. Im Gegensatz zu den Diagnosen unterliegen die Prozeduren jedoch einem relativ schnellen Wandel. Die Anzahl der in der ICD-9 nicht enthaltenen bzw. nicht ohne weiteres einzuordnenden Krankheiten ist nicht groß (Aids war dafür das Standardbeispiel), bei den Prozeduren zwingt jedoch der Fortschritt zu häufigen Revisionen der Klassifikationen (man denke an die Entwicklung der Computer- und Kernspintomographie, die Lasertechnik, das endoskopische Operieren, die Entwicklung neuer Medikamente usw.). Die WHO mit ihrem vergleichsweise schwer-

fälligen Apparat fühlte sich bisher nicht imstande, einen derartigen Revisionsprozeß zu übernehmen. Allerdings sieht auch sie die Notwendigkeit, im Rahmen der mit der ICD-10 zu entwickelnden "Familie der krankheits- und gesundheitsbezogenen Klassifikationen" (vgl. Abb. 1) eine Prozedurenklassifikation vorzuschlagen und zu pflegen.

Nach dem jetzigen Stand wird das jedoch nur eine ziemlich grobe Klassifikation sein, wofür die skandinavische **Nordic Operation List** mit 130 Kategorien oder ein WHO-Vorschlag auf der Basis des holländischen Vorschlags von W. EKKER orientierend sein können, der 88 chirurgische, 44 nichtchirurgische und 61 andere Kategorien (zusammen 193) enthält. Derselben Schwierigkeit des regelmäßigen und kurzfristigen Updates sieht sich übrigens auch eine so universelle Nomenklatur wie die **SNOMED** [44] gegenüber, die für die wissenschaftliche Kodierung medizinischer Dokumentationen Hervorragendes zu leisten vermag und eine eigene Dimension "Prozedur" enthält. Die darin enthaltenen Codes sind oft allerdings nur in Verbindung mit den Codes der Dimension Topographie benutzbar, was bei der Computeranwendung kaum Schwierigkeiten bereitet, für die manuelle Kodierung aber zu umständlich ist. In den USA wird wegen dieser häufigen Veränderungen die **ICD-9-CM Procedure Classification** (= Band 3 der ICD-9-CM) [21] jährlich neu herausgegeben. Sie hat wegen ihrer Vorbildwirkung für andere Klassifikationen, ihrer Übersetzungen (z. B. in Belgien ins Französische und Holländische) und ihrer internationalen Verbreitung, ihrer Benutzung bei der Bildung der DRGs (siehe oben) und ihres inhaltlichen Zusammenhangs mit der ICPM (es handelt sich hauptsächlich um deren Kapitel 5 "Chirurgische Prozeduren") eine besondere Bedeutung. Andererseits ist ihre Ausgestaltung eine rein US-amerikanische Angelegenheit, so daß spezielle europäische Bedürfnisse kaum Berücksichtigung finden

In den Niederlanden wurde 1990 in allen Krankenhäusern die WCC-standaardclassificatie van medisch specialistische verrichtingen [49] für die Verschlüsselung von Operationen und ähnlichen Maßnahmen eingeführt, die von der WCC (Werkgroep Classificatie en Coderingen) als Klassifikationszentrum verantwortlich gepflegt wird. Sie ist aus der ICPM entwickelt worden (im wesentlichen ohne die Kapitel für Laborverfahren, Radiologie und Arzneimittel) und hält sich eng an deren Struktur, weshalb sie auch als **ICPM-DE** (= Dutch Extension) bezeichnet wird; die originalen vierstelligen Schlüsselnummern der ICPM sind vielfach bis auf sechs Stellen erweitert und zum Teil auch verändert worden. Als eine andere wichtige Quelle wurde die ICD-9-CM Procedure Classification benutzt. Die ICPM-DE wurde im Rahmen des europäischen AIM-Forschungsprojekts (Advanced Informatics in Medicine) "Standardization in Europe on Semantical Aspects of Medicine" (SESAME) 1990 von B. GRAUBNER und R. THURMAYR für die **Übersetzung ins Deutsche** vorgeschlagen, die R. THURMAYR durchführte. Seine Arbeiten wurden von der Friedrich-Wingert-Stiftung (FWS) übernommen, die nach einer Draft-Version im Frühjahr 1992 ("ICPM-GE": German Extension) Anfang 1994 die Version 1.0 ihrer deutschen Fassung der ICPM veröffentlichte [20]. Die Einbindung dieser ICPM-Version in das ursprünglich für Diagnosen (ICD-9) konzipierte computergestützte Kodiersystem ID DIACOS ist angekündigt, wobei auch die Verbindung zur SNOMED hergestellt werden soll.

Das Bundesgesundheitsministerium und das ihm unterstellte DIMDI wollten ursprünglich diese FWS-Fassung zur Basis der offiziellen deutschen Operationsklassifikation machen, die ab 1995 anzuwenden ist (vgl. Kap. 1.3). Unerwartete Schwierigkeiten zwangen dazu, als Grundlage für die Weiterarbeiten zunächst den in der DDR vor einigen Jahren entwickelten "Katalog der operativen Eingriffe, operativen Verfahren und allgemeinen operativen Komplikationen" zu benutzen, der eine Übersetzung und Modifikation einiger Kapitel der ICPM darstellt und 1990 in fast 50 Krankenhäusern benutzt worden ist (Kurzbezeichnung: "**Internationaler Katalog der Operationen**" [IKO] auf der Basis der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin [IKPM] [35]). Inzwischen gibt es intensive Bemühungen, den vom Gesetzgeber geforderten fünfstelligen Operationsschlüssel auf der Basis des IKO, der ICPM der FWS und der Stellungnahmen aller medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften bis zum Herbst 1994 fertigzustellen. Seine Struktur kann gegenwärtig nicht referiert werden, da sie im Detail noch nicht bekannt ist. Es ist allerdings zu fordern, daß eine **offizielle deutsche medizinische Prozedurenklassifikation** nicht, wie bisher vorgesehen, auf die operativen Verfahren beschränkt bleibt, sondern im Sinne der ICPM der WHO in den nächsten Jahren auf alle Verfahren ausgedehnt wird, d. h. auch auf die nicht gesetzlich zur Dokumentation vorgeschriebenen Prozeduren.

4. Internationale Klassifikation für die medizinische Grundversorgung (ICPC)

Für die **Allgemeinmedizin bzw. die medizinische Grundversorgung im weitesten Sinne (Primary Health Care)**, die auch den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Schwestern- und Sozialstationen, Rehabilitationseinrichtungen u. a. umfaßt, sind Klassifikationen erforderlich, die einerseits mehr als Diagnosen und Prozeduren enthalten, nämlich ganz allgemein die Gründe für Beratung und Behandlung (Reasons for Encounter) sowie soziale, administrative und gesundheitspolitische Aspekte. Andererseits sollen sie die Verschlüsselung der vielen "unscharfen" Symptome und Befunde erlauben, die im Moment der Behandlung, oft aber auch später nicht genauer definiert werden können. Es ist leicht einsehbar, daß die ICD für die Allgemeinmedizin zu spezifiziert und nicht umfassend genug ist. Es gab und gibt deshalb viele Versuche, das Dokumentationsspektrum in übersichtliche Ordnungen zu bringen. Erinnerung sei beispielsweise an die "Verdener Problem-Liste" der Verden-Studie zur Strukturanalyse allgemeinmedizinischer Praxen von J. MOEHR und K. HAEHN (1977).

Auf internationaler Ebene hat sich vor allem die World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians (WONCA) mit dieser Problematik befaßt und eigene internationale Arbeitsgruppen eingerichtet, die in der Regel mit der WHO zusammenarbeiten und einige Klassifikationsvorschläge in mehreren Ländern in Feldversuchen getestet haben. 1987 wurde schließlich von H. LAMBERTS und M. WOOD die **International Classification of Primary Care (ICPC)** [24] vorgelegt. Als erste medizinische Klassifikation ist die ICPC seit 1993 mit dem sogenannten **Multi-Language Layer in den Sprachen der zwölf Staaten der Europäischen Union** verfügbar [25], der ein gemeinsames Werk der mit der Übersetzung und Adaptierung befaßten nationalen ICPC-Zentren darstellt. Gleichzeitig damit wurde die ICPC zur ICD-10 kompatibel gestaltet.

Ziel der Entwicklung der ICPC war es, mit einer einzigen Klassifikation drei wichtige Elemente der gesundheitlichen Betreuung dokumentieren zu können: die Gründe für die Kontakte zwischen kranken und gesunden Personen und Gesundheitseinrichtungen (Reasons for Encounter), die Diagnosen bzw. medizinischen Probleme und die Maßnahmen während des Behandlungsprozesses. Die Dokumentation soll episodensorientiert erfolgen, wobei die Episode einer Krankheit bzw. eines Problems als Zeitraum vom Auftreten bis zur Lösung in der jeweiligen medizinischen Behandlungsstelle definiert ist, also mehrere "Encounters" umfassen kann. Die Klassifikation ist ein wichtiges Hilfsmittel, den Gesundheitszustand der Bevölkerung und die Leistungen der medizinischen Primärversorgung zu erfassen und zu analysieren. In Deutschland hat sie bisher noch keine besondere Bedeutung gewonnen. Das könnte sich aber ändern, wenn sich deutlicher herausstellt, daß die alleinige Diagnosendokumentation nach der ICD, wie sie jetzt vom Gesetzgeber für den vertragsärztlichen Bereich eingeführt wird, unzureichend ist. Denn es besteht kaum ein Zweifel daran, daß die ICPC in der primären Gesundheitsversorgung für individuelle episodensorientierte und für allgemeine epidemiologische Analysen leicht zu benutzen ist und der medizinischen Unschärfe dieses Bereichs besser als die ICD entspricht. Außerdem kommt ihre Komplexität der ganzheitlichen Betrachtung des allgemeinmedizinischen Behandlungsprozesses entgegen, die sonst nur mit mehreren Klassifikationen zu erzielen wäre.

In der ICPC sind zwei Vorgängerklassifikationen zusammengefaßt: Die erste ist die diagnosenorientierte International Classification of Health Problems in Primary Care (1975), die 1979 an die ICD-9 angepaßt worden und in ihrer dritten Ausgabe 1983 auch mit Definitionen für die Anwendung ihrer Konzepte ("Rubriken") versehen worden ist (**ICHPPC-2 Defined**), die zweite ist die verfahrensorientierte International Classification of Process in Primary Care (**IC-Process-PC**) von 1986. Beide Klassifikationen sind detaillierter als die ICPC und können ergänzend benutzt werden, die Kompatibilität ist gewährleistet. Andere Quellen für die ICPC sind u. a. die unten erwähnte RVC und die im vorangehenden Kapitel besprochene ICPM.

Die englischen Originalausgaben der ICPC enthalten u. a. umfangreiche Einführungen und Erläuterungen, nationale und medizin- bzw. sozialorientierte Erfahrungsberichte, Glossare sowie Konversionstabellen zur ICHPPC-2, ICD-9 und ICD-10. Die ICPC ist streng biaxial aufgebaut: Die Hauptachse ist vor allem nach Organen bzw. Organsystemen gegliedert und enthält 17 mit Buchstaben gekennzeichnete Kapitel: A: Allgemeines und Unspezifisches, B: Blut, blutbildende Organe und Lymphsystem, ..., Y: Männliche Geschlechtsorgane, Z: Soziale Probleme. Die zweite Achse enthält sieben Komponenten mit ihren zweistelligen numerischen Codes. Dabei sind die Komponenten 2 bis 6 (Codes 30 bis 69) für alle Kapitel gleich: 2. Diagnostische und präventive Maßnahmen, 3. Medikation, Behandlung und therapeutische Maßnahmen,

4. Resultate, 5. Administrative Maßnahmen, 6. Überweisungen und andere Gründe für den Arztbesuch. Die Komponenten "1. Symptome und Beschwerden" und "7. Diagnosen und Krankheiten" wurden von der RVC und von der ICD-9 abgeleitet. Sie sind in jedem Kapitel unterschiedlich besetzt und enthalten z. B. "A15 Übermäßiges Schreien beim Säugling", "A25 Angst vor dem Tod" und "Z14 Probleme mit dem Kranksein des Partners", Probleme also, die sich mit der ICD-9 schlecht verschlüsseln lassen (Z14 ist in der ICD-9-Notation V61.4 enthalten), andererseits als besser definierte Diagnosen z. B. "B80 Eisenmangelanämie" oder "B73 Leukämie", denen in der ICD-9 280 bzw. 204-208 entsprechen. Das Konzept "A94 Perinatale Erkrankungen" enthält die größte Anzahl von ICD-9-Notationen: 760-764 und 766-779. Hier wird die an den Aufgaben der Allgemeinmedizin orientierte Vereinfachung besonders deutlich. (Für einige der hier zitierten Übersetzungen ins Deutsche danke ich S. H. SCHUG und Gisela C. FISCHER, Hannover. - Die Angaben aus dem Multi-Language Layer [25], S. 174, für die zitierte Kategorie A15 in englisch, dänisch, holländisch, französisch, italienisch, portugiesisch und spanisch sollen hier zusätzlich wiedergegeben werden, damit der Leser einen Eindruck von dieser europäischen Klassifikation gewinnt: Excessive crying infant / Stærk gråd hos spædbarn / Overmatig huiende zuigeling / Pleurs excessifs du nourisson / Pianto eccessivo dell'infante / Choro infantil excessivo / Llanto infantil excesivo.)

Ein unmittelbarer Vorgänger der ICPC war die Reason for Encounter Classification (RFEC) der Behandlungsanlässe. Dieses Prinzip wurde für die Allgemeinmedizin oft genutzt. Die ausführlichste Publikation einer derartigen Klassifikation in Deutschland wurde 1989 mit dem **Klassifikationsschema für Kontaktanlässe in der ambulanten Versorgung** [43] vorgelegt, der erweiterten Übersetzung der US-amerikanischen RVC (Reason for Visit Classification for Ambulatory Care) von 1979.

Die RVC wurde von der American Medical Record Association (AMRA) und dem US-amerikanischen National Center for Health Statistics (NCHS) entwickelt, um in den repräsentativen Stichproben des National Ambulatory Medical Care Survey die Patienten-Arzt-Kontakte zu dokumentieren und zu klassifizieren. Da diese Klassifikation vor allem für die Besuchsründe und die Problemeinschätzungen der Patienten selbst vorgesehen war, lassen sich Diagnosen mit ihr nur schlecht verschlüsseln. Die deutschen Bearbeiter haben deshalb zur Benutzung in einer deutschen Studie über die ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte insbesondere das Modul Krankheiten erweitert, aber auch sonst eine Verfeinerung vorgenommen, die zur Untergliederung der meisten, ursprünglich fünfstelligen Codes um zwei weitere Stellen geführt hat. Die manuelle Handhabbarkeit der Klassifikation ist dadurch allerdings erschwert, und die Bearbeiter geben selbst zu, daß die Verschlüsselung von Krankheiten damit nach wie vor nicht optimal gelöst ist. Sie verweisen dafür z. B. auf die ICD-9 und die ICHPPC. Leider sind für Operationen fast keine Schlüsselnummern enthalten.

5. Systematisierte Nomenklatur der Medizin (SNOMED) und Internationale Nomenklatur der Krankheiten (IND)

Schon mehrfach wurde die **Systematisierte Nomenklatur der Medizin (SNOMED: Systematized Nomenclature of Medicine)** erwähnt, die zuerst 1975 in einer Testversion in den USA erschienen und nach dem Update (1982) der zweiten Auflage von 1979 in einer wesentlich erweiterten Form 1984 von Friedrich WINGERT in deutsch herausgegeben worden ist [44] [51]. Mit ihr wurde erstmals eine "geordnete mehrdimensionale medizinische Nomenklatur" vorgelegt. Die in der Medizin benutzten Begriffe sind darin in den sieben Dimensionen Topographie (T), Morphologie (M), Ätiologie (E [Etiology]), Funktion (F), Krankheit (D [Disease]), Prozedur (P) und Beruf (J [Job]) angeordnet (in Klammern die von den englischen Bezeichnungen abgeleiteten Buchstaben für die Dimensionen, die bei den weitgehend hierarchisch aufgebauten, numerischen SNOMED-Codes von bis zu fünf Dezimalziffern bzw. den Hexadezimalziffern X oder Y gefolgt sind; Beispiel: X-Chromosom = TYX12X). Das den Dimensionen oder Achsen der SNOMED zugrunde liegende Aussagemodell lautet [51]: Prozedur (P) wegen morphologischer Veränderung (M) mit Funktionsstörung (F), bedingt durch ein ätiologisches Agens (E) an einer Lokalisation (T) und verursacht durch Ausübung eines Berufs (J), zusammenfassend bezeichnet als Krankheit (D).

Die manuelle Benutzung der SNOMED ist wegen der komplexen Indizes trotz der vier alphabetischen Register nicht ganz einfach (Beispiele: Appendizitis T66000 M0000, perforierende Appendizitis T66000 M46300, Krankheiten der Appendix D62700, Appendektomie T66000 P11000, Begleitappendektomie T66000 P11080; Verdacht auf Virusenzephalitis TX2000 M40000 D03500 oder SD TX2000 M40000 E30000 [SD: Informationsqualifikator für Verdachtsdiagnosen]). WINGERT und später seine Nachfolger haben deshalb ein halbautomatisches Verfahren der Indexierung auf der Grundlage der morphologischen Textanalyse für Großrechner und PCs entwickelt, das bei regelgerechter Eingabe der Dokumentationstexte in rund 90 % aller Fälle die richtigen Indizes liefert und in den restlichen Fällen Vorschläge für Indizes macht, die vom Anwender zu bewerten sind [52] [53]. Diese Entscheidungen werden bei wiederholter Eingabe der gleichen Texte in einem vorgeschalteten empirischen Vergleichsprogramm berücksichtigt. Konversionsprogramme, die von den SNOMED-Codes bzw. -Indizes auf die Notationen der ICD-9 abbilden, befinden sich im klinischen Routineeinsatz [53]. Auch das oben erwähnte computerunterstützte Diagnosenverschlüsselungssystem ID DIACOS hat eine SNOMED-Komponente integriert.

Die SNOMED ist vor allem für wissenschaftliche Auswertungen hervorragend geeignet. Aufgrund ihrer multidimensionalen Struktur ist es beispielsweise leicht möglich, in einer mittels der SNOMED indizierten Patientendatenbank alle Entzündungen, Neubildungen und Operationen eines bestimmten Organs zu selektieren, da ja stets die Dimension Topographie bei der Bildung der Indizes beteiligt werden kann. Die detaillierte Verschlüsselung nach der SNOMED stellt deshalb für klinische Dokumentationen eine ideale Ergänzung zu den klassifizierenden Verschlüsselungen nach ICD-9, ICPM u. ä. dar und ist vermutlich auch geeignet, als Grundlage für die Konversionen in weitere Klassifikationen zu dienen oder diese zu erleichtern, z. B. in die ICD-10.

Nach jahrelangen Entwicklungsarbeiten, vor allem in den Arbeitsgruppen von R. CÔTÉ, Kanada, und D. ROTHWELL, USA, und unterstützt vom College of American Pathologists und der American Veterinary Medical Association sowie dem SNOMED International Committee, konnte 1993 in vier Bänden die **SNOMED III** publiziert werden. Sie wird als **SNOMED International** bezeichnet und bezieht nun auch die Veterinärmedizin ein, die 1984 in der SNOVET systematisiert worden war: **Systematized Nomenclature of Human and Veterinary Medicine** [44].

Für die Neuausgabe wurden die aktuellen Auflagen der wichtigsten (US-amerikanischen) medizinischen Klassifikationen und Nomenklaturen berücksichtigt. Die bisherige Dimension Ätiologie ist in drei Dimensionen geteilt worden: Chemikalien, Medikamente und biologische Produkte; physikalische Agenzien, Kräfte und Tätigkeiten (forces and activities); lebende Organismen. Die Informationsqualifikatoren, syntaktischen Verbindungen ("Links") und Zeitmodifikatoren wurden in der neuen Dimension "Modifikatoren" zusammengefaßt, und für den "sozialen Kontext" wurde eine eigene Dimension eingerichtet, so daß die SNOMED nun elf Dimensionen hat. Die Notationen nutzen das Hexadezimalsystem vollständig aus und bestehen aus den Zeichen 0-9 und A-F. Die Krankheitsdimension (D) ist jetzt als Klassifikation angelegt und enthält eine nahezu komplette Kreuzverweisung zur ICD-9-CM. Der Begriffsumfang hat sich seit der SNOMED II (1979) von 44.000 über 81.000 bei WINGERT (1984) auf jetzt 133.000 verdreifacht. Komplexe medizinische Sachverhalte können mit der SNOMED III noch besser als bisher gemäß ihren elementaren Bestandteilen abgebildet werden, so daß sie gut in computerbasierten Patientenrecords gespeichert werden können. Allerdings fehlen noch detaillierte Vorschriften für die Reihenfolge und die eindeutige Verbindung der Codes, und einige medizinische Gebiete sind wenig oder gar nicht vertreten (z. B. die Intensivbehandlung); aus zeitlichen Gründen konnte die ICD-10 noch nicht berücksichtigt werden. Die SNOMED-Datenbank soll multilingual ausgebaut werden. Die deutsche Ausgabe wird von der Friedrich-Wingert-Stiftung (R. REPGES et al.) vorbereitet.

Abschließend soll die **Internationale Nomenklatur der Krankheiten (IND: International Nomenclature of Diseases)** [6] [29] behandelt werden, die ebenfalls keine Klassifikation darstellt, jedoch zur "Familie der krankheits- und gesundheitsbezogenen Klassifikationen" (Abb. 1) gehört. Wie bei der ICD schon erwähnt, sollte sie ursprünglich zusammen mit der ICD-10 vorgelegt und bei deren Erarbeitung terminologisch berücksichtigt werden; nun ist das für die ICD-11 vorgesehen. Die Arbeiten an der IND hatten 1970 beim Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) begonnen und werden seit 1975 gemeinsam mit der WHO geleistet. Die seit 1985 erschienenen Bände [29] enthalten nicht mehr die ICD-Notationen. Zwischen 1973 und 1984 hatte das deutschsprachige CIOMS-Sekretariat (G. WAGNER) sieben Bände herausgegeben [6], von denen die ersten fünf die ICD-8-Notationen und die übrigen die der ICD-9 enthalten. Leider ist dieses Sekretariat aufgelöst worden, so daß bisher keine weiteren deutschsprachigen Bände erscheinen konnten. Es ist jedoch dringend zu wünschen, daß diese Arbeit weitergeführt wird, denn die zunehmende Konfusion in der Terminologie der Krankheiten stellt eine Barriere für die Kommunikation und das Informationsretrieval dar.

Die IND beschränkt sich auf Krankheiten, wofür die folgenden Kriterien angegeben werden ([29], Vol. V): Eine Krankheit ist eine gut definierte pathologische Entität, die durch abnormale histologische, chemische, immunologische, genetische oder andere Veränderungen charakterisiert ist und deren Ursache oder Pathogenese bekannt oder unbekannt sein kann. Die Manifestationen derartiger Krankheiten (Befunde, Symptome usw.) werden in diese Nomenklatur nicht aufgenommen, sondern nur zur Erläuterung benutzt. Das prinzipielle Ziel der IND ist es, für jede Krankheit eine Vorzugsbezeichnung festzulegen, die möglichst den folgenden Kriterien genügen soll: spezifisch, unverwechselbar, selbsterklärend, einfach und ursachenorientiert. Weitverbreitete Bezeichnungen, die diesen Kriterien nicht entsprechen, werden aus Gründen der Kontinuität trotzdem benutzt, wenn sie nicht ernstlich falsch und irreführend sind und den Empfehlungen der internationalen Spezialisten nicht entgegenstehen. Eponyme werden weitgehend vermieden. Jede Krankheit bzw. jedes Syndrom ist so eindeutig und kurz wie möglich definiert und durch eine möglichst komplette Liste von Synonymen ergänzt, bei denen gegebenenfalls angegeben ist, ob sie obsolet oder nicht (voll) zutreffend sind.

Zur Verdeutlichung seien **je ein Beispiel** aus einer deutschen ([6], Band 7, S. 25) und einer englischen Ausgabe ([29], Vol. V, S. 11) originalgetreu zitiert:

Vorzugsbezeichnung: **Dissoziierter Tod.**

Synonyme: Coma dépassé; Areaktive Totalnekrose des Gehirns; Intravitale Totalnekrose des Gehirns; Dissoziierter Hirntod (falsch); Respirator-Hirn (Klinikjargon).

Definition: Irreversibler, isolierter Organotod des Gehirns bei erhaltener Funktion der übrigen Organe. Kann unter den Bedingungen der intensivmedizinischen Behandlung (Beatmung) bei extremer intrakranieller Drucksteigerung infolge der Unterbrechung der Blutzufuhr zum Gehirn auftreten.

ICD-9-Notation: 799.-.

Schlüsselnummer des Neurologisch-neurochirurgischen Diagnosenverzeichnisses der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (1976): 5501000.

Recommended name: **tetralogy of Fallot.**

Definition: A congenital condition in which a large ventricular septal defect is associated with variable dextroposition of the aorta and stenosis of the pulmonary valve or the infundibulum with hypertrophy of the right ventricle.

Synonyms: Fallot complex; Fallot disease; Fallot tetrad; Fallot tetralogy; tetrad of Fallot; ventricular septal defect with obstructed right ventricular outflow.

Note: If an atrial septal defect is also present, the disorder is sometimes known as the 'pentalogy of Fallot'. The term 'trilogy of Fallot' is sometimes applied to a combination of pulmonary stenosis, atrial septal defect, and right ventricular hypertrophy.

Das große Ziel einer international gültigen Terminologie kann erst erreicht werden, wenn die IND die Sprachgrenzen überwindet und multilingual vorliegt. Die Entwicklung in den letzten Jahrzehnten berechtigt hier wie auch für viele andere terminologische und klassifikatorische Arbeiten zu großen Hoffnungen. Andererseits ist die medizinische Wissenschaft naturgemäß dieser Entwicklung immer voraus, denn Klassifikationen und Nomenklaturen bilden in der Regel nur das ab, was schon vorhanden ist. Das Rüstzeug der Klassifikationswissenschaft und der Medizinischen Informatik ermöglicht es allerdings, diesen Abstand immer geringer werden zu lassen und die Wirklichkeit immer besser abzubilden.

6. Schlußbemerkung

Die hier vorgestellte Auswahl der wichtigsten medizinischen Klassifikationen, die in deutscher Sprache zur Verfügung stehen, dürfte deutlich gezeigt haben, in welchem Umfeld die ICIDH zu beurteilen und anzuwenden ist. Die Darstellung soll damit auch auf die Lücke weisen, die es bisher für diese Klassifikation im deutschen Sprachraum gibt. Die Zukunft wird zeigen, ob es mit ihrer Hilfe gelingt, die komplexe Situation in der medizinischen Betreuung und Wissenschaft besser zu beschreiben und damit transparenter zu machen, zum Wohle der an den Folgen von Krankheit leidenden Menschen und der um die Verbesserung ihrer Situation bemühten Mitarbeiter des Gesundheitswesens und forschenden Wissenschaftler. Da es sich dabei letztlich um internationale Probleme handelt, ist es ein großer Schritt vorwärts, wenn nunmehr eine weitere international eingeführte Klassifikation auch in den deutschsprachigen Ländern zur Verfügung steht.

Literatur

Zur schnelleren Orientierung ist jede der alphabetisch sortierten Literaturangaben von Klassifikationen, Schlüsselverzeichnissen, Nomenklaturen u. ä. mit einem Sternchen gekennzeichnet. Aus Platzgründen sind nur die im Text mit Nummern versehenen Publikationen nachgewiesen. Weitergehende bibliographische Angaben findet man z. B. in [3] [4] [15] [16] und [17].

- [1]* Alphabetisches Verzeichnis häufiger Krankheitsbegriffe und ihre Zuordnung zur ICD (9. Revision). Hrsg.: Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung (AGKV). Red.: J. Münstermann. 3. Aufl. Essen: AGKV. 1988. 170 S.
- [2]* Application of the International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology (ICD-DA). Ed. by the Oral Health Unit of the World Health Organization (WHO). 2nd Ed. Geneva: WHO. 1978. 150 pp.
- [3] Basiswissen ICD-9 für Morbiditätsstatistiken: mit Übungen. Hrsg.: DIMDI. Bearb. v. Elisabeth Berg-Schorn. Köln etc.: Kohlhammer. 1989. 69 S. (S. 54-66: Übersicht über ICD-9-Ausgaben und andere Klassifikationen.)
- [4] Berg-Schorn, Elisabeth: (Special Bibliography:) Editions of the International Classification of Diseases (ICD) and other health-related classification systems. A systematically arranged bibliography of works 1960-1989. International Classification (Frankfurt/M.) 16 (1989) No. 3, pages 157-159. - Die Bibliographie wird im DIMDI, Köln, laufend aktualisiert.
- [5]* Coding System for Disorders of the Eye (CDE). In: International Nomenclature of Ophthalmology. Ed. by the American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology. Rochester/Minnesota, USA. 1977. (Enthalten sind englisch-, französisch-, deutsch- und spanischsprachige Bezeichnungen.)
- [6]* Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), Geneva. CIOMS Collaborating Centre for the International Nomenclature of Diseases (= deutschsprachiges CIOMS-Sekretariat) im Institut für Dokumentation,

- Informatik und Statistik am Deutschen Krebsforschungszentrum: CIOMS-Projekt der Internationalen Nomenklatur der Krankheiten. **Band 1:** Herz- und Kreislaufkrankheiten. 1973. IX, 166 S. **Band 2:** Übertragbare Krankheiten. 1974. XII, 276 S. **Band 3:** Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe. VIII, 123 S. **Band 4:** Krankheiten der Verdauungsorgane. 1975. XI, 290 S. **Band 5:** Krankheiten der Harnorgane und der männlichen Geschlechtsorgane. 1976. XII, 267 S. **Band 6:** Krankheiten der Atmungsorgane. 1980. XXVIII, 300 S. **Band 7:** Krankheiten des Nervensystems hervorgerufen durch physikalisch-chemische Einwirkungen. 1984. IX, 248 S. (Dieser Band ist der deutsche Nomenklaturentwurf für dieses Gebiet, ihm entspricht, anders als bei den vorangegangenen Bänden, keine englische Ausgabe.) - Die deutschen Ausgaben sind wegen der Auflösung des von G. Wagner geleiteten deutschsprachigen CIOMS-Sekretariats bisher nicht fortgesetzt worden.
- [7]* Diagnoseschlüssel ICD-9 KRAZAF 1993. Nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO, (ICD) 9. Revision. Hrsg.: Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz, Geschäftsstelle des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF). Wien: KRAZAF. 1992. 175 S.
- [8]* Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO. ICD (= International Classification of Diseases), 9. Revision, Kapitel V. Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN) hrsg. v. R. Degkwitz, H. Helmchen, G. Kockott u. W. Mombour. Fünfte Auflage, korrigiert nach der 9. Revision der ICD, Stand: Herbst 1979. Berlin, Heidelberg, New York: Springer. 1980. XX, 125 S.
- [9]* Diagnoseschlüssel 1979 nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO, ICD 9. Revision. Hrsg.: Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser (VESKA), Kommission für medizinische Statistik und Dokumentation. Bearb.: Jana Stutz, H. Ehrenguber, M. Herrmann, A. Kuster, J. Wanner u. M. Wipf. Aarau: VESKA. 1979. (**Band 1:**) Systematisches Verzeichnis. 137 S. (Loseblattausgabe.) (**Band 2:**) Alphabetisches Verzeichnis. 79 S. (Loseblattausgabe.) Auch auf Datenträger erhältlich. - Folgende spezielle bzw. **Ergänzungsausgaben** sind bei der VESKA erschienen: Rheumatologischer Diagnoseschlüssel (N. Gerber, U. Schlumpf, Jana Stutz. 1982. 11 S.), Schlüssel für postoperative Komplikationen und Zwischenfälle bei Narkose und Operationen (R. Berchthold, B. Tschirren, E. Zingg, R. Tscholl, Jana Stutz, A. Waczek. 1979. 12 S.), Systematischer Diagnoseschlüssel für Neugeborene (Abteilung für Neonatologie, Kantonales Frauenspital, Bern. 1980. 18 S. [enthält auch einige therapeutische Eingriffe]), Systematischer Schlüssel für Kinderchirurgische Diagnosen: I. Teil: Mißbildungen und Anomalien. II. Teil: Frakturen und Verletzungen (Kinderchirurgische Abteilungen der Spitäler Basel und St. Gallen. 1982. 17, 21 S.), Urologischer Schlüssel: I. Teil: Diagnosen. II. Teil: Operationen (R. Tscholl. 1981. 36 S.).
- [10]* Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-III-R. Übers. nach der Revision der dritten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Deutsche Bearb. u. Einführung v. H.-U. Wittchen, H. Saß, M. Zaudig u. K. Koehler. 3., korr. Aufl. Weinheim u. Basel: Beltz. 1991. XXXV, 530 S.
- [11] Diekmann, F., C.-Th. Ehlers, S. Eichhorn u. Christine Kolodzig: Diagnosenstatistik - Einsatz im Krankenhaus und für Pflegesatzverhandlungen. Unter Mitarb. v. H. Ehrenguber, B. Graubner, R. Klar, Chr. Rothering, H.-H. Rüschemann u. Barbara Sakidalski (= Arbeitsgemeinschaft Diagnosenstatistik. Projektleitung I&D, Organisationsentwicklung und Beratung im Gesundheits- und Sozialwesen GmbH). Hrsg.: Bundesministerium für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos. 1992. 243 S. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. 4.)
- [12] Empfehlungen zur Dokumentation und Auswertung von Diagnosen in Krankenhäusern. Im Auftrag der GMDS von R. Göhring, P. Haas u. a. Hrsg. v. E. Wilde. Stuttgart, New York: Schattauer. 1986. 17 S. (Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik e. V. 8.)
- [13]* Gemeinsamer einheitlicher Diagnoseschlüssel der Rentenversicherung und der Krankenversicherung. Gültig ab 1. Januar 1993. Hrsg.: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte [BfA] (Redaktion), Landesversicherungsanstalten, Bundesknappschaft, Bundesbahn-Versicherungskasse und Seekasse im Verband Deutscher Rentenversicherungsträger und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen. Berlin: BfA. 1992. 34 S.
- [14]* Gerber, P. u. O. Wicki: Stadien und Einteilungen in der Medizin. Stuttgart, New York: Thieme. 1990. V, 377 S.
- [15] Graubner, B.: Aktuell wichtige medizinische Klassifikationen für Deutschland. Eine annotierte Bibliographie. Biometrie und Informatik in Medizin und Biologie (Stuttgart) 23 (1992) H. 4, S. 250-264.
- [16] Graubner, B.: Annotierte Bibliographie der für Deutschland wichtigen medizinischen Klassifikationen. PMD. Praxis medizinischer Dokumentation (München). Teil 1: 12 (1992) H. 4, S. 83-88 u. 92. Teil 2: 13 (1993) H. 1, S. 142-149.
- [17] Graubner, B.: Wesentliche Klassifikationen für die klinische Dokumentation. **In:** Klassifikation als Voraussetzung für Qualitätssicherung. Grundlagen und Anwendung. Hrsg. v. H. Kunath u. U. Lochmann. Landsberg/Lech: ecomed. 1993. S. 135-151. (Informationsverarbeitung im Gesundheitswesen. 9.) [Darin eine Reihe weiterer informativer Aufsätze zum Thema!] - **Nachdruck in:** Medizinische Dokumentation und Information. Handbuch für Klinik und Praxis. Hrsg. v. C. O. Köhler. Landsberg/Lech: ecomed. 1983 ff. (Loseblattsamml.) 13. Erg.-Lfg. 5/1993. Kap. III-7.2.1, S. 1-17.
- [18] Graubner, B. u. R. Klar: Standardisierung medizinischer Klassifikationen in Europa und Deutschland. **In:** Quantitative Methoden in der Epidemiologie. Proceedings der 35. Jahrestagung der GMDS. Berlin, September 1990. Hrsg. v. Irene Guggenmoos-Holzmann. Berlin, Heidelberg, New York etc.: Springer. 1991. S. 269-275. (Medizinische Informatik und Statistik. 72.)
- [19]* Handbuch der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen auf der Grundlage der Empfehlungen der Neunten Revisionskonferenz 1975 und von der Neunundzwanzigsten Weltgesundheitsversammlung angenommen. Hrsg.: Ministerium für Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik. **Band 1:** Systematische Verzeichnisse. Berlin: Volk und Gesundheit. 1983. 787 S. (Band 2 [Register] ist nicht erschienen.)
- [20]* ICPM. Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Deutsche Fassung. Version 1.0. Adaption und Erweiterung der ICPM-DE: International Classification of Procedures in Medicine - Dutch Extension. Hrsg.: Friedrich-Winbert-Stiftung. Verantwortlich für die deutsche Fassung: R. Thurmayer, Christine Kolodzig u. F. Diekmann. Berlin: Blackwell Wissenschaft. 1994. XXXI, 543 S.
- [21]* International Classification of Diseases. 9th Revision. Clinical Modification. Annotated ICD-9-CM 1992/93. Effective Date October 1, 1992. Ed. by HCIA, Baltimore/MD. Copyright by Commission on Professional and Hospital Activities. Ninth Edition. Baltimore/MD: HCIA. **Vol. 1:** Diseases: Tabular List. XIX, 14, 890 pp. **Vol. 2:** Diseases: Alphabetical Index. X, approx. 600 pp. **Vol. 3:** Procedures: Tabular List and Alphabetical Index. XV, 378 pp. - Auch 1994 erhielten wir nicht die Originalausgabe des U.S. Department of Health and Human Services (DHHS), jedoch die von Medicode: Med-Index Publications: Salt Lake City. 1993. "Fourth Edition 1994": **Vol. 1&2:** ed. by Med-Index, Official NHS Contractor [Nation-

- al Health Service]. XLI, 570, 332 pp. **Vol. 3:** ed. official by The Health Care Financing Administration (HCFA). XIII, 250 pp.
- [22]* International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O). Second Edition. Ed. by C. Percy, V. van Holten a. C. Muir. Geneva: WHO. 1990. XLV, 144 pp.
- [23]* International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH). A manual of classification relating to the consequences of disease. Published in accordance with resolution WHA29.35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976. Reprint. Geneva: World Health Organization. 1993. 207 pp.
- [24]* International Classification of Primary Care (ICPC). Prepared for the World Organization [Titelblatt: Organisation] of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians (WONCA) by the ICPC Working Party. Ed. by H. Lamberts a. M. Wood. Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press. 1987. Reprints (with corrections) 1989 and 1990. XIV, 203 pp. Erhältlich auch auf Diskette.
- [25]* International Classification of Primary Care [ICPC] in the European Community. With a Multi-Language Layer. Ed. by H. Lamberts, M. Wood a. Inge Hofmans-Okkes. Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press. 1993. (Sixteen-language disk enclosed.) [Originaltitel: The International ...]
- [26]* International Classification of Procedures in Medicine. Published for trial purposes in accordance with resolution WHA29.35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976. Geneva: World Health Organization. 1978. **Vol. 1:** 1. Procedures for medical diagnosis. 2. Laboratory procedures. 4. Preventive procedures. 5. Surgical procedures. 8. Other therapeutic procedures. 9. Ancillary procedures. IX, 310 pp. **Vol. 2:** 3. Radiology and certain other applications of physics in medicine. 6 & 7. Drugs, medicaments, and biological agents. V, 147 pp.
- [27]* International Coding Index for Dermatology. Compatible with the 9th Revision of the WHO International Classification of Disease. Compiled by Suzanne Alexander a. A. B. Shrank. Published for the British Association of Dermatologists. Oxford, London, Edinburgh, Melbourne: Blackwell. 1978. 90 pp.
- [28]* International Histological Classification of Tumours. Ed. by the World Health Organization. 25 volumes. First Edition: 1967-1980. Second Edition: since 1981. Publisher until 1981: Geneva: WHO. Since then: Berlin, Heidelberg, New York etc.: Springer. (Von der 2. Auflage sind bisher über 10 Bände erschienen. Diese in internationaler Zusammenarbeit entstanden "Arbeitsbücher" basieren vor allem auf den entsprechenden, mehr als 40 Bände umfassenden Editionen des Armed Forces Institute of Pathology, Washington DC, und enthalten Definitionen, Klassifikationen [in den späteren Bänden: ICD-O und SNOMED], Nomenklaturen und vor allem histologische Abbildungen aller Tumoren und dienen der internationalen Standardisierung der Befunde. Ergänzend ist erschienen: A Coded Compendium of the International Histological Classification. Ed. by the World Health Organization. Geneva: WHO. 1978. 116 pp.)
- [29]* International Nomenclature of Diseases (IND). Ed. by Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) and World Health Organization (WHO), Geneva. Geneva: CIOMS and WHO. Bisher sind erschienen: **Vol. II:** Infectious Diseases. **Part 1:** Bacterial Diseases. 1985. XXIV, 158 pp. **Part 2:** Mycoses. 1982. XII, 47 pp. **Part 3:** Viral Diseases. 1983. XI, 100 pp. **Part 4:** Parasitic Diseases. 1987. XXIV, 208 pp. **Vol. III:** Diseases of the Lower Respiratory Tract. 1979. XII, 128 pp. **Vol. IV:** Diseases of Digestive System. 1990. XVI, 269 pp. **Vol. V:** Cardiac and Vascular Diseases. 1989. XV, 113 pp. (Zerebrovaskuläre Krankheiten sind nicht eingeschlossen.) **Vol. VI:** Metabolic, Nutritional, and Endocrine Disorders. 1991. XXIII, 464 pp. **Vol. VII:** Diseases of the Kidney, the Lower Urinary Tract, and the Male Genital System. 1992. XIII, 180 pp. **Vol. VIII:** Diseases of the Female Genital System. 1992. XII, 126 pp.
- [30]* International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. World Health Organization: Geneva. **Vol. 1:** Introduction. WHO Collaborating Centres for Classification of Diseases. Report of the International Conference for the Tenth Revision. List of three-character categories. Tabular list of inclusions and four-character subcategories. Morphology of neoplasms. Special tabulation list for mortality and morbidity. Definitions. Regulations. 1992. IV, 1243 pp. **Vol. 2:** Instruction manual. 1993. VII, 160 pp. **Vol. 3:** Alphabetical index. In preparation (1994?).
- [31]* Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD) in der Fassung der vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegebenen 9. Revision. Köln, Stuttgart, Berlin, Mainz: Kohlhammer. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft **Band I Teil A:** Systematisches Verzeichnis der Dreistelligen Allgemeinen Systematik und der Vierstelligen Ausführlichen Systematik. 2., überarb. Aufl. - Stand 1.1.1993 [= DIMDI-Version 6.0]. 1993. IX, 762 S. **Band I Teil B:** Zusätzliche Systematiken und Klassifizierungsregeln - Stand 1.1.1993. 1993. IX, 296 S. **Band II:** Alphabetisches Verzeichnis. 2., überarb. Aufl. - Stand 1.1.1993. 1993. VIII, 730 S. (Korrigierter Nachdruck der Ausgaben von 1987/88. Beim DIMDI auch auf Magnetband oder Diskette erhältlich.)
- [32]* Internationale Klassifikation der Schädigungen, Behinderungen und Beeinträchtigungen. Ein Handbuch zur Klassifikation der Folgeerscheinungen der Krankheit. Übers. u. Hrsg. d. deutschsprachigen Ausgabe: R. Matthesius. Unter Mitarb. v. K. Leistner u. Christa Seidel. Berlin: Volk und Gesundheit. 1990. XIII, 207 S. - Eine auszugsweise deutsche Übersetzung der Teile für Disabilities und Handicaps war schon früher auf Interviewbögen von K.-A. Jochheim zur Klassifikation der Behinderungen und Beeinträchtigungen erfolgt (Rehabilitationszentrum der Universität Köln, 1981).
- [33]* Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Hrsg. v. H. Dilling, W. Mombour u. M. H. Schmidt. 2., korr. u. bearb. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber. 1993. 369 S. (Deutsche Ausgabe von: Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V [F]: Mental and Behavioural Disorders [including disorders of psychological development]. Clinical Description and Diagnostic Guidelines. WHO. 1991.)
- [34]* Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (IKK) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). 9. Revision 1975. Hrsg.: Ministerium für Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik. Berlin: Volk und Gesundheit. 1978. 527 S. - 2., durchges. Aufl. 1981. (= Taschenausgabe.) - Als Kurzfassungen waren in der DDR vom Vordruckleitverlag Freiberg, Außenstelle Dresden, zwei dreiseitige Listen als Schreibtischunterlagen für ambulant und/oder klinisch tätige Ärzte bzw. für Stomatologen erhältlich.
- [35]* Katalog der operativen Eingriffe, operativen Verfahren und allgemeinen operativen Komplikationen. Auf der Grundlage des Internationalen Katalogs der Operationen (WHO) [IKO]. Hrsg.: Arbeitsgruppe "Leistungserfassung und Qualitätssicherung in der Chirurgie" (Leiter: H. Herwig, Suhl) der Gesellschaft für Chirurgie der DDR. Red. Bearb.: I. Gastinger, H. Lippert, H. Beyer u. W. Eckhardt. Computerausdruck in Großbuchstaben vom Dezember 1990. 127 S. (Selektive Übersetzung und Modifikation der Kapitel 1, 3, 4, 5 und 8 der ICPM [26] mit einem Zusatzkapitel "Allgemeine intraoperative Komplikationen".) - Für das Fachgebiet Gynäkologie und Geburtshilfe liegt mir ein zusätzlicher 12seitiger Computerausdruck in Groß-Kleinschreibung vom Januar 1991 vor, der in fachbezogener Ordnung Prozeduren aus den Kapiteln 1, 3, 4 und 5 der ICPM sowie Komplikationen aufführt.

- [36] Klar, R., B. Graubner u. C.-Th. Ehlers: Leitfaden zur Erstellung der Diagnosenstatistik nach § 16 Bundespflegesatzverordnung (BpflV). Unter Mitarbeit von R. Hartwig, Barbara Schmidt-Rettig, H.-J. Seelos u. S. Eichhorn. Hrsg.: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA). 2., verb. Aufl. Bonn: BMA. 1988. 105 S. (Forschungsbericht Gesundheitsforschung. 135.). - **Nachdruck in:** [31] S. 651-762. - **Aktualisierter Nachdruck in:** Medizinische Dokumentation und Information. Handbuch für Klinik und Praxis. Hrsg. v. C. O. Köhler. Landsberg/Lech: ecomed. 1983 ff. 9. Erg.-Lfg.: 1989. Kap. X-3.3.3, S. 1-104.
- [37]* Mader, F. H. u. G. Bawidammann: Alphabetischer ICD-Schlüssel für den Hausarzt. Die häufigsten Benennungen in der Allgemeinmedizin in Fachsprache und Praktikerjargon für Praxisalltag und Praxisstatistik. Mainz: Kirchheim. 1993. 73 S. (Praxishilfen. 16.)
- [38]* Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death. Based on the Recommendations of the Ninth Revision Conference, 1975, and Adopted by the Twenty-ninth World Health Assembly. Geneva: World Health Organization. **Vol. 1:** Introduction. List of Three-digit Categories. Tabular List of Inclusions and Four-digit Subcategories. Medical Certification and Rules for Classification. Special Lists for Tabulation. Definitions and Recommendations. Regulations. 1977. XXXIII, 773 pp. **Vol. 2:** Alphabetic Index. 1978. XII, 659 pp.
- [39] Memorandum zum Aufbau und Betrieb eines medizinischen Klassifikationszentrums. Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik (GMDS). Hrsg. v. R. Klar. Unter Mitarb. v. B. Graubner, J. Michaelis, R. Repges u. H. E. Wichmann. Stuttgart, New York: Schattauer. 1991. 21 S. (Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik e. V. 12.)
- [40]* Neurologischer Diagnoseschlüssel der internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO (ICD-NA). Veröffentlicht für Studienzwecke. Herausgeber und Übersetzer der deutschen Ausgabe: P. Berlit. Berlin, Heidelberg, New York etc.: Springer. 1987. XVII, 233 S. [WHO-Titel: Application of the International Classification of Diseases to Neurology (ICD-NA). 1987.]
- [41]* Operationsschlüssel 1992. Hrsg.: Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser (VESKA), Kommission für medizinische Statistik und Dokumentation. Bearb.: Jana Stutz u. G. Des Ligneris. Aarau: VESKA. 1992. 99, 39 S. (Loseblattausgabe.) - Folgende spezielle bzw. **Ergänzungsausgaben** sind bei der VESKA erschienen: Neurochirurgischer Operationsschlüssel (Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie, W. Seiler. 1985. 12 S.), Therapieschlüssel für Plastische Chirurgie und Handchirurgie (K. Wintsch. 1981, aktualisiert 1986. 31 S.), Urologischer Schlüssel: I. Teil: Diagnosen. II. Teil: Operationen (R. Tscholl. 1981. 36 S. II. Teil: 1987 aktualisiert).
- [42]* Operativer Therapieschlüssel. Zusammengestellt von O. Scheibe. 2. Aufl., revid. 1990. Hrsg.: Arbeitskreis Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik. Vorsitzender: R. Thurmayer, München. 83 S.
- [43]* RVC: A Reason for Visit Classification for Ambulatory Care - Ein Klassifikationsschema für Kontaktpunkte in der ambulanten Versorgung. Erweiterte deutsche Fassung. Bearb. v. P. Wagner, E. Schach u. F. W. Schwartz. Hrsg.: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. 1989. 444 S. (Wissenschaftliche Reihe. 39.2.) Auch auf Diskette erhältlich.
- [44]* SNOMED. Systematisierte Nomenklatur der Medizin. Herausgeber der amerikanischen Ausgabe R. A. Côté. Deutsche Ausgabe bearbeitet und adaptiert von F. Wingert. Berlin, Heidelberg, New York etc.: Springer. 1984. **Band 1:** Numerischer Index. XVIII, 754 S. **Band 2:** Alphabetischer Index. XVI, 1225 S. - 1. Originalausgabe (Systematized Nomenclature of Medicine) 1976/77 (Testversion: 1975). 2. Aufl. 1979/1982/1986. "SNOMED III": SNOMED International. The Systematized Nomenclature of Human and Veterinary Medicine. Eds.: R. A. Côté, D. J. Rothwell et al. Published by the College of American Pathologists (CAP), Northfield/IL, and American Veterinary Medical Association, Schaumburg/IL. 1993. **Vol. 1:** Numeric. XV, 864 pp. **Vol. 2:** Numeric. XV, 864 pp. **Vol. 3:** Alphabetic. XV, 1004 pp. **Vol. 4:** Alphabetic. XV, 1120 pp.
- [45]* TNM-Atlas. Illustrierter Leitfaden zur TNM/pTNM-Klassifikation maligner Tumoren / UICC, International Union Against Cancer. Hrsg. v. B. Spiessl, O. H. Behars, P. Hermanek, R. V. P. Hutter, O. Scheibe, L. H. Sobin u. G. Wagner. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York etc.: Springer. 1993. XVI, 359 S. Mit einer Beilage der Kurzfassungen der T- und N-Kategorien.
- [46]* TNM-Klassifikation maligner Tumoren / UICC, International Union Against Cancer. Hrsg. u. übers. v. P. Hermanek, O. Scheibe, B. Spiessl u. G. Wagner. 4. Aufl., 2. Revision 1992. Berlin, Heidelberg, New York etc.: Springer. 1993. XX, 225 S. (Nur in englisch ist im gleichen Verlag das "TNM Supplement 1993. Commentary on Uniform Use", erschienen, das u. a. ausführliche und neue Verschlüsselungsanweisungen enthält: Ed. by P. Hermanek, D. E. Henson, R. V. P. Hutter u. L. H. Sobin. XVII, 141 pp.)
- [47]* Tumor-Histologie-Schlüssel ICD-O-DA. International Classification of Diseases for Oncology. Deutsche Ausgabe. Hrsg. v. W. Jacob, D. Scheida u. F. Wingert. Berlin, Heidelberg, New York: Springer. 1978. XXIV, 171 S. (Auf der Grundlage der 2. englischen Auflage der ICD-O [22] ist die 2. deutsche Auflage für 1995 vorgesehen, hrsg. v. E. Grundmann, P. Hermanek u. G. Wagner.)
- [48]* Tumorlokalisationsschlüssel. International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O), 2. Aufl. Topographischer Teil. Hrsg. v. G. Wagner. 5. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York etc.: Springer. 1993. IX, 125 S. - Es handelt sich dabei um den ersten einer Reihe von vier Bänden der "Tumordokumentation in Klinik und Praxis", die im Namen der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und der WHO von G. Wagner, J. Dudeck, E. Grundmann u. P. Hermanek herausgegeben wird. Diese Reihe soll folgende weitere Bände enthalten: Tumorphistologieschlüssel (vgl. [47]), Basisdokumentation für Tumorkranke (1994), Organspezifische Tumordokumentation (1994?). - Für die mit der ICD-9 kompatible Dokumentation ist die **vorherige 3. Auflage weiterhin gültig:** Tumor-Lokalisationsschlüssel. International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O), Topographischer Teil. Hrsg. v. G. Wagner. 3., überarb. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York etc.: Springer. 1988. IX, 96 S.
- [49]* WCC-standaardclassificatie van medisch specialistische verrichtingen (ICPM-DE: International Classification of Procedures in Medicine, Dutch Extension). Hrsg.: Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), Werkgroep Classificatie en Coderingen (WCC), Zoetermeer. Version 2.0. 1990. 241 S. (Nur Systematisches Verzeichnis.) - Eine Ausgabe mit Systematischem und Alphabetischem Verzeichnis wurde auf der Basis der Version 2.0 (1988 ff.) und ausgewählter Kategorien für radiologische Prozeduren des ICPM-Kapitels 3 herausgegeben von SIG / Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg, Utrecht: **Classificatie van verrichtingen 1990: Systematische lijst.** Dezember 1989. A4-Loseblatt-Ringbinder: XX, 319 u. 8 S. **Alfabetische lijst.** April 1991. A4-Loseblatt-Ringbinder ohne durchgehende Seitenzählung.

- [50]* Weidman, V.: Diagnoseschlüssel für die Pädiatrie. Unter Mitarb. v. Hj. Cremer u. B. Graubner. 2., stark erweit. u. überarb. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York etc.: Springer. 1989. XXIII, 229 S. - Im Gegensatz zur Erstauflage von 1982 ist diese Ausgabe mit der ICD-9 sehr gut kompatibel. Zusammen mit einem einfachen Verschlüsselungsprogramm für PCs auch auf Diskette erhältlich.
- [51] Wingert, F.: SNOMED-Manual. Berlin, Heidelberg, New York etc.: Springer. 1984. VII, 91 S.
- [52] Wingert, F.: Grundlagen der Indexierung medizinischer Diagnosen und Therapien. **In:** Klassifikation und Ordnung. Hrsg. v. R. Wille. Frankfurt/M.: Indeks. 1989. S. 165-178. (Studien zur Klassifikation. 19.)
- [53] Wingert, F., D. Rothwell a. R. A. Côté: Automated Indexing into SNOMED and ICD. **In:** Computerized Natural Medical Language Processing for Knowledge Representation. Ed. by J. R. Scherrer, R. A. Côté a. S. H. Mandil. Amsterdam: North-Holland. 1989. Pages 201-239.
- [54]* Winter, Th.: Vorstellung eines einfachen orthopädisch-traumatologischen Diagnosekurzschlüssels für das Oskar-Helene-Heim und seine Verknüpfung mit der ICD-9. Orthopädische Praxis (Uelzen) 23 (1987) H. 3, S. 202-211. - Ein häufigkeitsorientierter Therapieschlüssel für das Oskar-Helene-Heim. A.a.O. 25 (1989) H. 8, S. 493-496.

Manuskriptstand: 1.9.1994. Erscheinungstermin des Buches: Dezember 1994 (im Buch ist 1995 angegeben).

Adresse:

Dr. Bernd Graubner, Ludwig-Beck-Str. 5, D-37075 Göttingen, Tel. 0551/22526, Fax 0551/25338.