
Anhang zu dieser Buchausgabe

Dank des Entgegenkommens des Springer Medizin Verlages Heidelberg als Copyright-Inhaber konnte in der Version 2008 dieses Buches ein Aufsatz aus der Zeitschrift „Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz“, Band 50, Heft 7 (Juli 2007), S. 933–943, in gering redaktionell überarbeiteter Form nachgedruckt werden, der die historische und inhaltliche Entwicklung der beiden in Deutschland für die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung vorgeschriebenen medizinischen Klassifikationen ICD-10 und OPS beschreibt (Stand: Mai 2007).

Diese Übersicht habe ich jährlich aktualisiert und kann nun auch in der vorliegenden Buchausgabe in revidierter und aktualisierter Form abgedruckt werden (Hinweis aufgrund misslicher Erfahrungen: Zitierung in anderen Publikationen bitte als Teil dieser Buchausgabe und unter Nennung des Autors!). Damit erhalten unsere Leser detaillierte Informationen, die weit über die kurzgefassten Ausführungen in den einleitenden Abschnitten hinausgehen. Zur weiteren Vertiefung empfehlen wir zusätzlich die Lektüre der anderen Aufsätze der Hefte 7 und 8 von Band 50 des „Bundesgesundheitsblattes ...“, die unter dem Leitthema „Medizinische Klassifikationen“ stehen und inhaltlich dem Stand von 2007 entsprechen. Aus diesem Grunde werden in diesem Aufsatz die Verweise auf andere Beiträge in diesen beiden Heften beibehalten („Bundesgesundheitsbl. 2007, 7“ = Heft 7 [Juli 2007], „Bundesgesundheitsbl. 2007, 8“ = Heft 8 [August 2007]). Den Lesern sei für diese hier mehr am Rande liegenden Themen die selbständige Aktualisierung der Literatur empfohlen.

ICD und OPS. Historische Entwicklung und aktueller Stand

(15. November 2016)

Bernd Graubner

Zusammenfassung

Es werden einige grundsätzliche Probleme medizinischer Klassifikationen und ihrer historischen Entwicklung im internationalen und nationalen Rahmen dargestellt. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Entstanden vor über 110 Jahren aus einem Internationalen Todesursachenverzeichnis, hat sie sich, vor allem seit 1948, immer mehr auch zu einer international unverzichtbaren Klassifikation für alle Probleme der Morbidität entwickelt. In Deutschland begann die Einführung der gesetzlichen Diagnosenverschlüsselung für stationäre Patienten mit der ICD-8 im Jahre 1968. Seit 2000 müssen die Diagnosen aller stationären und ambulanten Patienten nach der ICD-10 verschlüsselt werden, und zwar nach einer spezifisch deutschen und jährlich revidierten Version, die seit 2004 ICD-10-GM genannt wird.

Für Operationen und andere medizinische Prozeduren steht keine international gültige Klassifikation der WHO zur Verfügung. Die von der WHO 1978 veröffentlichte und später nicht weiterentwickelte Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (ICPM) diente für mehrere nationale Klassifikationen als Vorbild, so auch für den deutschen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), der erstmals 1994 veröffentlicht worden ist und seit der Version 2004 ebenfalls jährlich revidiert wird. Seit einigen Jahren gibt es aber bei der WHO wieder eine Arbeitsgruppe für die „International Classification of Health Interventions (ICHI)“, deren Version „ICHI Alpha 2016“ im Oktober 2016 fertiggestellt worden ist.

Für ICD-10-GM und OPS werden historische Entwicklung, Inhalte und Einsatzgebiete dargestellt. Hauptsächlich werden sie zu Abrechnungszwecken und nachfolgenden Morbiditätsauswertungen benutzt, und zwar im stationären Bereich für die G-DRG- (German Diagnosis Related Groups) und PEPP-Entgeltsysteme (Pauschalierendes Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik) und im ambulanten Bereich für die gesetzlich vorgeschriebene Verschlüsselung der Diagnosen und sonstigen Behandlungsgründe sowie ausgewählter Operationen im Rahmen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM).

ICD and OPS. Historical Development and Current Situation

Abstract

This survey describes some general problems of medical classifications and their historical development at international and national levels. The emphasis is on the „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)“ of the World Health Organization (WHO). Evolving from an „International List of Causes of Death“, initiated more than 100 years ago, particularly since 1948 the ICD has increasingly developed into an internationally essential classification also for all problems of morbidity. In Germany, the implementation for the mandatory coding of diagnoses of inpatients began with ICD-8 in 1968. With the 10th revision (ICD-10) the coding of diagnoses of all inpatient and outpatient cases became mandatory in the year 2000. Since 2004 this specific German version is called ICD-10-GM and revised yearly.

No internationally valid classification, approved by the WHO, is available for operations and other medical procedures. „The International Classification of Procedures in Medicine (ICPM)“, published by the WHO in 1978, has not been revised since, but served as a model for several national classifications. Also the German „Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)“ (Code of Operations and Procedures), initially published in 1994, derives from the ICPM. Since 2004, both the ICD-10-GM and the OPS have been revised yearly. Since a few years, WHO is working on the “International Classification of Health Interventions (ICHI)”. The version “ICHI Alpha 2016” is now available.

This paper shows historical development, contents and areas of application for ICD-10-GM and OPS. In the case of inpatient treatment, the classifications are mainly used for reimbursement based on the German G-DRG and PEPP System, in the case of outpatient treatment for the legally required coding of diagnoses and other reasons for medical treatment and of selected surgical procedures for reimbursement purposes.

1. Einleitung

1.1 Vorbemerkung

„Die sind weise zu nennen, die Dinge in die rechte Ordnung bringen“ [0]. Dieses schöne Wort des Thomas VON AQUIN (um 1225–1274) ist ein gutes Leitwort für diejenigen, die sich der Mühe unterziehen, das zeitbedingte Wissen eines bestimmten Fachgebiets in einer Klassifikation geordnet darzustellen bzw. die entsprechenden Realitäten unserer Welt in das Skelett einer Klassifikation einzuordnen (klassifizierende Dokumentation).

1.2 Bedeutung und Funktion medizinischer Klassifikationen

Die medizinische Dokumentation und die zu ihrer Strukturierung und Auswertung nötigen medizinischen Klassifikationen und Nomenklaturen haben in den letzten Jahrzehnten eine zunehmende Bedeutung gewonnen. Gründe dafür sind die zunehmende Komplexität der medizinischen Forschung und Betreuung, die steigenden Kosten für das immer leistungsfähigere Gesundheitswesen, der ökonomische Zwang zu einer immer rationelleren gesundheitlichen Betreuung und – damit verbunden – zu einer entsprechenden leistungsgerechteren Abrechnung und schließlich die verbesserten Möglichkeiten der Informationsverarbeitung. 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. Zusätzlich gewinnt in den letzten Jahren der Aspekt der internationalen Anwendbarkeit von Softwareprodukten an Bedeutung.

Klassifikationen von Krankheiten und ihren Folgen, von Medikamenten, Organen, Operationen und anderen therapeutischen oder diagnostischen Verfahren usw. unterstützen die systematische Ordnung des medizinischen Wissens. Nutznießer sind unter anderem die behandelnden und forschenden Ärzte, die Verwaltungsmitarbeiter im Gesundheitswesen und bei den Kostenträgern sowie schließlich der Staat selbst. Die Klassifikationen werden gebraucht bei der standardisierten medizinischen Dokumentation und deren Auswertung, also bei der (statistischen) Zusammenfassung von Einzelerkenntnissen (Aggregation, z.B. Kennziffernaufbereitung in der Gesundheitsberichterstattung) und beim gezielten Wiederfinden von Einzelergebnissen (Retrieval). Aktuell hat die Nutzung als Leistungsdokumentation und ihre Verknüpfung mit der Finanzierung des stationären und ambulanten Gesundheitswesens eine besonders hohe Priorität (seit 2004 G-DRGs [German Diagnosis Related Groups] verbindlich; ab 2009/2010 morbiditätsorientierte vertragsärztliche Vergütung; ab 2013 optional, ab 2017 verpflichtend, jedoch budgetneutral PEPP [Pauschalierendes Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik]).

1.3 Verfügbarkeit und Pflege medizinischer Klassifikationen

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. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ist seit Jahren das **Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)** neben seinen sonstigen Aufgaben mit der Bearbeitung der ICD und des OPS sowie anderer medizinischer Klassifikationen befasst und leistet hier eine hervorragende Arbeit.

Im internationalen Rahmen hat die **Weltgesundheitsorganisation (WHO)** unter anderem die Verantwortung für die **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)** [1]; sie hat jedoch beispielsweise 1978 auch die **International Classification of Medical Procedures (ICPM)** [2], die seitdem nicht mehr gepflegt worden ist, und 2001 die **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)** herausgegeben (deutsche Ausgabe: 2006 [3]; 1976 bis 1993 von der WHO als International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps [ICIDH] veröffentlicht, deutsche Ausgabe 1990 von R. MATTHESIUS et al. publiziert [4]; siehe hierzu auch den Aufsatz von TH. EWERT und G. STUCKI, Bundesgesundheitsbl. 2007, 7). Das DIMDI ist seit 2003 das deutsche WHO-Kooperationszentrum für das System der Internationalen Klassifikationen und arbeitet aktiv in den entsprechenden Arbeitsgruppen mit.

Eine Anzahl weiterer Institutionen und Organisationen beschäftigt sich auf nationaler und internationaler Ebene mit Standardisierungs- und Klassifikationsfragen in der Medizin, doch handelt es sich dabei meist um eher technisch-industrielle Probleme (Entwicklung von Informationssystemen, Schnittstellen- und Kommunikationsprotokollen, eCard-Formaten usw.) oder um all-gemeinwissenschaftliche bzw. literaturdokumentarische Fragestellungen.

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) und ein entsprechendes Schema in den Band 2 der ICD-10 [1] aufgenommen. Das aktualisierte Schema „**World Health Organization Family of International Classifications: definition, scope and purpose (WHO-FIC)**“ wurde zuerst 2007 veröffentlicht (<http://www.who.int/classifications/en/FamilyDocument2007.pdf>; siehe hierzu auch den Aufsatz von R. JAKOB et al., Bundesgesundheitsbl. 2007, 7). Das Konzept war aus der Erkenntnis entstanden, 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. Im aktuellen Schema werden ICD, ICF und ICHI als „Reference Classifications“ bezeichnet, denen „Related“ und „Derived Classifications“ beigeordnet sind (ICHI: International Classification of Health Interventions [in Bearbeitung], als Nachfolger der früher enthaltenen ICPM, siehe dazu unten im Abschnitt 3). Zu den „Related Classifications“ zählt auch die für die Allgemeinmedizin bestimmte International Classification of Primary Care (ICPC) [5]. Sie stellt eine relativ eigenständige Klassifikation dar und bietet generelle Zusammenfassungen von 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. Sie erschien erstmals 1987 und wurde 1998/2003 in revidierter Form als ICPC-2 neu veröffentlicht (auch in deutscher Sprache) [5].

1.4 ICD-10

Der vorliegende Beitrag behandelt die beiden derzeit im deutschen Gesundheitswesen für Abrechnungszwecke und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gemäß den §§ 295 und 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gesetzlich vorgeschriebenen medizinischen Klassifikationen für Diagnosen (ICD-10-GM; GM = German Modification) und Prozeduren (Operationen- und Prozedurenschlüssel [OPS]). Für die Todesursachenverschlüsselung ist die ICD-10

in ihrer deutschsprachigen WHO-Fassung (ICD-10-WHO) [1] anzuwenden. Daneben gibt es eine Reihe von interessanten und gut entwickelten Spezialklassifikationen und fachbezogenen Sonderausgaben der Gesamtwerte, die hier jedoch nicht berücksichtigt werden können. Nachweise findet man z.B. auf der Homepage des DIMDI (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/>), im Handbuch der Medizinischen Informatik [6], auf der Homepage der GMDS-Arbeitsgruppe Medizinische Dokumentation und Klassifikation (<http://www.imbi.uni-freiburg.de/medinf/gmds-ag-mdk/>) oder über die Homepage der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie [GMDS] [<http://www.gmds.de>] und in einem eigenen früheren Übersichtsaufsatz [7]. Eine ausgezeichnete neue Übersicht über „Terminologien und Ordnungssysteme in der Medizin“ legten 2015 O. RIENHOFF und S. SEMLER als Herausgeber in einem Sammelband vor, der eine Standortbestimmung in den deutschsprachigen Ländern vermittelt und den Handlungsbedarf aufzeigt [35].

Während für die Todesursachenverschlüsselung (Mortalität) alle WHO-Mitgliedsstaaten die ICD in ihrer möglichst aktuellen Version anzuwenden haben, ist ihnen die Verschlüsselung der in den Gesundheitseinrichtungen behandelten Krankheiten weitgehend freigestellt; falls sie jedoch erfolgt, sollte auch dafür die ICD benutzt werden.

1.5 Einsatz der ICD-9 und ICD-10 in Deutschland

In Deutschland begann die **gesetzlich vorgeschriebene Diagnosenverschlüsselung in den Krankenhäusern der DDR 1968 nach der ICD-8** (maximal vier drei- bzw. vierstellige Codes auf den Krankenblattsigrierstreifen) und wurde **1979 auf die ICD-9 umgestellt** (maximal drei drei- bzw. vierstellige Codes). Auf dieser Grundlage wurden in der DDR von 1968 bis 1990 Krankenhausstatistiken anonymisiert veröffentlicht, wobei in gewissem Grade auch personenbezogene Auswertungen möglich waren. **Bereits ab den 50er-Jahren war in der DDR die dreistellige Kodierung der Diagnosen nach der ICD-6 und später ICD-7 auf den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorgeschrieben.**

In der Bundesrepublik wurde die dreistellige **ICD-9-Kodierung der Krankenhaus-Hauptdiagnosen 1986** eingeführt [8]; seit 1993 erfolgt deren anonymisierte Zusammenfassung in einer bundeseinheitlichen Krankenhausstatistik. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 wurde durch die Änderungen der §§ 295 und 301 SGB V der zu dokumentierende Datenumfang wesentlich erweitert. Seit 1996 sind demnach in den Krankenhäusern die Einweisungs- und Aufnahmediagnosen, ggf. die Verlaufsdiagnosen und schließlich die Entlassungs- bzw. Verlegungsdiagnosen drei- bis fünfstellig zu verschlüsseln, und zwar bis 1999 nach der ICD-9 und **seit 2000 nach der für deutsche Verhältnisse modifizierten ICD-10**. Gleichzeitig wurde die Verschlüsselung der Operationen und ausgewählter anderer Prozeduren nach dem OPS eingeführt. Seit 2002 gelten für Krankenhäuser die Dokumentations- und Verschlüsselungsvorschriften der jährlich aktualisierten Deutschen Kodierrichtlinien [9].

Für den vertragsärztlichen Bereich wurde die ICD-10-Verschlüsselung der Abrechnungs- und Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen nach der modifizierten **ICD-10 ab 1997 auf freiwilliger und ab 2000 auf obligatorischer Basis** festgelegt. – Die Diagnosenverschlüsselung in den Rehabilitationseinrichtungen geschieht ähnlich wie in den Krankenhäusern. – In der **Todesursachenverschlüsselung** erfolgte 1998 der Umstieg von der ICD-9 auf die ICD-10. Dafür ist auch in Deutschland die WHO-Version der ICD-10 zu benutzen, deren deutsche Ausgabe seitdem mehrfach aktualisiert worden ist [1].

Schwerpunkte der folgenden Darstellung sind die historische Entwicklung dieser Klassifikationen und ihre Hauptinhalte. Bezüglich der inhaltlichen und formalen Details der Klassifikationen muss auf deren aktuelle Versionen verwiesen werden, deren zitierte Buchausgaben z.T. auch Informationen enthalten, mit denen die amtlichen Werke des DIMDI ergänzt werden.

2. ICD

2.1 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10)

2.1.1 Historischer Überblick: ICD-1 bis ICD-10

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [ICD]) ist die einzige weltweit verwendete medizinische Klassifikation für Diagnosen, Symptome, Verletzungen und sonstige Gründe für die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Sie trägt diesen Namen erst seit der 10. Revision (ICD-10) [1].

Fußend vor allem auf den Arbeiten des britischen Arztes und Medizinstatistikers William FARR (1855 [1807–1883]) und den Entwicklungen in Deutschland, Frankreich, Großbritannien und der Schweiz, wurde **1893** auf der Tagung des Internationalen Statistischen Instituts das von dem französischen Arzt und Bevölkerungsstatistiker Jacques BERTILLON (1851–1922) vorgelegte **Internationale Todesursachenverzeichnis** (The Bertillon or International Classification of Causes of Death) zur allgemeinen Einführung empfohlen. Auf der Tagung 1899 wurde beschlossen, dieses Verzeichnis alle zehn Jahre zu revidieren und die **1. Revisionskonferenz im Jahre 1900** abzuhalten. Ab 1901 war dann die **International List of Causes of Death**, die als **ICD-1** bezeichnet werden kann, gültig. Die **Revisionskonferenzen** wurden **1900, 1909** und **1920** unter der Leitung von BERTILLON († 1922) vom Internationalen Statistischen Institut durchgeführt und danach **1929** und **1938** gemeinsam mit der Gesundheitsorganisation des Völkerbundes.

Die **6. Revisionskonferenz 1948**, unter der Verantwortung der im gleichen Jahr gegründeten Weltgesundheitsorganisation (WHO) abgehalten, markiert einen neuen Entwicklungsabschnitt, denn die neue **ICD-6** sollte nicht mehr nur für die Mortalitätsstatistik, sondern zunehmend auch für die Morbiditätsstatistik geeignet sein, was sich auch in der Namensänderung widerspiegelt: **Internationales statistisches Verzeichnis der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen** (International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death [ICD] [IKK war die später in der DDR für die 8. und 9. Revision benutzte Abkürzung des deutschen Namens]). Die 7. Revisionskonferenz (1955) begnügte sich in der **ICD-7** mit vergleichsweise geringen Änderungen, während die 8. Revisionskonferenz (1965, Nutzung der **ICD-8** ab 1968) das Kapitel XVII mit den Verletzungen in einen N- und E-Teil aufteilte, um die Art der Verletzungen (N800–N999; Natur des Schadens) und deren externe Ursachen (E800–E999) getrennt verschlüsseln zu können. Außerdem wurden „Zusätzliche Klassifikationen“, die sogenannte Y-Klassifikation (Y01–Y89), für Kontaktanlässe, die nicht direkt durch Krankheiten bedingt sind, eingeführt.

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 N-Kodes wurden nun wieder als „normale“ Kodes (800–999) eingeordnet, und aus

der Y-Klassifikation wurde die „Zusatzklassifikation für Faktoren, die den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens beeinflussen“ (V01–V82). Die 17 Kapitel dieser seit 1979 gültigen **ICD-9** [10] entsprachen weiterhin der historisch gewachsenen Klassifikationsstruktur und waren damit in den 1980er-Jahren dem aktuellen Stand der Medizin nicht mehr adäquat. Trotzdem haben sich die 10. Revisionskonferenz 1989 und die 43. Weltgesundheitsversammlung der WHO 1990, vor allem aus Kontinuitätsgründen, nicht zu einer grundlegend neuen Struktur entschließen können. So sind auch in der **ICD-10** [1] die Kapitel weiterhin nach topographischen, ätiologischen, altersmäßigen und anderen Gesichtspunkten gegliedert. Diese aktuell gültige Revisionsversion enthält jedoch gegenüber der ICD-9 einige wesentliche inhaltliche und formale Änderungen.

2.1.2 Weiterentwicklung der ICD-9 zur ICD-10

Äußerlich drückt sich die inhaltliche Erweiterung im neuen Namen aus: **Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10)** (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) [1]. 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“ wurde 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 (E800–E999), wurde durch das Kapitel „XX. Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität“ ersetzt. Die bisherige sogenannte V-Klassifikation bildet in der ICD-10 das ursprüngliche Schlusskapitel: „XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“.

Inhaltliche Umstrukturierungen betrafen vor allem die vorherigen 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“. Zusätzlich wurden Diagnosen von einem Kapitel in ein anderes verlagert, z.B. wurden Krankheiten der intra- und extrakraniellen Gefäße von den „Krankheiten des Nervensystems“ zu den „Krankheiten des Kreislaufsystems“ verschoben. 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 die Benutzer war die **Ablösung der numerischen Codes durch alphanumerische Codes**, indem die erste Stelle der Codes in der ICD-10 nun durch einen Buchstaben gebildet wird (A bis Z, anfangs mit Ausnahme von U, das für mögliche Erweiterungen frei gehalten worden war). So ist beispielsweise die nicht näher bezeichnete Cholera statt mit 001.9 (ICD-9) aktuell mit A00.9 zu verschlüsseln (die Position „00“ ist damit wieder besetzt worden, was in der Praxis dann auch prompt zu den von früheren Versionen her bekannten Kodierfehlern geführt hat!). Das Kapitel XX, die vorherige E-Klassifikation, reicht von V01 bis Y98 und das Kapitel XXI, die vorherige 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 bis XIX der ICD-10, Version 1.0, 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, Version 1.0, 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 frei gehalten worden sind.

2.1.3 Besonderheiten für die Psychiatrie

Das **Kapitel „V. Psychische und Verhaltensstörungen“** zeichnet sich seit der ICD-8 vor allen anderen durch umfangreiche 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 wurde bereits Ende 1991 in wesentlich erweiterter Form als eigenständige **„Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Klinisch-diagnostische Leitlinien“** separat für die Bedürfnisse der Kliniker publiziert [11] und enthält auch die wichtigsten Kategorien anderer ICD-10-Kapitel, die für die psychiatrische Dokumentation von Bedeutung sind. Deren deutsche Übersetzungen wurden später weitgehend an die offizielle DIMDI-Übersetzung der ICD-10 angepasst. Während die Schlüsselnummern der ICD-10 und ICD-10-GM drei- bis fünfstellig sind, enthält die psychiatrische Klassifikation auch zahlreiche sechstellige Codes.

Im Laufe der Jahre kam es zu Detaildifferenzen zwischen der psychiatrischen Spezialklassifikation und der jährlich revidierten ICD-10-GM, die in der 8. Auflage mit dem Stand 2011 [11] im Wesentlichen beseitigt worden sind. In der aktuellen 10. Auflage wurden die Änderungen bis zur ICD-10-GM 2015 berücksichtigt [11]. Die neueste 8. Auflage des „Taschenführers zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen“ von 2016 enthält bereits die Änderungen gemäß der ICD-10-GM 2016 [11a]. In der Psychiatrie wird für Dokumentations- und Forschungszwecke seit Jahrzehnten vielfach das in den USA entwickelte Klassifikationssystem „Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen“ (DSM) eingesetzt, das aktuell als DSM-5 auch in deutscher Sprache erschienen ist [11b] und zu dem auch Überleitungstabellen zur ICD-10 veröffentlicht worden sind [11c].

Die Entwicklung des Kapitels V ist ein sehr gutes Beispiel einer über drei Jahrzehnte andauernden internationalen Zusammenarbeit. Die Vorversion von 1987 wurde in einem groß angelegten Feldversuch von über 600 Klinikern in mehr als 30 Ländern an Personen mit psychischen Störungen sowie Alkohol- und Drogenproblemen überprüft. Die Herausgeber sind überzeugt, dass diese Klassifikation und Terminologie die großen Traditionen und Schulen der Psychiatrie zu repräsentieren vermag. Die Internationalisierung der Klassifikation brachte für die deutschen Psychiater auch die Abkehr von einigen gewohnten Denkmodellen mit sich. So wird seitdem versucht, „einem zumindest teilweise ‚atheoretischen‘ 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 Rech-

nung getragen. [...] Die Herausgeber und Übersetzer stimmen nicht in allen Einzelheiten mit dem neuen Klassifikationskonzept überein. Es bildet aber einen Kompromiss zwischen den Erfordernissen verschiedener Sprach- und Kulturräume, der zwar durchaus kontrovers diskutiert wurde, aber auch im deutschen Sprachraum voll zu übernehmen ist.“ [11 (1993/2011)]

2.1.4 Besonderheiten für die Onkologie

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 ist dementsprechend eine Reihe verschlüsselter Nomenklaturen bzw. Klassifikationen veröffentlicht worden. Die wichtigste ist die von der WHO erstmals 1976 im Zusammenhang mit der ICD-9 publizierte **International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O)**. Die mit der ICD-10 weitgehend kompatible ICD-O-Ausgabe, 2. englische Auflage (ICD-O-2) [12], erschien als Erste der ICD-10-Klassifikationen bereits 1990. Ihr topographischer Teil ist in den Grundzügen mit der Klassifikation der bösartigen Neubildungen im ICD-10-Kapitel „II. Neubildungen“ identisch, während der histologische Teil in Kurzform als „Morphologie der Neubildungen“ (M-Klassifikation) bis 2015 Bestandteil der ICD-10 und der ICD-10-GM war.

Aktuell ist die im Jahre 2000 herausgegebene und 2003 in deutscher Übersetzung (auch als Buch) erschienene 3. Auflage mit der Bezeichnung ICD-O-3 [12] (Updates bis 2011, 1. Revision 2013). DIMDI veröffentlichte im April 2014 die deutsche Fassung der 1. Revision von 2013 als „Erste Revision 2014“ in Dateiform (PDF und ClaML, einschließlich Aktualisierungsliste). In Deutschland ist die Anwendung der ICD-O vom Krebsregistergesetz vorgeschrieben.

Weitere Details und Spezialausgaben sind auf den DIMDI-Webseiten und unter anderem in [7] dargestellt.

2.1.5 Einführung der ICD-10 in den deutschsprachigen Ländern

Seitens der WHO war die Einführung der ICD-10 für das Jahr 1993 empfohlen worden. Jedoch konnte die WHO bis dahin nur die Bände 1 (Systematik, 1992) und 2 (Regelwerk, 1993) veröffentlichen, Band 3 (Alphabet) folgte erst 1994 [1]. 2008/09 ist von der WHO die „2008 Edition“ der ICD-10 veröffentlicht worden, die alle bis 2008 beschlossenen Änderungen enthält (darin gibt es mit bisher fünf dreistelligen U-Kodes auch das in die ICD-10-GM aufgenommene Kapitel „XXII. Codes for special purposes“) [1]. Eine Version mit Stand 2016 ist online auf der WHO-Homepage (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>) verfügbar. Alle Updates seit der Erstveröffentlichung sind auf den Homepages der WHO und zum Teil auch des DIMDI nachgewiesen [1].

Ein Teil der WHO-Mitgliedsstaaten war und ist angesichts der beträchtlichen Änderungen gegenüber der ICD-9 mit der Einführung der ICD-10 ziemlich zurückhaltend und nutzt deshalb für Morbiditätszwecke immer noch die ICD-9 (siehe aktuelle Angaben auf der WHO-Homepage [1]). Das galt z.B. auch für die USA, die zwar seit 1999 die Mortalität nach der ICD-10 kodieren, für die Morbidität aber erst ab 1. Oktober 2015 die US-spezifische Erweiterung

ICD-10-CM (Clinical Modification) verwenden (die Einführung war mehrfach verschoben worden, siehe <http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd10cm.htm>). Sie ersetzt die ICD-9-CM, Bände 1 und 2.

Die **deutschsprachige Ausgabe der ICD-10** ist vom DIMDI in den Jahren 1994/95 relativ rasch veröffentlicht worden [1]. Den Grundstock dafür lieferte die deutsche Übersetzung der WHO-Vorversion der ICD-10 von 1989 durch das damalige DDR-Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung in Berlin, die ab Oktober 1990 vom DIMDI weiterbearbeitet worden ist. Seit 1990/91 erfolgt ein Abstimmungsverfahren mit medizinischen Fachgesellschaften und -institutionen, dessen Ergebnisse in die umfassende und sorgfältige Überarbeitung auf der Basis der jeweils aktuellen WHO-Versionen einfließen. Da die primäre Übersetzung mit den zuständigen Gremien der Schweiz und Österreichs abgestimmt wurde, konnte damit zum ersten Mal eine gemeinsame deutschsprachige ICD-Fassung vorgelegt werden. – Aktuell ist für die Todesursachenverschlüsselung in Deutschland die deutschsprachige ICD-10-WHO 2016 gültig, die vom DIMDI in Dateiform publiziert worden ist (die Version 2005 war auch als Buchausgabe erschienen) [1].

In der **Schweiz** wurde bis 2008 die 1999 veröffentlichte deutsche WHO-Version 1.3 benutzt, von der eine Buchversion des Systematischen und Alphabetischen Verzeichnisses als „Dreiländerausgabe“ für Deutschland, Österreich und die Schweiz in der Bearbeitung von B. GRAUBNER 2001 herausgegeben worden ist [13]. Da sich die Schweiz für die modifizierte Übernahme des deutschen G-DRG-Systems zum 1.1.2012 als „SwissDRG“ entschieden hat, wurde für die Jahre 2009 und 2010 die Benutzung der ICD-10-GM 2008 vorgeschrieben. In den Jahren 2011 und 2012 wurde die ICD-10-GM 2010 verwendet, danach war bis 2014 die ICD-10-GM 2012 und bis 2016 die ICD-10-GM 2014 gültig. In den Jahren 2017 und 2018 wird in der Schweiz die **ICD-10-GM 2016** benutzt.

In den Krankenanstalten **Österreichs** wurde von 2001 bis 2012 mit der „ICD-10 BMSG 2001“ (BMSG: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen; später Bundesministerium für Gesundheit [BMG], aktuell Bundesministerium für Gesundheit und Frauen [BMGF]) eine leicht modifizierte Version der ICD-10, deutsche WHO-Version 1.3, obligatorisch benutzt, die vom BMSG in Dateiform veröffentlicht worden war [14] und in die genannte Dreiländerausgabe eingearbeitet worden ist. Diese Ausgabe ist die Weiterentwicklung der von B. GRAUBNER und A. ZAISS auf der Basis der ICD-10, Version 1.2, erarbeiteten „ICD-10 BMAGS 1999“ (BMAGS: Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales), mit der 1999/2000 ein Modellversuch in Kärnten durchgeführt worden war. Gegenüber der WHO-Ausgabe sind darin, analog zur deutschen ICD-10-SGBV, einige Schlüsselnummern als Ausrufezeichen-Kodes definiert. Das Kapitel XX ist durch ein schon zusammen mit der ICD-9 verwendetes Kapitel „XXa Exogene Noxen – Ätiologie“ (U00–U99!) ersetzt, und im Kapitel XXI sind zahlreiche Kodes nur krankenhausintern, nur als sekundäre Ausrufezeichen-Kodes oder überhaupt nicht für die Verschlüsselung zugelassen. Einige Aktualisierungen enthielt die zum 1.1.2011 vom BMG in Dateiform veröffentlichte aktualisierte „Beilage zur ICD-10 BMSG 2001“ [14]. Mit der „ICD-10 BMG 2013“ wurde für 2013 eine grundlegende Überarbeitung veröffentlicht, die auf der Grundlage der vom DIMDI veröffentlichten deutschsprachigen ICD-10-WHO 2011 entwickelt worden ist und weiterhin die genannten österreichspezifischen Besonderheiten aufweist. Dabei sind die speziellen österreichischen Kodes im Kapitel XXa nun mit „9“ statt mit „U“ gekennzeichnet (901 bis 999), weil die WHO U-Kodes im Kapitel XXII verwendet, das bisher in Österreich nicht benutzt worden ist. Von 2014 bis 2016 gilt die „ICD-10 BMG 2014“, die auf der Grundlage der ICD-10-WHO 2013 des DIMDI erstellt wurde [14]. Allerdings wur-

den für die Diagnosendokumentation 2016 Ergänzungen und Aktualisierungen veröffentlicht, in denen in einigen Bereichen zusätzliche Fünfsteller und im Kapitel XXI Änderungen bei den Zusatzkennzeichen „#“ und „!“ festgelegt worden sind. Für 2017 wurde am 9.11.2016 die aktualisierte Version „**ICD-10 BMGF 2017**“ veröffentlicht [14], in die die Updates der ICD-10-WHO 2016 und einige Erweiterungen aus der ICD-10-GM 2016 übernommen worden sind. – Die Anwendung der ICD-10 im ambulanten Bereich ist seit 2014 optional möglich.

2.2 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM)

2.2.1 Entwicklung von der ICD-10 zur ICD-10-SGBV in Deutschland

Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 hatte, wie bereits oben ausgeführt, die ICD-Verschlüsselung von Diagnosen auch in der vertragsärztlichen Gesundheitsversorgung festgelegt. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) begann 1993 im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit den Vorbereitungsarbeiten für die ICD-9-Verschlüsselung und stellte diese ab 1994 auf die ICD-10-Verschlüsselung um. Das Bundesgesundheitsministerium wollte in der vertragsärztlichen Versorgung ab 1996 zunächst die ICD-9 einführen, obwohl zu diesem Zeitpunkt bereits die deutschsprachige ICD-10 vorlag. In der Bekanntmachung vom 18.12.1995 wurde dafür dann jedoch die ICD-10 festgelegt, wobei in der stationären Versorgung weiterhin die ICD-9 verwendet werden sollte. Der massive Protest von KBV und Ärzteschaft erreichte, dass das Ministerium die Einführung aussetzte und den Auftrag zur Gestaltung einer für die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung in Deutschland gemäß den Anforderungen der §§ 295 und 301 SGB V besser geeigneten ICD-10-Version erteilte.

Unter der Leitung des DIMDI erarbeitete ein ICD-10-Arbeitsausschuss 1996 die erste Version der ICD-10 für die Zwecke des SGB V. Dieser Expertenarbeitsgruppe gehörten neben dem DIMDI Vertreter der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung, der KBV, der Deutschen Krankenhausgesellschaft [DKG] und des ZI an. Sorgfältig wurde die gesamte ICD-10 durchgearbeitet, wobei für die allgemeinärztliche Verschlüsselung unverzichtbare Codes als sogenannter Minimalstandard („Basisschlüssel“) definiert worden sind; Codes von in Mitteleuropa seltenen Diagnosen wurden als „exotisch“ gekennzeichnet, einige primäre Codes wurden in Analogie zu den sekundären Stern-Codes in sekundäre sogenannte Ausrufezeichen-Codes geändert und das Kapitel „XX Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität“ wurde gestrichen (in die Version 1.3 von 1999 wurde es mit 22 Codes wieder eingefügt). Gleichzeitig wurden Diagnosenzusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (Verdacht, ausgeschlossen, Zustand nach) und die Seitenlokalisation (rechts, links, beidseitig) festgelegt und eine ausführliche Anleitung zur Verschlüsselung formuliert.

Diese reduzierte Version, für die vom ZI ein Alphabetisches Verzeichnis mit den häufigsten Krankheitsbezeichnungen im deutschen Sprachraum, der sogenannte Diagnosenthesaurus, herausgegeben worden war, wurde in einem großen freiwilligen Modellversuch im Bereich von zwei Kassenärztlichen Vereinigungen getestet. Im Ergebnis wurde die Praktikabilität dieser ICD-10-Verschlüsselung nachgewiesen [15], die von zahlreichen Ärzten bis zur obligatorischen ICD-10-Einführung weiter betrieben wurde. Bezüglich aller weiteren Einzelheiten sei auf die zitierte Veröffentlichung verwiesen.

Die Arbeiten an der ICD-10 gingen bei der WHO, im DIMDI und in der Expertenarbeitsgruppe weiter und führten 1999 zur **ICD-10-SGBV, Version 1.3** [16], der „Ausgabe für die Zwecke des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“. Diese Version löste im stationären Bereich zum 1.1.2000 die bis dahin verwendete ICD-9 ab und wurde gleichzeitig obligatorisch auch im vertragsärztlichen Bereich eingeführt. Sie wurde ergänzt durch den Diagnosenthesaurus in der Version 3.0, dessen Weiterentwicklung vom ZI inzwischen auf das DIMDI als neuen Herausgeber übertragen worden und dessen Umfang mit rund 30.000 Diagnosen auf das Dreifache der ersten Version angewachsen war [17]; seine Erarbeitung wurde wissenschaftlich von W. GIERE geleitet. Die schon 1997 vorgeschlagenen Diagnosenzusatzkennzeichen wurden zur allgemeinen fakultativen Nutzung eingeführt, und den meisten Vertragsärzten wurde die fünfstellige Diagnosenverschlüsselung zugunsten der übergeordneten vierstelligen Codes erlassen.

2.2.2 Entwicklung von der ICD-10-SGB-V zur ICD-10-GM

Nach der Entscheidung der Selbstverwaltung, die australischen AR-DRGs (Australian Refined Diagnosis Related Groups), Version 4.1 (1998), zur Grundlage eines pauschalierten Entgelt-systems für die deutschen Krankenhäuser zu machen und mit der dafür erforderlichen Diagnosen- und Prozedurendokumentation im Jahre 2001 zu beginnen, musste die ICD-10-SGBV überarbeitet werden, damit in den Kapiteln I–XIX und XXI die dafür erforderlichen Schlüsselnummern zur Verfügung stehen. Zur Unterscheidung von der Version 1.3 erhielt die neue **Version 2.0** (Stand November 2000) die formal leicht geänderte Kurzbezeichnung **ICD-10-SGB-V** [18].

Diese neue Fassung wurde für den stationären Bereich ab 1.1.2001 vorgeschrieben, während im ambulanten Bereich die Version 1.3 gültig blieb, denn KBV und ZI konnten den Vertragsärzten nicht bereits nach einem Jahr eine neue Version zumuten. Im ambulanten Bereich konnten die zum 1.1.2000 eingeführten Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (V, Z und A) und für die Seitenlokalisation (R, L und B) weiterhin verwendet werden, während im stationären Bereich seit 2001 nur noch die Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisation erlaubt sind. Diese Version 2.0 beinhaltet gemäß der als Vorbild dienenden australischen ICD-10-AM (Australian Modification), First Edition (1998), gegenüber der WHO-Version erstmals eine ganze Reihe neuer Codes, insbesondere im vier- und fünfstelligen Bereich (Fünfsteller vor allem in den Kapiteln XIII und XIX), die teilweise auch von den Erstellungsprinzipien der WHO-Version abweichen. (Bei der Weiterentwicklung der speziellen deutschen ICD-10-Version wird darauf geachtet, die Unterschiede zur WHO-Version wieder zu minimieren.) Die M-Klassifikation (Morphologie der Neubildungen) ist auf Wunsch vieler Anwender wieder in den Anhang aufgenommen worden, obwohl sie für die gesetzlich geforderte Verschlüsselung nicht benötigt wird; sie kann jedoch für interne Dokumentationszwecke benutzt werden. Seit der ICD-10-GM 2016 ist sie allerdings nicht mehr enthalten, zumal die ICD-O inzwischen weiterentwickelt wurde.

Das DIMDI wird bei den Entwicklungsarbeiten an der speziellen deutschen ICD-10-Version von der aus der Expertenarbeitsgruppe hervorgegangenen und nun vergrößerten „Arbeitsgruppe ICD“ beraten, die vom Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) beim Bundesministerium für Gesundheit eingesetzt worden ist und aus Mitgliedern der im KKG vertretenen Institutionen und Organisationen besteht.

Die gleichzeitige Verwendung zweier im Prinzip gleicher, im Detail jedoch unterschiedlicher ICD-10-Versionen erwies sich immer mehr als Hemmnis für die gewünschte Integration der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung und war eine Last für alle in beiden Berei-

chen tätigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Mit der vom DIMDI am 15.8.2003 veröffentlichten **ICD-10-GM, Version 2004** (GM = German Modification, 2004 = 1. Gültigkeitsjahr) [19], wurde eine ICD-10-Version zur Verfügung gestellt, die **seit 1.1.2004 in beiden Bereichen gemeinsam genutzt** werden muss und den zwischenzeitlich geänderten Erfordernissen des Gesundheitssystems (obligatorische Einführung der G-DRGs ab 1.1.2004) und den Veränderungen in der medizinischen Wissenschaft Rechnung trägt.

Wegen der unterschiedlichen Abrechnungsbestimmungen in den beiden Bereichen der Gesundheitsversorgung hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) leicht differierende Anwendungsbestimmungen festgelegt, die sich vor allem auf den Gebrauch der Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit und die Stelligkeit der anzugebenden Schlüsselnummern beziehen und vom Bundesministerium für Gesundheit (Namensänderung 2005) auch für die folgenden Jahre bestätigt worden sind. Die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit wurden um das Kennzeichen für gesicherte Diagnosen („G“) erweitert und im vertragsärztlichen Bereich obligatorisch gemacht. Neu wurde in die ICD-10-GM das Kapitel XXII mit U-Kodes aufgenommen, mit denen zusätzliche, für das G-DRG-System erforderliche Sachverhalte zu verschlüsseln sind. In das Kapitel XXI wurden wieder alle dreistelligen und viele vierstellige Kodes der WHO-Version der ICD-10 aufgenommen. Außerdem wurde in verschiedenen Kapiteln eine Reihe der aus der australischen ICD-10-AM übernommenen Abweichungen von der WHO-Version rückgängig gemacht.

2.2.3 Struktur und Inhalt der ICD-10-GM

Die ICD-10-GM hat seitdem die folgenden Kapitel (in Klammern ist der jeweils zugeordnete Codebereich der Version 2017 angegeben, der jedoch Lücken haben kann und dessen Grenzen nicht immer belegt sind; z.B. beginnt das Kapitel XX mit V99 und das Kapitel XXII mit U04):

- I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)
- II. Neubildungen (C00–D48)
- III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50–D90)
- IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)
- 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)
- IX. Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)
- X. Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)
- XI. Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)
- 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)
- XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00–Q99)
- XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00–R99)
- XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98)

XX. Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01!–Y84!)

XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00–Z99)

XXII. Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00–U99)

2.2.4 Versionen 2005 bis 2017 der ICD-10-GM

Mit der **ICD-10-GM, Version 2005** [19a] (teilweise am 15.8.2004 veröffentlicht, restliche Dateien Mitte September 2004), erfolgte gemäß einem eher konservativ orientierten Standard die Umstellung auf die neue deutsche Rechtschreibung. Der bisherige „Diagnosenthesaurus“ wird seitdem als **amtliches „Alphabetisches Verzeichnis (Diagnosenthesaurus)“** bezeichnet, weil auch das Alphabetische Verzeichnis der WHO-Version eingearbeitet worden ist (vollständig erst in der Version 2006; es fehlen bis heute nur noch die zwei speziellen Tabellen mit den äußeren Ursachen von Verletzungen und mit den Arzneimitteln und Chemikalien). Sein Umfang wurde bis zur Version 2015 von etwa 64.600 auf rund 77.400 verschiedene Diagnoseeinträge erweitert. Die Dateien waren 2005 mit Ausnahme der RTF-Dateien weiterhin kostenfrei erhältlich.

Auch für die **ICD-10-GM, Version 2006** [19b] (Vorabversion am 24.8.2005, Publikation der Endversion mit Stand vom 1.10.2005 am 11.10.2005; Update am 1.11.2005 mit Stand vom 24.10.2005), wurden Änderungen, Ergänzungen und Korrekturen gemäß den Erfordernissen des G-DRG-Systems, dem medizinischen Fortschritt und den Vorgaben der WHO vorgenommen. Vor allem wegen der Entwicklung der G-DRG-Systems sind auch in den nächsten Jahren jeweils neue Versionen erforderlich, wobei der vertragsärztliche Bereich wegen des damit verbundenen Implementierungs- und Umstellungsaufwandes eher einen zweijährlichen Versionswechsel bevorzugen würde. Kostenfrei können von der DIMDI-Homepage seit dieser Version nur noch die mit dem DIMDI-Wasserzeichen versehenen PDF-Dateien im Drucklayout, Aktualisierungslisten (PDF-Format) gegenüber der Vorjahresversion, HTML-Dateien (kostenpflichtig für nachfolgende Versionen) und Corrigenda heruntergeladen werden. Verfügbar sind kostenpflichtig weiterhin ASCII-Dateien für Druck- und EDV-Versionen (einschließlich sogenannter Metadaten mit zusätzlichen verschlüsselungsrelevanten Informationen), RTF- und SGML-Dateien sowie Überleitungstabellen von der Vorjahresversion. (Ab Juli des Gültigkeitsjahres einer ICD-10-GM-Version sind alle Dateien von den DIMDI-Webseiten bis heute kostenlos herunterladbar.)

Für die **ICD-10-GM 2007** [20] (die Bezeichnung „Version“ kann ab jetzt weggelassen werden!) veröffentlichte das DIMDI die vorläufigen Daten am 31.7.2006 und die endgültigen Dateien am 12.10.2006 mit Stand vom 9.10.2006. Das DIMDI selbst hatte für die Versionen 2004 bis 2006 eigene Buchausgaben herausgegeben, darauf seit 2007 jedoch wieder verzichtet. Die im Buchhandel verfügbaren Buchausgaben entsprechen entweder den praktisch unveränderten DIMDI-Dateien oder sind von B. GRAUBNER nutzerfreundlich bearbeitet und mit ergänzenden Informationen zur Geschichte und Anwendung sowie der Kennzeichnung der Änderungen gegenüber der vorherigen Version versehen.

Die Publikation der endgültigen Dateien für die **ICD-10-GM 2008** [20a] erfolgte im Oktober 2007, und zwar für das Systematische Verzeichnis am 9.10.2007 mit Stand vom 5.10.2007 und für das Alphabetische Verzeichnis am 18.10.2007 mit Stand vom 15.10.2007 (eine Vorabversion war am 1.8.2007 veröffentlicht worden). Gegenüber der Version 2007 enthält sie rund 120 kodierrelevante Änderungen, wobei 44 neue Schlüsselnummern(bereiche) (darunter 40 termina-

le Kodes) hinzugekommen sind. 11 bisher terminale Viersteller wurden weiter unterteilt. Bei 66 Schlüsselnummern wurden Texte und/oder zugehörige Inklusiva, Exklusiva und/oder Hinweise kodierrelevant geändert. Die Anzahl der Schlüsselnummern und -bereiche erhöhte sich um 44. – Buchausgaben sind analog zur ICD-10-GM 2007 erschienen.

Für die Erstellung der **ICD-10-GM 2009** [20b] kam erstmals die neue Pflege- und Produktionssoftware des DIMDI für Klassifikationen, das sogenannte Classification Tool Kit (CTK), zum Einsatz, das vom DIMDI in Absprache mit der WHO, die es nun ebenfalls nutzt, entwickelt worden ist. Das hat zur Folge, dass die bisherigen SGML-Dateien durch solche im modernen XML-/ClAML-Format (Extensible Generalized Markup Language / Classification Markup Language) abgelöst worden sind. Gleichzeitig wurden verschiedenartige formale Inkonsistenzen in den Dateien beseitigt, die sich z.B. auf das Layout, die Textreihenfolge und andere strukturelle Eigenschaften beziehen, jedoch keine inhaltlichen Änderungen darstellen. Die bisherige RTF-Fassung der Buchversion des Systematischen Verzeichnisses wurde durch eine ODT-Fassung ersetzt (OpenDocument-Text-Format). Die Dateien des Systematischen Verzeichnisses wurden mit Stand vom 24.9.2008 am 30.9.2008 veröffentlicht (Vorversion am 4.8.2008), die des Alphabetischen Verzeichnisses folgten mit Stand vom 6.10.2008 am 7.10.2008. Die Version 2009 enthält 42 neue terminale, d.h. endständige und nicht weiter unterteilte Schlüsselnummern, wobei 7 bisher terminale Viersteller unterteilt worden sind; bei 41 Schlüsselnummern wurden Klassentexte und/oder zusätzliche Erläuterungen kodierrelevant geändert. Da auch Schlüsselnummern gestrichen worden sind, erhöht sich die Gesamtzahl der Schlüsselnummern nur um 25. – Buchausgaben sind analog zur ICD-10-GM 2008 erschienen.

Für die **ICD-10-GM 2010** [20c] veröffentlichte das DIMDI die Dateien des Systematischen Verzeichnisses mit Stand vom 16.10.2009 am 20.10.2009 (Vorabversion am 4.8.2009, Zwischenversion am 30.9.2009). (Die späte Veröffentlichung ist der erst Mitte Oktober getroffenen Entscheidung der WHO über die Kodierung der Neuen Grippe [„Schweinegrippe“] geschuldet.) Wie bereits in den Vorjahren sind Änderungen, Ergänzungen und Korrekturen vor allem gemäß den Erfordernissen des G-DRG-Systems, aber auch entsprechend dem medizinischen Fortschritt und den für diese Version sehr zahlreichen Vorgaben der WHO vorgenommen worden. Insgesamt enthält die Version 2010 100 neue Schlüsselnummern. 8 bisher terminale Viersteller wurden weiter unterteilt. Bei 180 Schlüsselnummern wurden Texte und/oder zugehörige Inklusiva, Exklusiva und/oder Hinweise kodierrelevant geändert. 25 Schlüsselnummern der Version 2009 wurden gestrichen. In der Bilanz enthält die Version 2010 55 Schlüsselnummern mehr als die Vorjahresversion. – Die Dateien des Alphabetischen Verzeichnisses wurden mit Stand vom 30.10.2009 am 3.11.2009 veröffentlicht. – Buchausgaben sind analog zur ICD-10-GM 2009 erschienen.

Für die **ICD-10-GM 2011** [20d] veröffentlichte das DIMDI die Dateien des Systematischen Verzeichnisses mit Stand vom 24.9.2010 am 28.9.2010 (Vorabversion am 3.8.2010). Wiederum erfolgten Änderungen, Ergänzungen und Korrekturen, wobei die Änderungen gemäß den Vorgaben der WHO im Bereich der Leukämien und Lymphome besonders umfangreich waren. Insgesamt enthält die Version 2011 67 neue Schlüsselnummern. 6 bisher terminale Viersteller wurden weiter unterteilt. Bei 178 Schlüsselnummern wurden Texte und/oder zugehörige Inklusiva, Exklusiva und/oder Hinweise kodierrelevant geändert. 32 Schlüsselnummern der Version 2009 wurden gestrichen, sodass die Version 2011 35 Schlüsselnummern mehr als die Version 2010 enthält. – Die Dateien des Alphabetischen Verzeichnisses wurden mit Stand vom 5.10.2010 am 11.10.2010 veröffentlicht. – Buchausgaben sind analog zur ICD-10-GM 2010 erschienen.

Die Dateien des Systematischen Verzeichnisses der **ICD-10-GM 2012** [20e] veröffentlichte das DIMDI mit Stand vom 23.9.2011 am 27.9.2011 (Vorabversion am 26.7.2011). Die Änderungen, Ergänzungen und Korrekturen hielten sich bei dieser Version in Grenzen, wie die folgenden Zahlenangaben zeigen: Es gibt 10 neue fünfstelligen Schlüsselnummern, 4 bisher terminale Viersteller wurden weiter unterteilt. Bei 14 Schlüsselnummern wurden Texte und/oder zugehörige Inklusiva, Exklusiva und/oder Hinweise kodierrelevant geändert. Gestrichen wurde keine Schlüsselnummer, sodass die Version 2012 nur 10 Schlüsselnummern mehr als die Version 2011 enthält. – Die Dateien des Alphabetischen Verzeichnisses wurden mit Stand vom 30.9.2011 am 10.10.2011 veröffentlicht. Sie enthalten in der „Buchversion“ fast 130.800 Einträge (Spiegelstrichtexte), die auf der Grundlage von 76.500 Diagnosentexten („EDV-Fassung“) formuliert worden sind. – Buchausgaben sind analog zur ICD-10-GM 2011 erschienen.

Die Dateien des Systematischen Verzeichnisses der **ICD-10-GM 2013** [20f] sind auf den DIMDI-Webseiten mit Stand vom 21.9.2012 am 25.9.2012 (Vorabversion am 25.7.2012) veröffentlicht worden. Gemäß einer früheren Ankündigung wird dessen sogenannte EDV-Fassung ab der Version 2015 nicht mehr im ASCII-Format, sondern nur noch im modernen XML/ClaML-Format bereitgestellt (Extensible Generalized Markup Language / Classification Markup Language). Die Preise beider Dateien wurden dementsprechend getauscht. Die Version 2013 enthält wesentlich mehr Änderungen, Ergänzungen und Korrekturen als die Vorjahresversion: 80 Schlüsselnummern wurden neu aufgenommen, 8 bisher terminale Viersteller wurden weiter unterteilt und 2 bisher unterteilte Viersteller wurden terminal, bei 68 Schlüsselnummern wurden Texte und/oder zugehörige Inklusiva, Exklusiva und/oder Hinweise kodierrelevant geändert und 55 Schlüsselnummern wurden gestrichen, sodass die Version 2013 per saldo 25 Schlüsselnummern mehr als die Version 2012 enthält. Inhaltliche Änderungen erfolgten u.a. bei Vorhofflimmern und Vorhofflattern, bei Hämorrhoiden, bei den verschiedenen Formen der Hernia ventralis und bei den Erregern mit schwerwiegenden Antibiotikaresistenzen. – Die Dateien des Alphabetischen Verzeichnisses wurden mit Stand vom 28.9.2012 am 10.10.2012 veröffentlicht. Die Anzahl der ausformulierten Diagnosentexte wurde um 270 auf 76.770 erhöht. – Buchausgaben erschienen analog zur ICD-10-GM 2012.

Die Dateien des Systematischen Verzeichnisses der **ICD-10-GM 2014** [20g] sind auf den DIMDI-Webseiten mit Stand vom 20.9.2013 seit 26.9.2013 (Vorabversion am 24.7.2013) verfügbar. Die Version 2014 enthält weniger Änderungen als die Vorjahresversion: 22 Schlüsselnummern wurden neu aufgenommen, 3 bisher terminale Viersteller wurden weiter unterteilt, bei 35 Schlüsselnummern wurden Texte und/oder zugehörige Inklusiva, Exklusiva und/oder Hinweise kodierrelevant geändert und 2 Schlüsselnummern wurden gestrichen, sodass die Version 2014 per saldo 20 Schlüsselnummern mehr als die Version 2013 enthält. Inhaltliche Änderungen erfolgten u.a. bei Blutgerinnungsstörungen, weiblicher Genitalverstümmelung sowie Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten. – Die Dateien des Alphabetischen Verzeichnisses wurden mit Stand vom 30.9.2013 am 10.10.2013 veröffentlicht. Die Anzahl der ausformulierten Diagnosentexte wurde nur um 170 auf rund 76.940 erhöht. – Buchausgaben erschienen analog zur ICD-10-GM 2013.

Für die **ICD-10-GM 2015** [20h] veröffentlichte das DIMDI die Vorabversion am 29.7.2014. Die endgültigen Dateien des Systematischen Verzeichnisses wurden mit Stand vom 19.9.2014 am 25.9.2014 publiziert. Gemäß der früheren Ankündigung, wird die sogenannte EDV-Fassung nun nicht mehr im ASCII-Format, sondern nur noch im modernen XML/ClaML-Format bereitgestellt (Extensible Generalized Markup Language / Classification Markup Language). Insgesamt wurde jetzt die für einige andere Dateien verwendete Formatbezeichnung „ASCII“ durch

die Bezeichnung „TXT (CSV)“ ersetzt. Insgesamt enthält die Version 2015 mehr Änderungen als die Vorjahresversion: 75 Schlüsselnummern, davon 74 Fünfsteller, wurden neu aufgenommen, 1 terminaler Dreisteller und 12 bisher terminale Viersteller wurden weiter unterteilt, bei 79 Schlüsselnummern wurden Texte und/oder zugehörige Inklusiva, Exklusiva und/oder Hinweise kodierrelevant geändert und 1 Schlüsselnummer wurde gestrichen, sodass die Version 2015 per saldo 74 Schlüsselnummern mehr als die Version 2014 enthält. Inhaltliche Änderungen erfolgten u.a. bei der Atherosklerose der Extremitätenarterien, dem akuten Nierenversagen und wiederum bei den Blutgerinnungsstörungen. – Die Dateien des Alphabetischen Verzeichnisses wurden mit Stand vom 30.9.2014 am 7.10.2014 veröffentlicht. Die Anzahl der ausformulierten Diagnostexte wurde um 500 auf rund 77.420 erhöht, wobei der mit 300 Einträgen größte Teil seltene Krankheiten betrifft, die aus der sogenannten Orphanet-Datenbank übernommen worden sind. Die Buchversion enthält rund 132.700 Einträge (Haupt- und Spiegelstricheinträge ohne Fortsetzungszeilen und ohne Tabelle der Neubildungen), die aus den 77.420 Diagnostexten generiert worden sind. – Buchausgaben erschienen analog zur ICD-10-GM 2014.

Für die **ICD-10-GM 2016** [20i] veröffentlichte das DIMDI die Vorabversion am 29.7.2015. Die endgültigen Dateien des Systematischen Verzeichnisses wurden mit Stand vom 25.9.2015 am 30.9.2015 publiziert. Änderungen, Ergänzungen und Korrekturen sind analog zu den Vorjahren vorgenommen worden. Insgesamt enthält die Version 2016 wiederum mehr Änderungen als die Vorjahresversion, der Zuwachs an Codes ist jedoch geringer: 73 Schlüsselnummern wurden neu aufgenommen, 4 bisher terminale Viersteller wurden weiter unterteilt, bei 142 Schlüsselnummern wurden Texte und/oder zugehörige Inklusiva, Exklusiva und/oder Hinweise kodierrelevant geändert und 13 Schlüsselnummern wurden gestrichen, inhaltlich jedoch an andere Stellen verlagert. Per Saldo enthält die Version 2016 60 Schlüsselnummern mehr als die Version 2015. Für diese Version wurden auch Schreibweisen korrigiert bzw. harmonisiert (die meisten davon waren in unseren Buchausgaben bereits vorgenommen worden). Zusätzlich wurden im Singular die Termini „Fet“ und „Feten“ generell durch „Fetus“ ersetzt und einige andere systematische Angleichungen an die DUDEN-Schreibung vorgenommen. Inhaltliche Änderungen erfolgten u.a. bei der Enterokolitis durch *Clostridium difficile*, der Multisystem-Atrophie, der chronischen Graft-versus-Host-Krankheit und der weiblichen Genitalverstümmelung. – Die Dateien des Alphabetischen Verzeichnisses wurden mit Stand vom 2.10.2015 am 7.10.2015 veröffentlicht. Die Anzahl der ausformulierten Diagnostexte wurde um über 1.300 auf rund 78.760 erhöht (einschließlich Verweisen, gezählt in der DIMDI-EDV-Fassung TXT). Die Buchversion enthält rund 136.000 Einträge (Haupt- und Spiegelstricheinträge ohne Fortsetzungszeilen und ohne Tabelle der Neubildungen), die aus den 78.760 Diagnostexten generiert worden sind. – Buchausgaben erschienen analog zur ICD-10-GM 2015.

Für die **ICD-10-GM 2017** [20j] veröffentlichte das DIMDI die Vorabversion am 27.7.2016. Die endgültigen Dateien des Systematischen Verzeichnisses wurden mit Stand vom 23.9.2016 am 29.9.2016 publiziert. Wie bereits in den Vorjahren sind Änderungen, Ergänzungen und Korrekturen vor allem gemäß den Erfordernissen des G-DRG- und des PEPP-Entgeltsystems, aber auch entsprechend dem medizinischen Fortschritt, den Anregungen und Vorschlägen von wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und Fachleuten aus Ärzteschaft, Kliniken und Krankenkassen sowie von Organisationen der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens und schließlich gemäß den Vorgaben der WHO vorgenommen worden. Insgesamt enthält die Version 2017 nicht so viele Änderungen wie die Vorjahresversion, der Zuwachs an Codes ist allerdings höher: 122 Schlüsselnummern wurden neu aufgenommen, 14 bisher terminale Viersteller wurden weiter unterteilt, bei 159 Schlüsselnummern wurden Texte und/oder zugehörige Inklusiva, Exklusiva und/oder Hinweise kodierrelevant geändert und 13 Schlüsselnummern

wurden gestrichen, inhaltlich in der Regel jedoch an andere Stellen verlagert. Per Saldo enthält die Version 2017 109 Schlüsselnummern mehr als die Version 2016. Inhaltliche Änderungen erfolgten u.a. bei der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, dem Lymphödem, den multi-resistenten Erregern und der Zika-Viruskrankheit. – Die Dateien des Alphabetischen Verzeichnisses wurden mit Stand vom 5.10.2016 am 11.10.2016 veröffentlicht. Die Anzahl der ausformulierten Diagnosentexte wurde um rund 700 auf 79.530 erhöht (einschließlich Verweisen, gezählt in der DIMDI-EDV-Fassung TXT). Die Buchversion enthält rund 137.700 Einträge (Haupt- und Spiegelstricheinträge ohne Fortsetzungszeilen und ohne Tabelle der Neubildungen), die aus den 79.530 Diagnosentexten generiert worden sind. – Buchausgaben erscheinen analog zur ICD-10-GM 2016.

Damit man sich ein Bild vom Umfang und formalen Inhalt der aktuellen Version machen kann, sind nachfolgend einige **Zahlenangaben** aufgeführt (jeweils ohne den nur im vertragsärztlichen Bereich benutzten „Ergänzungskode“ UUU). **Die ICD-10-GM 2017 enthält 16.193 Schlüsselnummern und -bereiche** (2016: 16.084, 2015: 16.024, 2014: 15.951, 2013: 15.931, 2012: 15.906, 2011: 15.896, 2010: 15.861, 2009: 16.084, 2008: 15.781, 2007: 15.737), und zwar 22 Kapitel, 241 Gruppen (ohne Obergruppen), 1.710 Dreisteller (davon 263 terminal und 1.447 unterteilt), 8.878 Viersteller (davon 7.969 terminal und 909 unterteilt) und 5.342 Fünfsteller. Sie enthält damit 13.574 terminale (endständige) Codes, die für die Verschlüsselung im stationären Bereich obligatorisch zu verwenden sind. Weil im vertragsärztlichen Bereich auf die Anwendung der fünfstelligen Codes (bisher) praktisch verzichtet werden kann, sind für diesen „nur“ 9.140 Codes obligatorisch (ein weiterer unterteilter vierstelliger Code [U69.0-!] gilt nur im stationären Bereich und ist hier nicht mitgezählt). Man muss allerdings darauf hinweisen, dass die Möglichkeit des Verzichts auf die Verwendung der fünfstelligen Codes gemäß den jährlichen ICD-10-Bekanntmachungen des BMG nur „für die hausärztliche Versorgung, im organisierten Notfalldienst und in der fachärztlichen Versorgung für Diagnosen außerhalb des Fachgebiets“ gilt! Von den insgesamt 13.486 terminalen Schlüsselnummern entfallen rund 91 % auf primäre und rund 9 % auf sekundäre Schlüsselnummern (Stern- und Ausrufezeichenkodes werden als sekundär bezeichnet, weil sie nicht ohne einen primären Code verwendet werden dürfen).

2.2.5 Computerunterstützte Diagnosenverschlüsselung

Die **Diagnosenverschlüsselung** im stationären Bereich erfolgt überwiegend **computergestützt**, wobei die entsprechenden Programme [21] meistens in die Krankenhausinformationssysteme oder zumindest in die G-DRG-Groupier integriert sind. Im vertragsärztlichen Bereich haben viele Anbieter eines Praxisverwaltungssystems ihre eigenen Diagnosenverschlüsselungsprogramme, die Qualität dieser Programme reicht jedoch oft nicht an die der professionellen Programme [21] heran. Andererseits ist deren Datenqualität sehr hoch und vor allem einheitlich, weil die KBV dafür verbindlich die Benutzung der ICD-10-GM-Stammdatei vorschreibt, die bis zur ICD-10-GM 2008 auf der Grundlage von im ZI nutzerfreundlich aufbereiteten Dateien für Systematik und Alphabet erstellt wurde. Auf der Grundlage der DIMDI-Version 2009 hat die KBV diese Systematikdatei aktualisiert und die DIMDI-Alphabetdatei formal bearbeitet (das ZI hatte vorher auch eine inhaltliche Überarbeitung vorgenommen). Ab der Version 2010 gibt die KBV die Dateien jährlich in ähnlicher Weise heraus.

Die bis 2008 von B. Graubner für das ZI aufwendig manuell bearbeiteten Dateien bieten vor allem hinsichtlich ihrer überwiegend normalsprachlich formulierten Texte vielen Nutzern Vorteile gegenüber den programmtechnisch und algorithmisch erstellten entsprechenden Dateien

des DIMDI. Sie können von B. Graubner für alle Versionsjahre zur Verfügung gestellt werden (auch für den OPS).

Während die Qualität der Diagnosenverschlüsselung im stationären Bereich wegen der durch die G-DRGs bedingten Verknüpfung mit der Abrechnung recht hoch ist, lässt sie im ambulanten Bereich trotz bedeutender Verbesserungen seit 2000 noch zu wünschen übrig (siehe hierzu auch den Aufsatz von K. GIERSIEPEN et al., Bundesgesundheitsbl. 2007, 8). Das ändert sich jedoch allmählich seit 2009 wegen der Einführung der morbiditätsabhängigen Vergütung und des morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleiches. Die KBV und das ZI bemühen sich mit zunehmendem Erfolg, die Qualität der Verschlüsselungsprogramme zu erhöhen und Hilfen für die verschlüsselnden Ärzte bereitzustellen. So hat z.B. das ZI eine sogenannte „ZI-Kodierhilfe“ entwickelt und auf seiner Homepage zur Verfügung gestellt. In diese Richtung geht auch die erneute Entwicklung eines „Hausarzt-Thesaurus“ sowie fachspezifischer Thesauren (<http://www.zi.de/cms/projekte/kodierung>). (Das ZI hatte bereits ab 1993 entsprechende Arbeiten geleistet.)

In diesem Zusammenhang sei aus historischen Gründen das von der 3M Medica und dem ZI entwickelte und im Internet bis Sommer 2010 frei zugängliche professionelle Diagnosenaukunfts- und Diagnosenverschlüsselungsprogramm „ZI-ICD-Browser“ erwähnt, das alle im vertragsärztlichen Bereich vorgeschriebenen Daten in den Buch- und EDV-Versionen enthielt [21], und zwar für die ICD-10-GM 2005, 2006, 2007 und 2008. Als Nachfolgeprogramm veröffentlicht die KBV seit 2009 auf ihrer Homepage (<http://icd.kbv.de/icdbrowser/#>) den funktionell zunächst reduzierten „KBV ICD Browser“ mit den Daten der für das jeweilige Jahr gültigen ICD-10-GM-Stammdatei der KBV. Inzwischen wurden in diesen „KBV ICD Browser“ allerdings auch weitere Informationen zur Unterstützung der verschlüsselnden Ärzte eingearbeitet. Auch das ZI stellt seit 2011 auf seiner Homepage wieder ein Verschlüsselungsprogramm zur Verfügung, die „ZI-Kodierhilfe“ (<http://www.kodierhilfe.de/>).

Beispielhaft sei schließlich auf drei Bücher hingewiesen, die Anwender bei der Verschlüsselung von Diagnosen und Operationen unterstützen [22a] [22b] [23], wobei es inzwischen eine Reihe weiterer Publikationen („Kodierleitfaden“ u.Ä.) für die verschiedenen medizinischen Fachgebiete gibt. Zum „Nachschlagen“ sehr nützlich, weil wenig platzfordernd und bequem handhabbar, war die CD-ROM-Publikation „DRG&PEPP: Info-Browser“, die alle wesentlichen Werke in z.T. verlinkter Fassung enthielt, also z.B. ICD-10-GM, OPS, DKR, DKR-Psych, G-DRGs, Kalkulationshandbuch, relevante Gesetze und Verordnungen [24]. Leider ist 2015 davon die letzte Version erschienen. Verschiedene Aspekte der medizinischen Dokumentation und Klassifikation, besonders von Diagnosen, behandelt eine frühere Veröffentlichung des ZI [25].

2.2.6 Weiterentwicklung der ICD-10-GM

Nachdem nun die ICD-10-GM 2017 veröffentlicht worden ist, werden die Arbeiten an der **ICD-10-GM 2018** vom DIMDI und der KKG-AG ICD fortgesetzt und intensiviert. Für die Weiterentwicklung ist seit einigen Jahren beim DIMDI ein Vorschlagsverfahren etabliert, das vor allem von den wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und Verbänden genutzt werden soll. Dabei erfolgt eine Beschränkung auf unbedingt notwendige Änderungen, um den Aktualisierungsaufwand möglichst gering zu halten. Priorität haben dabei die von der WHO beschlossenen Änderungen sowie alle für das G-DRG- und PEPP-Entgeltsystem notwendigen Anpassungen (siehe hierzu auch den Aufsatz von BIRGIT KRAUSE, Bundesgesundheitsbl. 2007, 8; aktuell: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/vorschlagsverfahren/index.htm>).

Die WHO arbeitet an der Vorbereitung der **ICD-11** (<http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>). Aktuell ist deren englische Betaversion zur Kommentierung, für ergänzende Vorschläge und zur weiteren Hinzufügung von Krankheitsdefinitionen verfügbar: „ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Edition for Member State comment)“: <http://apps.who.int/classifications/icd11/release/l-m/en>; „ICD-11 Beta Draft (Mortality and Morbidity Statistics)“: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en>. Einzelheiten dazu enthält die DIMDI-Mitteilung vom 10.11.2016: http://www.dimdi.de/static/de/klassi/aktuelles/news_0412.html, in der auch weitere Links angegeben sind. Anfang 2017 soll auch eine konsolidierte Version („frozen version“) für Feldversuche und die Übersetzung in andere Sprachen verfügbar sein, mit der dann auch in Deutschland entsprechende Projekte durchgeführt werden sollen.

Die bis 2018 erarbeitete englischsprachige Version soll der Weltgesundheitsversammlung der WHO (WHA [World Health Assembly]) 2018 zur Entscheidung vorgelegt werden (siehe zu den früheren Planungen auch den Aufsatz von B. ÜSTÜN und R. JAKOB, Bundesgesundheitsbl. 2007, 7). Vermutlich muss man bis zum produktiven Einsatz der ICD-11 realistischerweise mit einem weiteren Zeitvorlauf von mehreren Jahren rechnen. In Deutschland sind zudem umfangreiche Anpassungsarbeiten der Klassifikation, der Vergütungssysteme etc. nötig.

3. Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)

3.1 International Classification of Procedures in Medicine (ICPM)

Gemäß einem Beschluss der 29. Weltgesundheitsversammlung von 1976 war von der WHO 1978 zu Testzwecken die **International Classification of Procedures in Medicine (ICPM)** [2] veröffentlicht worden. Aufgrund zahlreicher Schwierigkeiten wurde sie danach von der WHO nicht wieder revidiert. Und es gibt auch heute noch keine klare und verbindliche Entscheidung der WHO über die Entwicklung und definitive Anwendungsempfehlung einer einheitlich anzuwendenden internationalen Klassifikation auf diesem Gebiet. Im oben zitierten Schema „World Health Organization Family of International Classifications: definition, scope and purpose (WHO-FIC)“ von 2007 wird an dieser Stelle die **International Classification for Health Interventions (ICHI)** genannt. Seit 2003 gibt es Arbeiten zur ICHI und es wurde eine neukonzipierte multiaxiale Lösung für die ICHI erarbeitet, für die die französische „Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)“ (siehe hierzu auch den Aufsatz von A. ZAISS und SUSANNE HANSER, Bundesgesundheitsbl. 2007, 7), die kanadische „Canadian Classification of Health Interventions (CCHI)“ und die Anatomie-Achse der „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“ der WHO als Vorbilder dienen. Auf einem internationalen Workshop in Sydney wurden im Juni 2011 alle Codes aus der ICD-9-GM, Band 3, anhand der multiaxialen Strukturen der ICHI aufbereitet und als ICHI-Klassen dargestellt. Die 2012 vorgelegte Version „Alpha I“ wurde bis Oktober 2016 zur Version „ICHI Alpha 2016“ weiterentwickelt (weitere Informationen: <http://mitel.dimi.uniud.it/ichi/>). Neben dem klassischen Bereich „Medical and Surgical Procedures“, der mit ca. 3.600 Codes den medizinischen Inhalt der ICD-9-CM (Band 3) vollständig abbildet, beinhaltet die ICHI auch die neuen Bereiche „Functioning“ and „Public Health“ und umfasst insgesamt ca. 5.200 Codes. Aktuell ist geplant, die ICHI analog zum Vorgehen bei der ICD-11 als IT-basierte Lösung abzubilden, die Alpha-Version zu validieren und ggf. revidieren, um eine Beta-Version für Feldtests zu erhalten. Die

aktuelle Version „ICHI Alpha 2016“ ist allerdings in vielen Bereichen schon so weit, dass sie als mögliche Nachfolgeklassifikation für die US-amerikanische Prozedurenklassifikation ICD-9-CM, Band 3, außerhalb der USA getestet werden kann (siehe <http://www.who.int/classifications/ichi/en/>). In den USA selbst wird seit Oktober 2015 als Nachfolgeklassifikation die schon seit vielen Jahren in Entwicklung befindliche Prozedurenklassifikation ICD-10-PCS eingesetzt (siehe unten).

Es ist unbestritten, dass für die medizinische Dokumentation und die davon abgeleiteten Abrechnungsverfahren neben den Diagnosen die Prozeduren bzw. 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 (WHO), alle diese Maßnahmen in den neun Hauptkapiteln einer Klassifikation geordnet zu haben:

1. Procedures for medical diagnosis
2. Laboratory procedures
3. Radiology and certain other applications of physics in medicine
4. Preventive procedures
5. Surgical procedures
6. Drugs, medicaments, and biological agents (1)
7. Drugs, medicaments, and biological agents (2)
8. Other therapeutic procedures
9. Ancillary procedures

Im Gegensatz zu den Diagnosen unterliegen die Prozeduren jedoch einem relativ schnellen Wandel, der zu häufigen Revisionen der entsprechenden Klassifikationen zwingt (man denke an die Entwicklung der Computer- und Kernspintomographie, die Lasertechnik, das endoskopische Operieren, die Entwicklung neuer Medikamente usw.). Weil internationale Abstimmungsprozesse sehr aufwendig und langwierig sind, kann die WHO das hierfür notwendige Revisionsverfahren kaum leisten. Andererseits aber ist sie sich der Notwendigkeit einer derartigen Klassifikation sehr wohl bewusst, die zumindest einen Rahmen für international vergleichbare Statistiken abzustecken vermag. – Nur am Rande sei darauf verwiesen, dass eine Lösung dieser Klassifikationsproblematik nicht direkt von der „Systemized Nomenclature of Medicine (SNOMED)“ erwartet werden kann, denn bei SNOMED CT (= Clinical Terms) (siehe <http://www.ihtsdo.org> [International Health Terminology Standards Development Organisation]) handelt es sich, wie der Name sagt, um eine Nomenklatur. SNOMED CT kann jedoch die Entwicklung von Klassifikationen unterstützen und hier insbesondere die Übersetzung in andere Sprachen erleichtern.

Die **ICPM (WHO)** aus dem Jahre 1978 war Vorbild für die Entwicklung einiger Prozedurenklassifikationen, von denen die US-amerikanische die weiteste Verbreitung gefunden hat. Sie wird seit den frühen 1980er-Jahren als Band 3 der ICD-9-CM (= Clinical Modification) in jährlich neuen Fassungen publiziert und ist vor allem für die amerikanischen DRG-Systeme von Bedeutung. In diesem Zusammenhang wurde sie z.B. in Belgien ins Französische und Holländische übersetzt. In der **Schweiz** ist sie unabhängig von einem DRG-System als „Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP)“ auch ins Deutsche (sowie ins Französische und Italienische) übersetzt worden. Angesichts der Einführung der SwissDRGs, die wesentlich auf der Grundlage der deutschen DRGs entwickelt werden, erfolgte eine umfangreiche Erweiterung der CHOP 2011, die als CHOP 2014 im Jahr 2014 eingeführt wurde und seitdem jährlich überarbeitet

wird. 2016 gilt die CHOP 2016 (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.assetdetail.211955.html>) und 2017 die **CHOP 2017** (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.assetdetail.483959.html>).

In den **Vereinigten Staaten von Amerika** wurde die Prozedurenklassifikation ICD-9-CM, Band 3, am 1.10.2015 durch die ICD-10-PCS 2016 abgelöst, die das seit Mitte der 1990er Jahre entwickelte Procedure Coding System (PCS) enthält (Information und Dateien: <https://www.cms.gov/Medicare/Coding/ICD10/2016-ICD-10-PCS-and-GEMs.html>). Das PCS ist eine von seiner Vorgängerversion komplett abweichende neue multiaxiale Klassifikation für Prozeduren, die jedoch nach dem gegenwärtigen Stand von anderen Ländern nicht bzw. kaum übernommen wird (siehe oben). Seit 1.10.2016 ist die **ICD-10-PCS 2017** anzuwenden: <https://www.cms.gov/Medicare/Coding/ICD10/2017-ICD-10-PCS-and-GEMs.html>.

3.2 Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – ICPM, Version 1.0

Für Deutschland hat eine besondere Bedeutung die in den niederländischen Krankenhäusern 1990 eingeführte „WCC-standaardclassificatie van medisch specialistische verrichtingen“ [26] gewonnen. Sie lehnt sich eng an die ICPM (WHO) an, deren vier- und fünfstellige Codes allerdings vielfach weiter unterteilt und zum Teil bis auf sechs Stellen erweitert sind. Sie wird auch als **ICPM-DE** (= Dutch Extension) bezeichnet. Über mehrere Zwischenstufen, die z.B. in [7] dargestellt sind, wurde daraus die 1994 von der Friedrich-Wingert-Stiftung veröffentlichte deutsche ICPM-Ausgabe 1.0 [27] entwickelt.

Der „**Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin, Version 1.0**“ [28] wurde am 14.10.1994 veröffentlicht und erhielt ab der Version 1.1 vom 21.9.1995 die Abkürzung **OPS-301**. In seinem Vorwort zur Erstausgabe schreibt das BMG zur Entstehungsgeschichte des OPS-301: „Die Erstellung dieses Schlüssels erfolgte auf der Grundlage der operationsbezogenen Teile des von der Friedrich-Wingert-Stiftung vorgelegten Schlüssels (ICPM), des Internationalen Katalogs der Operationen der ehemaligen DDR (IKO) sowie der von den wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften abgegebenen Stellungnahmen. Die Arbeiten wurden von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe des Zentrums für Medizinische Informatik der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main, und der Friedrich-Wingert-Stiftung unter Federführung des DIMDI durchgeführt. Die Ausgangsbasis für die Erstellung dieses Operationenschlüssels ist die von der WHO 1978 publizierte International Classification of Procedures in Medicine (Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin).“ Die Version 1.0 enthält das vollständige Kapitel 5 der ICPM (WHO) und Auszüge aus den Kapiteln 1, 8 und 9 und darin fast 7.800 Schlüsselnummern und -bereiche.

3.3 OPS-301, Versionen 1.1 bis 2.1

Die ab 1996 gültige **Version 1.1 des OPS-301** [29] ist gegenüber der Version 1.0 um die (meist 6-stelligen) Schlüsselnummern erweitert, die zur Definition der im gleichen Jahr eingeführten Sonderentgelte und Fallpauschalen der Bundespflegesatzverordnung erforderlich waren. Am 19.2.1996 wurde sie um 8 weitere Codes ergänzt, die sich für die Fallpauschalendefinition als zusätzlich erforderlich erwiesen hatten (8-80 ff.).

Beim Umstieg von der ICD-9 auf die ICD-10 im Jahre 2000 war die OPS-Version 1.1 weiterhin gültig. In Vorbereitung auf das für 2002 geplante G-DRG-System, wofür die Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen ab 2001 angepasst werden mussten, machte sich eine gründliche Überarbeitung des OPS-301 erforderlich. Damit wurde eine von W. GIERE und CHRISTINE KOLODZIG wissenschaftlich geleitete und unter Federführung des DIMDI stehende Arbeitsgruppe beauftragt. Das Ergebnis war der **OPS-301, Version 2.0**, vom 15.11.2000 [30]. Diese Version war vor allem in den Kapiteln 1, 5 und 8 erweitert worden. Neu wurde das Kapitel 3 aufgenommen, allerdings im Wesentlichen nur als Gerüst mit sogenannten „Markerkodens“, um die für die AR-DRGs notwendigen Prozeduren abbilden zu können. Die zahlenmäßig bedeutendsten Erweiterungen im Kapitel 5 bezogen sich vor allem auf sechsstelligen Schlüsselnummern. Insgesamt ist die Anzahl der Schlüsselnummern um den Faktor 3,3 (!) gestiegen. Nach wie vor sind jedoch nicht alle medizinischen Prozeduren enthalten; verzichtet wurde vor allem auf die Abbildung von Prozeduren mit geringem Aufwand oder auf sehr häufige, nicht-DRG-relevante Prozeduren, wie z.B. Laboruntersuchungen, EKGs und Blutdruckmessungen. Wegen der späten Veröffentlichung wurde für die Anwendung in den Kliniken für das I. Quartal 2001 eine Übergangszeit vereinbart, in der auch die vorherige Version 1.1 weiterbenutzt werden konnte.

Der OPS-301 hatte seitdem bis zur Version 2007 die folgenden Kapitel (in Klammern ist der jeweils zugeordnete Codebereich der Version 2007 angegeben, der jedoch Lücken haben kann; mit der Version 2008 wurde das Kapitel „6. Medikamente“ [6-00 bis 6-00] eingefügt [siehe unten]):

1. Diagnostische Maßnahmen (1-01 bis 1-99)
3. Bildgebende Diagnostik (3-01 bis 3-99)
5. Operationen (5-01 bis 5-99)
8. Nichtoperative therapeutische Maßnahmen (8-01 bis 8-98)
9. Ergänzende Maßnahmen (9-26 bis 9-50)

Mit der als Grundlage verwendeten ICPM (WHO) stimmt das Kapitel 5 in seiner Struktur noch am meisten überein. Es ist anatomisch-topographisch orientiert und reicht vom Nervensystem (Bereich 5-01...5-05) bis zu Haut und Unterhaut (Bereich 5-89...5-92).

Die konkrete Ausgestaltung des 2002 eingeführten G-DRG-Systems machte ab 2002 eine erneut überarbeitete Version erforderlich, die als **OPS-301, Version 2.1** (15.8.2001) [31], veröffentlicht wurde und sich primär auf die Bereinigung von Fehlern und Inkonsistenzen und die weitere Anpassung an das G-DRG-System beschränken sollte. Dabei erfolgten einige Erweiterungen und vor allem Präzisierungen (z.B. durch die Entfernung der sogenannten Markerkodens und einer Reihe gänzlich unspezifischer Kodens sowie durch Anwendungshinweise, die mit den für 2002 erstmals veröffentlichten Deutschen Kodierrichtlinien [9] übereinstimmen).

Als wesentliche Neuerung wurde der OPS-301 in einen obligatorischen „amtlichen“ Teil für die Abrechnungszwecke und einen wesentlich kleineren fakultativen „erweiterten“ (nicht-amtlichen) Teil gegliedert, der die Verschlüsselung von Detailinformationen ermöglicht, die zusätzlich vor allem für Kalkulationszwecke und eine spezifizierte medizinische Dokumentation erforderlich sind. Wo es möglich war, ist bei jedem terminalen Kode des erweiterten Teils die Überleitung auf einen terminalen Kode des amtlichen Teils angegeben, denn nur dessen Kodens dürfen zu Abrechnungszwecken benutzt werden.

Bei der Erarbeitung des OPS-301 (bzw. OPS) wird das DIMDI seit 2001 von der Arbeitsgruppe OPS des KKG beraten (ähnlich wie bei der Erarbeitung der ICD-10-GM).

3.4 OPS-Versionen 2004 bis 2006

In Analogie zur Bezeichnung der ICD-10-GM wurde auch beim OPS-301 die nächste Version mit dem 1. Gültigkeitsjahr benannt: Gleichzeitig erfolgte eine Namensänderung: „**Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V (OPS-301)**“, **Version 2004** (15.8.2003) [32], womit die schon seit der Version 2.0 erfolgte Einbeziehung zahlreicher nichtoperativer Prozeduren verdeutlicht werden soll (jetzt z.B. ausführlich auch die Chemotherapie bei Neubildungen). Mit dieser Version veröffentlichte das DIMDI erstmals ein offizielles Alphabetisches Verzeichnis, das allerdings nur die Codes des amtlichen Teils enthält (so auch in den Nachfolgeversionen bis 2008; ab 2009 gibt es im OPS keinen nicht-amtlichen Teil mehr, sondern nur noch den verbindlichen amtlichen Teil). (Bereits 1995 hatte B. GRAUBNER für die Version 1.0 des OPS in der von ihm bearbeiteten Buchausgabe ein Alphabetisches Verzeichnis vorgelegt, das er mehrfach für die folgenden Versionen aktualisiert und erweitert hat [28] [29] [31].)

In der Bezeichnung des **OPS, Version 2005** (15.10.2004) [33], ist der Hinweis auf den § 301 SGB V entfallen, weil fast sein gesamtes Kapitel 5 seit 1.4.2005 auch für das ambulante Operieren verwendet werden muss und Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) geworden ist. In das Kapitel 8 wurden umfangreiche Medikamentenlisten mit Codes für verschiedene Dosisangaben aufgenommen. Obligatorisch ist ab dieser Version bei besonders gekennzeichneten Codes die Seitenlokalisierung einer Prozedur zu dokumentieren, was eine ganze Reihe von Codeänderungen verursacht hat. Die Dateien waren mit Ausnahme der RTF-Dateien kostenfrei erhältlich.

Der **OPS, Version 2006** (20.10.2005) [33a], enthält wiederum Präzisierungen, Korrekturen und sonstige Verbesserungen einschließlich einer erneuten Ausweitung der nichtchirurgischen Prozeduren. Mit dieser Version erfolgte die Umstellung auf die Regeln der neuen Rechtschreibung, die seitdem für beide gesetzlich vorgeschriebenen Klassifikationen gleichermaßen gelten. Diese OPS-Version enthält fast 500 Schlüsselnummern mehr als die Version 2005. Sie umfasst 5 Kapitel, 61 Bereiche, 222 Dreisteller (= 0,8 %), 1.479 Viersteller (= 5,6 %), 7.633 Fünfsteller (28,7 %) und 17.154 Sechsteller (= 64,6 %), insgesamt also 26.554 Schlüsselnummern und -bereiche. Von diesen entfallen 25.978 auf den amtlichen und 576 auf den nicht-amtlichen erweiterten Teil. 23.352 Schlüsselnummern sind amtliche terminale (endständige) Codes und für die Verschlüsselung zu verwenden. Kostenfrei können von der DIMDI-Homepage seit dieser Version nur noch die mit dem DIMDI-Wasserzeichen versehenen PDF-Dateien im Drucklayout, Aktualisierungslisten (PDF-Format) gegenüber der Vorjahresversion, HTML-Dateien (kostenpflichtig für nachfolgende Versionen) und Corrigenda heruntergeladen werden. Verfügbar sind kostenpflichtig weiterhin ASCII-Dateien für Druck- und EDV-Versionen (einschließlich sogenannter Metadaten mit zusätzlichen verschlüsselungsrelevanten Informationen), RTF- und SGML-Dateien sowie Überleitungstabellen von der Vorjahresversion. (Ab Juli des Gültigkeitsjahres einer OPS-Version sind alle Dateien von den DIMDI-Webseiten kostenlos herunterladbar.)

3.5 OPS 2007 bis 2017

Bei der Bezeichnung des **OPS 2007** (25.10.2006) [34] kann analog zur ICD-10-GM 2007 auf „Version“ verzichtet werden. Sein Umfang musste wiederum deutlich vergrößert werden, und zwar um rund 1.050 Codes auf 27.614 Schlüsselnummern und -bereiche. Ein großer Teil der hinzugekommenen Codes entfällt auf Medikamente. Einige Codes wurden aus dem nicht-amtlichen in den amtlichen Teil verlagert, um eine bessere Zuordnung zu einzelnen G-DRGs zu er-

möglichen. Diesem Ziel ist ohnehin die Mehrzahl der vorgenommenen Änderungen geschuldet. Das DIMDI selbst hatte für die Versionen 2004 bis 2006 eigene Buchausgaben herausgegeben, darauf seit 2007 jedoch wieder verzichtet. Die im Buchhandel verfügbaren Buchausgaben entsprechen entweder den praktisch unveränderten DIMDI-Dateien oder sind von B. GRAUBNER nutzerfreundlich bearbeitet und mit ergänzenden Informationen zur Geschichte und Anwendung sowie der Kennzeichnung der Änderungen gegenüber der vorherigen Version versehen.

Der **OPS 2008** (25.10./16.11.2007) [34a] wurde um das Kapitel 6 „Medikamente“ (Bereich 6-00...6-00) erweitert, in das auch die meisten der bisher im Kapitel 8 enthaltenen Medikamentenverabreichungen verlagert worden sind. Der nicht-amtliche Teil wurde durch Übernahme von Kodes in den amtlichen Teil oder durch Streichung erheblich reduziert. Der OPS 2008 enthält 831 Schlüsselnummern mehr als die Version 2007, insgesamt also 28.445 Schlüsselnummern und -bereiche. Von diesen entfallen 28.163 auf den amtlichen und 282 auf den nicht-amtlichen erweiterten Teil. 24.706 Schlüsselnummern sind amtliche terminale (endständige) Kodes und für die Verschlüsselung zu verwenden. – Buchausgaben sind analog zum OPS 2007 erschienen.

Im **OPS 2009** (Stand 20.10.2008, veröffentlicht am 24.10., Alphabet am 3./6.11.2008) [34b] wurde der seit 2002 bestehende nicht-amtliche „erweiterte“ Teil, der in den vorherigen Versionen bereits nach und nach reduziert worden war, gänzlich aufgelöst, wobei seine Schlüsselnummern entweder in den amtlichen Teil übernommen oder entfernt worden sind. Inhaltlich erfolgten u.a. eine Erweiterung der sogenannten Komplexkodes für Diagnostik und Therapie, Präzisionierungen vieler Kodes und die Aufnahme zahlreicher neuer Kodes für neue Verfahren oder für die vom G-DRG-System verlangte Differenzierung bestehender Prozeduren. Die Gesamtzahl der Schlüsselnummern und -bereiche wurde auf 29.101 erhöht, von denen 25.503 (87,6 %) terminale Kodes sind. – Buchausgaben sind analog zum OPS 2008 erschienen.

Für den **OPS 2010** [34c] (Stand 26.10.2009, veröffentlicht am 29.10., Alphabet am 4./5.11.2009) wurde für die Dateierstellung im DIMDI, wie schon ein Jahr vorher bei der ICD-10-GM, die neue Pflege- und Produktionssoftware für Klassifikationen, das sogenannte Classification Tool Kit (CTK), eingesetzt, was eine Reihe formaler Änderungen und damit auch formaler Harmonisierungen zur Folge hatte. So sind nun die bisherigen SGML-Dateien durch solche im modernen XML-/ClAML-Format (Extensible Generalized Markup Language / Classification Markup Language) abgelöst worden. Gleichzeitig wurden verschiedenartige formale Inkonsistenzen in den Dateien beseitigt, die sich z.B. auf das Layout, die Textreihenfolge und andere strukturelle Eigenschaften beziehen, jedoch keine inhaltlichen Änderungen darstellen. Die bisherige RTF-Fassung der Buchversion des Systematischen Verzeichnisses wurde durch eine ODT-Fassung ersetzt (OpenDocument-Text-Format). Neue Kodes wurden u.a. eingeführt für die Diagnostik und Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, für die hochaufwendige Pflege von Patienten (in Verbindung mit Pflegekomplexmaßnahmen-Scores), für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter und für eine ganze Reihe anderer fachspezifischer Prozeduren. Anstelle der Kodes für die Kombination von Osteosynthesematerialien bei der Reposition von Frakturen und Luxationen sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems seitdem, anders als im vertragsärztlichen Bereich, die Kodes für die einzelnen Komponenten zu verwenden. Wegen der umfangreichen Erweiterungen erhöhte sich die Gesamtzahl aller Schlüsselnummern und -bereiche um 1.652 auf 30.753, von denen 27.011 (88,7 %) terminale Kodes darstellen, also für die Verschlüsselung zu verwenden sind. – Buchausgaben sind analog zum OPS 2009 erschienen.

Für den **OPS 2011** [34d] wurde eine Vorversion am 12.8.2010 veröffentlicht. Die Endversion wurde mit Stand vom 21.10.2010 am 27.10.2010 auf den Webseiten des DIMDI publiziert; das Alphabetische Verzeichnis folgte mit Stand vom 28.10.2010 am 3.11.2010 und einer Aktualisierung am 29.11.2010. Neue Codes wurden u.a. eingeführt für bestimmte arthroskopische Operationen und die Applikation zusatzentgeltpflichtiger Medikamente. In einigen anderen Bereichen wurden Codes differenziert oder neu strukturiert. Wegen der vorgenommenen Erweiterungen erhöhte sich die Gesamtzahl aller Schlüsselnummern und -bereiche um 557 auf insgesamt 31.310. Im Einzelnen sind das 6 Kapitel (0,02 % aller Codes), 68 Bereiche (0,2 %), 237 Dreisteller (0,8 %), 1.527 Viersteller (4,9 %), 8.529 Fünfsteller (27,2 %) und 20.933 Sechsteller (66,9 %). Die weitaus überwiegende Anzahl der Codes sind also Codes der untersten Ebene. Für die Verschlüsselung direkt zu benutzen sind 27.513 terminale Codes (87,9 % aller 31.310 Codes, und zwar 395 Viersteller, 6.185 Fünfsteller und 20.933 Sechsteller). – Buchausgaben sind analog zum OPS 2010 erschienen.

Die Vorversion für den **OPS 2012** [34e] wurde auf den Webseiten des DIMDI am 15.8.2011 veröffentlicht. Die Endversion des Systematischen Verzeichnisses folgte mit Stand vom 14.10.2011 am 25.10.2011 und einer Aktualisierung am 3.11.2011, die des Alphabetischen Verzeichnisses mit Stand vom 31.10.2011 am 4.11.2011. Wichtige Änderungen, d.h. vor allem neue oder überarbeitete Codes, gibt es beispielsweise in folgenden Bereichen: Reoperation an Lunge, Bronchus, Brustwand, Pleura, Mediastinum und Zwerchfell / Implantation, Wechsel, Entfernung und Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators / Art der Markierung bei der Exzision von Lymphknoten / Unterteilung der axillären Lymphadenektomie nach der Anzahl der Level / Osteosyntheseverfahren an der Wirbelsäule / Operationen an der Mamma / Pflegekomplexmaßnahmen-Scores [PKMS]. Wegen der vorgenommenen Erweiterungen erhöhte sich die Gesamtzahl aller Schlüsselnummern und -bereiche um 561 (darunter allein 508 Sechsteller!) auf insgesamt 31.871.

Diese 31.871 Schlüsselnummern und -bereiche verteilen sich auf 6 Kapitel (0,02 % aller Codes), 68 Bereiche (0,2 %), 237 Dreisteller (0,7 %), 1.544 Viersteller (4,8 %), 8.575 Fünfsteller (26,9 %) und 21.441 Sechsteller (67,3 %). Für die Verschlüsselung direkt zu benutzen sind 27.990 terminale Codes (87,9 % aller 31.871 Codes, und zwar 397 Viersteller, 6.152 Fünfsteller und 21.441 Sechsteller). – Das Alphabetische Verzeichnis enthält in seiner „Buchversion“ rund 109.500 Einträge (Spiegelstrichtexte ohne Fortsetzungszeilen, 8.200 mehr als im Vorjahr!), die auf der Grundlage von rund 33.200 Prozedurentexten („EDV-Fassung“) formuliert worden sind.

Die Vorversion für den **OPS 2013** [34f] wurde auf den Webseiten des DIMDI am 14.8.2012 veröffentlicht. Die Endversion des Systematischen Verzeichnisses folgte mit Stand vom 12.10.2012 am 23.10.2012, die des Alphabetischen Verzeichnisses mit Stand vom 26.10.2012 am 7.11.2012. Gemäß einer früheren Ankündigung wird die sogenannte EDV-Fassung des Systematischen Verzeichnisses spätestens ab der Version 2015 nicht mehr im ASCII-Format, sondern nur noch im modernen XML/ClAML-Format bereitgestellt (Extensible Generalized Markup Language / Classification Markup Language). Die Preise beider Dateien wurden dementsprechend getauscht. Wichtige Änderungen, d.h. vor allem neue oder überarbeitete Codes, gibt es beispielsweise in folgenden Bereichen: Operationen an den Augen, am Dickdarm und am Rektum, Implantation und Wechsel modularer Endoprothesen sowie ECMO-Therapie.

Nur relativ moderat wurde die Gesamtzahl aller Schlüsselnummern und -bereiche erhöht, und zwar um 316 (darunter allein 243 Sechsteller!) auf insgesamt 32.187 (vergleiche dazu die Zahlenangaben für die OPS-Versionen 2011 und 2012). Diese Schlüsselnummern und -bereiche

verteilen sich auf 6 Kapitel (0,02 % aller Kodes), 68 Bereiche (0,2 %), 237 Dreisteller (0,7 %), 1.557 Viersteller (4,8 %), 8.635 Fünfsteller (26,8 %) und 21.684 Sechssteller (67,4 %). Für die Verschlüsselung direkt zu benutzen sind 28.268 terminale Kodes (87,9 % aller 32.187 Kodes, und zwar 404 Viersteller, 6.180 Fünfsteller und 21.684 Sechssteller). – Das Alphabetische Verzeichnis enthält in seiner „Buchversion“ rund 113.800 Einträge (Spiegelstrichtexte ohne Fortsetzungszeilen), die auf der Grundlage von rund 34.200 Prozedurentexten („EDV-Fassung“) formuliert worden sind.

Die Vorversion des **OPS 2014** [34g] wurde auf den Webseiten des DIMDI am 14.8.2013 veröffentlicht. Die Endversion des Systematischen Verzeichnisses folgte mit Stand vom 16.10.2013 am 23.10.2013 und einer Aktualisierung vom 4.11.2013, die des Alphabetischen Verzeichnisses mit Stand vom 4.11.2013 am 12.11.2013. Wichtige Änderungen, d.h. vor allem neue oder überarbeitete Kodes, betreffen beispielsweise die folgenden Bereiche: Nerven, Lunge und Bronchien, Herz, Blut- und Lymphgefäße, Verdauungstrakt, Harn- und Geschlechtsorgane, Bewegungsorgane, Wirbelsäule, Medikamente, Chemotherapie, Blutprodukte, Komplexbehandlung, PKMS und Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen. Neu ist ein Anhang „Therapieeinheiten Psych“, auf dessen Grundlage die Therapieeinheiten jetzt detaillierter zu berechnen sind. In die Metadaten wurden zwei neue Felder eingefügt, die Kennzeichen enthalten, ob der betreffende terminale Kode nur zusätzlich zu einem Primärkode („Zusatzkode“) oder nur einmal pro stationären Aufenthalt („Einmalkode“) angegeben werden darf oder nicht.

Deutlich stärker als im Vorjahr wurde die Gesamtzahl aller Schlüsselnummern und -bereiche erhöht, und zwar um 619 (darunter allein 531 Sechssteller [85 %]) auf insgesamt 32.806. Diese Schlüsselnummern und -bereiche verteilen sich auf 6 Kapitel (0,02 % aller Kodes), 70 Bereiche (0,2 %), 240 Dreisteller (0,7 %), 1.567 Viersteller (4,8 %), 8.708 Fünfsteller (26,5 %) und 22.215 Sechssteller (67,7 %). Für die Verschlüsselung direkt zu benutzen sind 28.828 terminale Kodes (87,9 % aller 32.806 Kodes, und zwar 404 Viersteller, 6.209 Fünfsteller und 22.215 Sechssteller). Gegenüber dem OPS 2009 ist das ein Zuwachs um 3.325 terminale Kodes! – Das Alphabetische Verzeichnis enthält in seiner „Buchversion“ rund 116.300 Einträge (Spiegelstrichtexte ohne Fortsetzungszeilen), die auf der Grundlage von fast 35.100 Prozedurentexten („EDV-Fassung“) formuliert worden sind.

Die Vorversion des **OPS 2015** [34h] wurde auf den Webseiten des DIMDI am 12.8.2014 veröffentlicht. Die Endversion des Systematischen Verzeichnisses folgte mit Stand vom 17.10.2014 am 25.10.2014, die des Alphabetischen Verzeichnisses mit Stand vom 3.11.2014 am gleichen Tage. Wichtige Änderungen, d.h. vor allem neue oder überarbeitete Kodes, betreffen beispielsweise die folgenden Bereiche: Verfahren der Neurostimulation, Verschluss abdominaler Hernien, Implantation und Wechsel von Kniegelenkendoprothesen, qualifizierter Entzug für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche (über Zusatzkodes), psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung, intensive Beaufsichtigung von Kindern und Jugendlichen (neue Zusatzkodes).

Die Gesamtzahl aller Schlüsselnummern und -bereiche wurde nicht so stark wie im Vorjahr erhöht, nämlich um 401 (darunter allein 288 Sechssteller [72 %]) auf insgesamt 33.207. Diese Schlüsselnummern und -bereiche verteilen sich auf 6 Kapitel (0,02 % aller Kodes), 68 Bereiche (0,20 %), 238 Dreisteller (0,72 %), 1.576 Viersteller (4,75 %), 8.816 Fünfsteller (26,55 %) und 22.503 Sechssteller (67,77 %). Für die Verschlüsselung direkt zu benutzen sind 29.203 terminale Kodes (87,9 % aller 33.207 Kodes, und zwar 402 Viersteller, 6.298 Fünfsteller und 22.503 Sechssteller). Gegenüber dem OPS 2009 ist das ein Zuwachs um 3.700 terminale Kodes! – Das

Alphabetische Verzeichnis enthält in seiner „Buchversion“ rund 120.200 Einträge (Haupteinträge und Spiegelstrichtexte ohne Fortsetzungszeilen), die auf der Grundlage von fast 36.200 Prozedurentexten („EDV-Fassung“) formuliert worden sind. – Buchausgaben sind analog zum OPS 2014 erschienen.

Die Vorversion des **OPS 2016** [34i] wurde auf den Webseiten des DIMDI am 12.8.2015 veröffentlicht. Die Endversion des Systematischen Verzeichnisses folgte mit Stand vom 16.10.2015 am 21.10.2015, die des Alphabetischen Verzeichnisses mit Stand vom 23.10.2015 am 29.10.2015. Wichtige Änderungen, d.h. vor allem neue oder überarbeitete Codes, betreffen beispielsweise die folgenden Bereiche: Hernienchirurgie, endoskopische Knochenresektionen, arthroskopische Operationen am Labrum acetabulare, Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit nicht-multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, Therapieeinheiten in der Psychiatrie und Psychosomatik.

Die Gesamtzahl aller Schlüsselnummern und -bereiche wurde stärker als im Vorjahr erhöht, nämlich um 617 (überwiegend Sechssteller!) auf insgesamt 33.824. Diese Schlüsselnummern und -bereiche verteilen sich auf 6 Kapitel (0,02 % aller Codes), 68 Bereiche (0,20 %), 239 Dreisteller (0,71 %), 1.581 Viersteller (4,67 %), 8.641 Fünfsteller (25,55 %) und 23.289 Sechssteller (68,85 %). Für die Verschlüsselung direkt zu benutzen sind 29.769 terminale Codes (88,01 % aller 33.824 Codes, und zwar 415 Viersteller, 6.065 Fünfsteller und 23.289 Sechssteller). Gegenüber dem Vorjahr ist das ein Zuwachs um 566 terminale Codes, die jetzt zusätzlich für die Verschlüsselung zu berücksichtigen sind, gegenüber dem OPS 2009 sind das sogar 4.266 terminale Codes mehr! – Das Alphabetische Verzeichnis enthält in seiner „Buchversion“ rund 123.400 Einträge (Haupteinträge und Spiegelstrichtexte ohne Fortsetzungszeilen, 3.200 mehr als im Vorjahr), die auf der Grundlage von fast 37.600 Prozedurentexten („EDV-Fassung“, 1.400 mehr als im Vorjahr) formuliert worden sind. – Buchausgaben sind analog zum OPS 2015 erschienen.

Die Vorversion des **OPS 2017** [34j] wurde auf den Webseiten des DIMDI am 10.8.2016 veröffentlicht. Die Endversion des Systematischen Verzeichnisses folgte mit Stand vom 19.10.2016 am 25.10.2016, die des Alphabetischen Verzeichnisses mit Stand vom 28.10.2016 am 2.11.2016. Wichtige Änderungen, d.h. vor allem neue oder überarbeitete Codes, betreffen beispielsweise die folgenden Bereiche: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen, CAD-CAM-Prothesen an den Gelenken, Operationen an der Vulva, spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst.

Die Gesamtzahl aller Schlüsselnummern und -bereiche wurde erneut stärker als im Vorjahr erhöht, nämlich um 729 (überwiegend Sechssteller!) auf insgesamt 34.553. Diese Schlüsselnummern und -bereiche verteilen sich auf 6 Kapitel (0,02 % aller Codes), 68 Bereiche (0,20 %), 239 Dreisteller (0,69 %), 1.578 Viersteller (4,57 %), 8.732 Fünfsteller (25,27 %) und 23.930 Sechssteller (69,26 %). Für die Verschlüsselung direkt zu benutzen sind 30.439 terminale Codes (88,09 % aller 34.553 Codes, und zwar 413 Viersteller, 6.096 Fünfsteller und 23.930 Sechssteller). Gegenüber dem Vorjahr ist das ein Zuwachs um 670 terminale Codes, die jetzt zusätzlich für die Verschlüsselung zu berücksichtigen sind, gegenüber dem OPS 2009 sind das sogar 4.936 terminale Codes mehr! – Das Alphabetische Verzeichnis enthält in seiner „Buchversion“ rund 127.600 Einträge (Haupteinträge und Spiegelstrichtexte ohne Fortsetzungszeilen, 4.200 mehr als im Vorjahr), die auf der Grundlage von fast 41.100 Prozedurentexten („EDV-Fassung“, 3.500 mehr als im Vorjahr) formuliert worden sind. – Buchausgaben erscheinen analog zum OPS 2016.

Bezüglich weiterer Details sei nachdrücklich auf die veröffentlichten Dateien und Buchausgaben verwiesen. Hinsichtlich der Datenbereitstellung durch das DIMDI und der Buchausgaben sowie der Verschlüsselungsprogramme gilt das oben für die ICD-10-GM Ausgeführte sinngemäß, sodass aus Platzgründen auf die erneute Darstellung verzichtet werden kann.

3.6 Weiterentwicklung des OPS

Analog zur ICD-10-GM 2018 und nach vergleichbaren Prinzipien wird der **OPS 2018** vom DIMDI und der KKG-AG OPS vorbereitet (siehe hierzu auch den Aufsatz von BIRGIT KRAUSE, Bundesgesundheitsbl. 2007, 8; aktuell: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/vorschlagsverfahren/index.htm>). Dabei sind sich alle Beteiligten der Tatsache bewusst, dass der OPS eigentlich durch eine besser strukturierte und entwicklungsfähige Klassifikation abgelöst werden müsste. Entsprechende Überlegungen werden schon seit 1996 angestellt, führten jedoch bisher zu keinem konkreten Ergebnis. Vor allem die mit einem Wechsel verbundenen Umstellungsprobleme bei den Anwendern und im G-DRG- und PEPP-Entgeltsystem sowie die zu erwartenden Kosten wirkten sich in den letzten Jahren hemmend auf entsprechende Aktivitäten aus. In den letzten Jahren wurde als Vorbildklassifikation die oben genannte französische CCAM favorisiert (siehe hierzu auch den Aufsatz von A. ZAISS und SUSANNE HANSER, Bundesgesundheitsbl. 2007, 7), die unter anderem in Österreich als wesentliche Grundlage für den neuen medizinischen Leistungskatalog benutzt worden ist. Aufgrund der aktuellen Entwicklungen bei der WHO wird die Entwicklung der ICHI aufgrund ihrer multiaxialen Struktur und ihrer international definierten Möglichkeiten für nationale Anpassungen und Erweiterungen in den kommenden Jahren vermutlich Einfluss auf die weiteren Entscheidungen in Deutschland haben (siehe oben).

4. Ausblick

Seit den Versionen 2004 sind ICD-10-GM und OPS jährlich revidiert worden. Das wird wegen der Anpassungsnotwendigkeiten der G-DRG- und PEPP-Entgeltsysteme auch in den nächsten Jahren erforderlich sein. Es besteht allerdings auch Hoffnung, dass diese Änderungen, zumindest für die ICD-10-GM, deren Inhalte keinem so raschen Wandel unterworfen sind, eines Tages in beispielsweise zweijährlichem Abstand erfolgen könnten.

Zum Schluss dieser Übersicht ergeht die dringende Bitte an alle mit diesen beiden Klassifikationen arbeitenden Ärzte und sonstigen Personen, das DIMDI und andere geeignete Institutionen und wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaften auf Verbesserungsmöglichkeiten dieser Klassifikationen und vor allem auf tatsächlich oder vermeintlich fehlende Sachverhalte und Begriffe hinzuweisen. Denn diese Werke können nur im Dialog mit der täglichen Praxis so verbessert werden, dass sie deren Anforderungen auch weitgehend entsprechen. Dabei werden allerdings angesichts der vielfältigen Einsatzzwecke dieser Klassifikationen und – bei der ICD – auch der notwendigen internationalen Abstimmung nicht selten Kompromisse zwischen den vielfältigen Ansprüchen notwendig sein.

Literatur

Die meisten angegebenen Klassifikationen stehen kostenlos oder kostenpflichtig auf den Homepages des DIMDI (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/>) oder/und der WHO (<http://www.who.int/classifications/en>) zur Verfügung. Insbesondere bei den hier nachgewiesenen Buchausgaben ist das nur gelegentlich ausdrücklich vermerkt. Bei diesen wird aus Platzgründen meistens auch nur eine Verlagsausgabe aufgelistet.

Benutzte häufige Abkürzungen: DÄV (Deutscher Ärzteverlag, <http://www.aerzteverlag.de>), DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Köln), KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung, <http://www.kbv.de>), khdv (Krankenhausdrucke-Verlag Wanne-Eickel, <http://www.khdv.de>), Kohlhammer (W. Kohlhammer Verlag, <http://www.kohlhammer.de>), WHO (World Health Organization, Geneva / Weltgesundheitsorganisation, Genf), ZI (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, seit 2010: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, <http://www.zi.de/cms/index.php>).

0. Thomas von Aquin (um 1260), Summa contra gentiles, Buch 1, 1. Satz. Zitiert nach: TNM Klassifikation maligner Tumoren / UICC, International Union Against Cancer (1997: Fifth Edition). Hrsg. u. übers. v. Chr. Wittekind u. G. Wagner. 5. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, New York etc. 1997. – Aktuell ist die von Chr. Wittekind und H.-J. Meyer herausgegebene 7. Auflage, Wiley-VCH, Weinheim. 2010.

1. WHO (1992–1994) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision (ICD-10). 3 Volumes: Tabular List, Instruction Manual, Alphabetic Index. WHO, Geneva. – Second Edition 2008 (2009/10). 3 Volumes. WHO. Geneva (in Buch- und Dateiform). Siehe auch <http://www.who.int/classifications/icd/en>. Online wird die Version 2016 bereitgestellt: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/20165/en>. Diese ist, ebenso wie die Versionen 2010, 2014 und 2015, auch als ClaML-Datei zum Download verfügbar. Updateinformationen für die einzelnen Jahre seit 1996: <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/>. – Deutsche Ausgaben: DIMDI (1994/95) Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 3 Bände: Systematisches Verzeichnis, Regelwerk, Alphabetisches Verzeichnis. Version 1.0 (1994/95). DÄV, Köln (und andere Verlage). – Version 2005 in Datei- und Buchform: DIMDI, Köln. Versionen 2006, 2011, 2013 und 2016 (1 und 2: Juli 2015, 3: Oktober 2015) nur in Dateiform („ICD-10-WHO“): <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/>.

1a. WHO (2016) ICD-11 MMS. International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics 11th Revision. <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>. <http://apps.who.int/classifications/icd11/release/1-m/en>. WHO, Geneva.

2. WHO (1978) International Classification of Procedures in Medicine (ICPM). 2 Volumes. WHO, Geneva.

3. WHO (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO, Geneva (<http://www.who.int/classifications/icf/en/>. <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>). Updates bis 2016: <http://www.who.int/classifications/icfupdates/en/>. – Deutsche Ausgabe (Buch und PDF-Datei): DIMDI (2006 [Stand 2005]) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). MMI Medizinische Medien Informations GmbH, Neu-Isenburg (aktueller Stand: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>). – Als ICF-CY veröffentlichte die WHO 2007 eine „Children and Youth“-Version (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr59/en/>. <http://www.who.int/>

classifications/icf/whoficresolution2012icfcy.pdf?ua=1). – 2013 veröffentlichte die WHO als Buch und PDF-Datei „How to use the ICF. A Practical Manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. October 2013“ (<http://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual2.pdf?ua=1>).

4. Matthesius R-G, Jochheim K-A, Barolin GS, Heinz Chr (Hrsg) (1995) 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. Übers. v. R-G Matthesius. Ullstein Mosby, Berlin Wiesbaden.

5. Lamberts H, Wood M (1987) International Classification of Primary Care (ICPC). Prepared for the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians (WONCA) by the ICPC Working Party. Oxford University Press, Oxford New York Tokyo. (Reprints with corrections 1989 and 1990). – Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes I (1993) ICPC in the European Community. With a Multi-Language Layer. Oxford University Press, New York Tokyo. – Aktuell: ICPC-2 (1998/2000/2003): <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/>, http://www.ph3c.org/4daction/w3_CatVisu/en/Articles.html?wCatIDAdmin=8.

6. Lehmann ThM (Hrsg) (2005) Handbuch der Medizinischen Informatik, 2. Aufl. Carl Hanser Verlag, München Wien.

7. Graubner B (1995) Wesentliche Klassifikationen für die medizinische Dokumentation in Deutschland und ihr Entwicklungsstand. In: [4] S. 41–69. Verfügbar z.B. auch auf der Homepage der GMDS-AG Medizinische Dokumentation und Klassifikation (<http://www.imbi.uni-freiburg.de/medinf/gmds-ag-mdk/> oder über <http://www.gmds.de>). [Dort auch weitere Literatur und die Präsentationsdokumentationen der jährlichen AG-Symposien.]

8. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA) (Hrsg) Klar R, Graubner B, Ehlers C-Th (1986/88) Leitfaden zur Erstellung der Diagnosenstatistik nach § 16 Bundespflegesatzverordnung (BpflV). 2., verb. Aufl. BMA, Bonn (Forschungsbericht Gesundheitsforschung 135). – Auch z.B. in: [10 (1988 u. 1993)] Bd. 1A S. 651–762.

9. DKG / GKV / PKV / InEK (2016) Deutsche Kodierrichtlinien (DKR). Allgemeine und spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren. Version 2017. DÄV, Köln. – Dateien auf <http://www.gdrg.de> verfügbar. – Die DKRs waren erstmals für das Jahr 2002 veröffentlicht worden und werden jährlich revidiert (aktuell 16. Version). – Die davon abgeleiteten „Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych)“ wurden für 2017 in der 6. Version von denselben Herausgebern veröffentlicht.

10. WHO (1977/78) Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death, 9th Revision (ICD-9). 2 Volumes. WHO, Geneva. — Deutsche Ausgaben: Ministerium für Gesundheitswesen der DDR (1978 und 1981: Taschenausgabe. 1983: Manual, Band 1) Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (IKK), 9. Revision 1975. Verlag Volk und Gesundheit, Berlin. – DIMDI (1993) Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen, 9. Revision (ICD-9). 3 Bände. DIMDI-Version 6.0. Verlag W. Kohlhammer (und Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft), Köln Stuttgart Berlin Mainz (korrigierter Nachdruck der Ausgaben von 1987/88). Nachweis weiterer Ausgaben: in [8] und bei <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/>.

11. WHO / Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 2., korr. u.

bearb. Aufl. Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle. (Deutsche Ausgabe von: ICD-10, Chapter V [F]: Mental and Behavioural Disorders [including Disorders of Psychological Development]. Clinical Description and Diagnostic Guidelines. WHO. 1991.) – Gemeinsam mit E. Schulte-Markwort und H. Remschmidt (2011): 8. überarb. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2011. – Dieselben (2015): 10. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend der ICD-10-GM 2015. Hogrefe, Bern.

11a. WHO / Dilling H, Freyberger HJ (Hrsg) (2016) Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Nach dem englischsprachigen Pocket Guide von J. E. Cooper. 8., überarb. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen gemäß ICD-10-GM 2016. Hogrefe, Bern.

11b. American Psychiatric Association (APA) / Falkai P, Wittchen HU (Hrsg) (2015) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DMS-5[®]. Hogrefe, Bern.

11c. Dilling H, Reinhardt K (2016): Überleitungstabellen ICD-10/DSM-5[®]. Hogrefe, Bern.

12. Percy C, van Holten V, Muir C (1990) International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O). Second Edition ICD-O-2. WHO, Geneva. – Third Edition ICD-O-3 (2000, Updates bis 2011), First Revision 2013, WHO, Geneva. – Deutsche Ausgabe: DIMDI 2003 (Buchausgabe vergriffen). Die deutsche Ausgabe der 1. Revision wurde vom DIMDI in Dateiform 2014 veröffentlicht (<http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-o-3/revision1/>).

13. DIMDI (Hrsg) Graubner B (Bearb) (2001) ICD-10. Dreiländerausgabe Deutschland – Österreich – Schweiz. Band 1: Systematisches Verzeichnis, Version 1.3 (Juli 1999). [Band 2:] ICD-10-Diagnosenthesaurus, Version 3.1 (Nov. 2000). Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle.

14. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG) (2000) Diagnoseschlüssel ICD-10 BMSG 2001. 2 Bände. BMSG, Wien (in Dateiform). – „Beilage“ vom 1.1.2011 mit den kumulierten Aktualisierungen. Herausgeber: Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Wien: <http://www.bmg.gv.at>. – Ab 2013: ICD-10 BMG 2013. 2 Bände. BMG Wien (in Dateiform). 2014 und 2015: ICD-10 BMG 2014, 2 Bände (in Dateiform: http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankenanstalten/LKF_Modell_2015/Kataloge). 2016 Aktualisierungen. – Ab 2017: ICD-10 BMGF 2017, 2 Bände (in Dateiform: http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankenanstalten/LKF_Modell_2017/Kataloge).

15. Koch H, Graubner B, Brenner G (1998) Erprobung der Diagnosenverschlüsselung mit der ICD-10 in der Praxis des niedergelassenen Arztes. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleituntersuchung zum Modellversuch in Niedersachsen und Sachsen-Anhalt im Jahre 1997. DÄV, Köln.

16. DIMDI (1999) ICD-10-SGBV. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Ausgabe für die Zwecke des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Systematisches Verzeichnis, Version 1.3 (Juli 1999). DÄV, Köln (Bearbeiter nicht angegeben [B. Graubner]).

17. DIMDI (2000) ICD-10-Diagnosenthesaurus. Sammlung von Krankheitsbegriffen im deutschen Sprachraum, verschlüsselt nach der ICD-10-SGBV. Version 3.0. DÄV, Köln (Bearbeiter nicht angegeben [B. Graubner]). – Sonderausgabe dieser DÄV-Ausgabe in der Reihe „rationell abrechnen“ der Arzneimittelfirma ratiopharm, medical text Dr. Hermanns, München. 2000. Im Jahr 2001 erschien hierzu als Broschüre von ratiopharm eine Ergänzungs- und Korrekturliste für die Version 3.1 (Stand 1.11.2000).

18. DIMDI (2000) ICD-10-SGB-V. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Ausgabe für die Zwecke des Fünften Bu-

ches Sozialgesetzbuch (SGB V). Systematisches Verzeichnis für die stationäre Versorgung. Version 2.0 (November 2000). DÄV, Köln (Bearbeiter nicht angegeben [B. Graubner]). – ICD-10-Diagnosenthesaurus, Version 4.0 (Januar 2001). DÄV, Köln (Bearbeiter nicht angegeben [B. Graubner]).

19. DIMDI (2003) ICD-10-GM 2004. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis, hrsg. vom DIMDI unter Beteiligung der AG ICD-10 des KKG. Diagnosenthesaurus (Alphabetisches Verzeichnis), hrsg. vom DIMDI in Kooperation mit dem ZI. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification. Version 2004. Stand 15.8.2003. DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). – Buchausgabe auch vom DIMDI selbst veröffentlicht.

19a. DIMDI (2004) ICD-10-GM 2005. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis, hrsg. vom DIMDI unter Beteiligung der AG ICD-10 des KKG. Alphabetisches Verzeichnis (Diagnosenthesaurus), hrsg. vom DIMDI in Kooperation mit dem ZI. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification. Version 2005. Stand 15.8.2004. DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). – Inhaltlich identische Kooperationsausgaben im khdv. – Buchausgabe auch vom DIMDI selbst veröffentlicht.

19b. DIMDI (2005) ICD-10-GM 2006. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis, hrsg. vom DIMDI unter Beteiligung der AG ICD-10 des KKG. Alphabetisches Verzeichnis (Diagnosenthesaurus), hrsg. vom DIMDI in Kooperation mit dem ZI. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification. Version 2006. Stand 1.10.2005. DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). – Inhaltlich identische Kooperationsausgaben im khdv. – Buchausgabe auch vom DIMDI selbst veröffentlicht.

20. DIMDI (2006) ICD-10-GM 2007. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis, hrsg. vom DIMDI unter Beteiligung der AG ICD-10 des KKG. Alphabetisches Verzeichnis (Diagnosenthesaurus), hrsg. vom DIMDI in Kooperation mit dem ZI. Stand 9.10.2006. DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). – Beide Bände als inhaltlich identische Kooperationsausgaben im khdv. – Praktisch unbearbeitete Ausgaben im W. Kohlhammer Verlag (gemeinsam mit Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH Düsseldorf).

20a. DIMDI (2007) ICD-10-GM 2008. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis, hrsg. vom DIMDI unter Beteiligung der AG ICD-10 des KKG. Alphabetisches Verzeichnis (Diagnosenthesaurus), hrsg. vom DIMDI in Kooperation mit dem ZI. Stand 5.10.2007 (Systematik) und 15.10.2007 (Alphabet). DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). – Beide Bände als inhaltlich identische Kooperationsausgaben im khdv und im W. Kohlhammer Verlag. – Praktisch unbearbeitete Ausgaben bei der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf.

20b. DIMDI (2008) ICD-10-GM 2009. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis, hrsg. vom DIMDI unter Beteiligung der AG ICD-10 des KKG. Alphabetisches Verzeichnis (Diagnosenthesaurus), hrsg. vom DIMDI in Kooperation mit dem ZI. Stand 24.09.2008 (Systematik) und 6.10.2008 (Alphabet). DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). – Beide Bände als inhaltlich identische Kooperationsausgaben im khdv und im W. Kohlhammer Verlag. – Praktisch unbearbeitete Ausgaben bei der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf.

20c. DIMDI (2009) ICD-10-GM 2010. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis, hrsg. vom DIMDI unter Beteiligung der AG ICD-10 des KKG. Alphabetisches Verzeichnis (Diagnosenthesaurus), hrsg. vom DIMDI in Kooperation mit der KBV. Stand 16.10.2009 (Systematik) und 30.10.2009 (Alphabet). DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). – Beide Bände als inhaltlich identische Kooperationsausgaben im khdv und im W. Kohlhammer Verlag. – Praktisch unbearbeitete Ausgaben bei der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf. – Sonderaus-

gabe der DÄV-Ausgabe des Systematischen Verzeichnisses in der Reihe „rationell abrechnen“ der Arzneimittelfirma ratiopharm, medical text Dr. Hermanns, München. 2010.

20d. DIMDI (2010) ICD-10-GM 2011. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis, hrsg. vom DIMDI unter Beteiligung der AG ICD des KKG. Alphabetisches Verzeichnis (Diagnosenthesaurus), hrsg. vom DIMDI in Kooperation mit der KBV. Stand 24.9.2010 (Systematik) und 5.10.2010 (Alphabet). DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). Leseprobefdateien auf den Homepages des DÄV. – Praktisch unbearbeitete Ausgaben bei der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf.

20e. DIMDI (2011) ICD-10-GM 2012. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis, hrsg. vom DIMDI unter Beteiligung der AG ICD des KKG. Alphabetisches Verzeichnis (Diagnosenthesaurus), hrsg. vom DIMDI in Kooperation mit der KBV. Stand 23.9.2011 (Systematik) und 30.9.2011 (Alphabet). DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). Leseprobefdateien auf den Homepages des DÄV. – Praktisch unbearbeitete Ausgaben bei der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf.

20f. DIMDI (2012) ICD-10-GM 2013. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis, hrsg. vom DIMDI unter Beteiligung der AG ICD des KKG. Alphabetisches Verzeichnis (Diagnosenthesaurus), hrsg. vom DIMDI in Kooperation mit der KBV. Stand 21.9.2012 (Systematik) und 28.9.2012 (Alphabet). DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). Leseprobefdateien auf den Homepages des DÄV. – Praktisch unbearbeitete Ausgaben bei der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf.

20g. DIMDI (2013) ICD-10-GM 2014. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis, hrsg. vom DIMDI unter Beteiligung der AG ICD des KKG. Alphabetisches Verzeichnis (Diagnosenthesaurus), hrsg. vom DIMDI in Kooperation mit der KBV. Stand 20.9.2013 (Systematik) und 30.9.2013 (Alphabet). DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). Leseprobefdateien auf den Homepages des DÄV. – Praktisch unbearbeitete Ausgaben bei der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf.

20h. DIMDI (2014) ICD-10-GM 2015. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis, hrsg. vom DIMDI unter Beteiligung der AG ICD des KKG. Alphabetisches Verzeichnis (Diagnosenthesaurus), hrsg. vom DIMDI in Kooperation mit der KBV. Stand 19.9.2014 (Systematik) und 30.9.2014 (Alphabet). DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). Leseprobefdateien auf den Homepages des DÄV. – Praktisch unbearbeitete Ausgaben bei der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf.

20i. DIMDI (2015) ICD-10-GM 2016. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis, hrsg. vom DIMDI unter Beteiligung der AG ICD des KKG. Alphabetisches Verzeichnis (Diagnosenthesaurus), hrsg. vom DIMDI in Kooperation mit der KBV. Stand 25.9.2015 (Systematik) und 2.10.2015 (Alphabet). DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). Leseprobefdateien auf den Homepages des DÄV. – Praktisch unbearbeitete Ausgaben bei der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf.

20j. DIMDI (2016) ICD-10-GM 2017. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis, hrsg. vom DIMDI unter Beteiligung der AG ICD des KKG. Alphabetisches Verzeichnis (Diagnosenthesaurus), hrsg. vom DIMDI in Kooperation mit der KBV. Stand 23.9.2016 (Systematik) und 5.10.2016 (Alphabet). DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). Leseprobefdateien auf den Homepages des DÄV. – Praktisch unbearbeitete Ausgaben bei der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf.

21. Beispiele eigenständiger computergestützter Verschlüsselungsprogramme: 3M KODIP (3M Medica, Neuss und Berlin [bis 2006 von SBG GmbH, Berlin]) und ID DIACOS (ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen GmbH & Co. KGaA, Berlin). – Die bis zum Sommer 2010 auf der ZI-Homepage (<http://www.zi-berlin.de>) kostenlos zugängliche Internetversion des früheren ICD/ICPM professional der 3M Medica, der „ZI-ICD-Browser“, war mit den Daten der ICD-10-GM 2005 bis 2008 verfügbar (nutzerfreundliche Bearbeitung und Aufbereitung der DIMDI-Daten von B. Graubner). Seitens der KBV wird seit 2009 als Nachfolgeprogramm der „KBV ICD Browser“ bereitgestellt (<http://icd.kbv.de/icdbrowser/#>). Auch das ZI stellt seit 2011 mit der „ZI-Kodierhilfe“ wieder ein Verschlüsselungsprogramm zur Verfügung (<http://www.kodierhilfe.de/>).
- 22a. Zaiß A (Hrsg) (2016) DRG: Verschlüsseln leicht gemacht. Deutsche Kodierrichtlinien mit Tipps, Hinweisen und Kommentierungen. Stand 2016. 14., aktualis. Aufl. DÄV, Köln. (Für 2017 ist keine Aktualisierung geplant.)
- 22b. Busse B (2012) ICD-10 und OPS. Strukturierte Einführung mit Übungen in die Diagnosen- und Prozedurenverschlüsselung. 5., aktualis. Aufl. Books on Demand, Norderstedt (DVMD-Schriftenreihe).
23. Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD) (2016) Kodierleitfaden Kinder- und Jugendmedizin der verbändeübergreifenden Arbeitsgruppe DRG. Version 2017 vom 31.12.2016. Red. u. Koord. N. Lutterbüse. GKinD, Neunkirchen.
24. Zaiß A (2015) DRG&PEPP: Info-Browser. Die verlinkte DRG-Bibliothek. Version 2015. CD-ROM mit Volltextsuchfunktion. (Versionen 2004 bis 2009: DÄV, Köln.)
25. Brenner G, Graubner B (Hrsg) (2007) Was heißt und zu welchem Ende betreibt man medizinische Dokumentation. DÄV, Köln (ZI-Tagungsberichte 10).
26. Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), Werkgroep Classificatie en Coderingen (WCC) (1990) WCC-standaardclassificatie van medisch specialistische verrichtingen (ICPM-DE: International Classification of Procedures in Medicine, Dutch Extension). WCC, Zoetermeer.
27. Friedrich-Wingert-Stiftung, Thurmayr R, Diekmann F, Kolodzig Chr (1994) ICPM. Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Deutsche Fassung. Version 1.0. Adaptation und Erweiterung der ICPM-DE. Blackwell Wissenschaft, Berlin. – Version 1.1: 1995 (darin enthalten ist auch der OPS-301 1.0).
28. DIMDI (1994) Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Erstellt durch eine Arbeitsgruppe aus der Friedrich-Wingert-Stiftung und dem Zentrum für Medizinische Informatik der Universität Frankfurt/Main in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Version 1.0. Stand 14.10.1994. – Buchausgabe (1995) z.B. im DÄV, Köln (durchgesehen und mit einem kompletten alphabetischen Verzeichnis versehen von B. Graubner).
29. DIMDI (1995) OPS-301. Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Version 1.1. Stand 21.9.1995. Ergänzte Fassung am 19.2.1996. – Buchausgabe z.B. im Verlag W. Kohlhammer, Köln Stuttgart Berlin (mit Ergänzungsblatt). – Vollständiges Alphabetisches Verzeichnis von B. Graubner (1996): DÄV, Köln
30. DIMDI (2000) OPS-301. Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Version 2.0. Stand 15.11.2000. Erstellt durch eine Arbeitsgruppe aus dem Zentrum für Medizinische Informatik der Universität Frankfurt/Main und

der Firma SBG – Software und Beratung im Gesundheitswesen, Berlin, in Zusammenarbeit mit medizinischen Fachgesellschaften. – Buchausgabe (2001) z.B. im Verlag W. Kohlhammer, Köln Stuttgart Berlin

31. DIMDI (2001) OPS-301. Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Version 2.1. Stand 15.8.2001. Erstellt durch eine Arbeitsgruppe aus dem Zentrum für Medizinische Informatik der Universität Frankfurt/Main und der Firma SBG, Berlin, in Zusammenarbeit mit der AG OPS des KKG. – Buchausgabe z.B. im DÄV, Köln (von B. Graubner durchgesehen und mit einem Alphabetischen Verzeichnis ergänzt).

32. DIMDI (2003) OPS 301. Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Hrsg. unter Beteiligung der AG OPS des KKG. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis mit Erweiterungskatalog und Alphabetisches Verzeichnis. Version 2004. Stand 15.8.2003. DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). – Buchausgaben auch vom DIMDI selbst veröffentlicht.

33. DIMDI (2004) OPS 2005. Operationen- und Prozedurenschlüssel – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Hrsg. unter Beteiligung der AG OPS des KKG. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis mit Erweiterungskatalog und Alphabetisches Verzeichnis. Stand 15.10.2004. DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). – Beide Ausgaben als inhaltlich identische Kooperationsausgaben im khdv. – Buchausgaben auch vom DIMDI selbst veröffentlicht.

33a. DIMDI (2005) OPS 2006. Operationen- und Prozedurenschlüssel – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Hrsg. unter Beteiligung der AG OPS des KKG. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis mit Erweiterungskatalog und Alphabetisches Verzeichnis. Stand 20.10.2005. DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). – Beide Ausgaben als inhaltlich identische Kooperationsausgaben im khdv. – Buchausgaben auch vom DIMDI selbst veröffentlicht.

34. DIMDI (2006) OPS 2007. Operationen- und Prozedurenschlüssel – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Hrsg. unter Beteiligung der AG OPS des KKG. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis mit Erweiterungskatalog und Alphabetisches Verzeichnis. Stand 25.10.2006. DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). – Beide Bände als inhaltlich identische Kooperationsausgaben im khdv. – Praktisch unbearbeitete Ausgabe des Systematischen Verzeichnisses im W. Kohlhammer Verlag (gemeinsam mit Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH Düsseldorf).

34a. DIMDI (2007) OPS 2008. Operationen- und Prozedurenschlüssel – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Hrsg. unter Beteiligung der AG OPS des KKG. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis mit Erweiterungskatalog und Alphabetisches Verzeichnis. Stand 25.10.2007. DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). – Beide Bände als inhaltlich identische Kooperationsausgaben im khdv und im W. Kohlhammer Verlag. – Praktisch unbearbeitete Ausgaben bei der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf.

34b. DIMDI (2008) OPS 2009. Operationen- und Prozedurenschlüssel – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Hrsg. unter Beteiligung der AG OPS des KKG. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis und Alphabetisches Verzeichnis. Stand 20.10.2008 (Systematik) und 3.11.2008 (Alphabet). DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). – Beide Bände als inhaltlich identische Kooperationsausgaben im khdv und im W. Kohlhammer Verlag. – Praktisch unbearbeitete Ausgaben bei der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf.

34c. DIMDI (2009) OPS 2010. Operationen- und Prozedurenschlüssel – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Hrsg. unter Beteiligung der AG OPS des KKG. [2 Bän-

de:] Systematisches Verzeichnis und Alphabetisches Verzeichnis. Stand 26.10.2009 (Systematik) und 4.11.2009 (Alphabet). DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). – Beide Bände als inhaltlich identische Kooperationsausgaben im khdv und im W. Kohlhammer Verlag. – Praktisch unbearbeitete Ausgaben bei der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf.

34d. DIMDI (2010) OPS 2011. Operationen- und Prozedurenschlüssel – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Hrsg. unter Beteiligung der AG OPS des KKG. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis und Alphabetisches Verzeichnis. Stand 21.10.2010 (Systematik) und 28.10.2010 (Alphabet). DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). Leseprobedateien auf den Homepages des DÄV. – Praktisch unbearbeitete Ausgaben bei der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf.

34e. DIMDI (2011) OPS 2012. Operationen- und Prozedurenschlüssel – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Hrsg. unter Beteiligung der AG OPS des KKG. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis und Alphabetisches Verzeichnis. Stand 14.10.2011, aktualisiert am 3.11.2011 (Systematik) und 31.10.2011 (Alphabet). DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). Leseprobedateien auf den Homepages des DÄV. – Praktisch unbearbeitete Ausgaben bei der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf.

34f. DIMDI (2012) OPS 2013. Operationen- und Prozedurenschlüssel – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Hrsg. unter Beteiligung der AG OPS des KKG. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis und Alphabetisches Verzeichnis. Stand 12.10.2012 (Systematik) und 26.10.2012 (Alphabet). DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). Leseprobedateien auf den Homepages des DÄV. – Praktisch unbearbeitete Ausgaben bei der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf.

34g. DIMDI (2013) OPS 2014. Operationen- und Prozedurenschlüssel – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Hrsg. unter Beteiligung der AG OPS des KKG. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis und Alphabetisches Verzeichnis. Stand 16.10.2013 mit Aktualisierung vom 4.11.2013 (Systematik) und 4.11.2013 (Alphabet). DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). Leseprobedateien auf den Homepages des DÄV. – Praktisch unbearbeitete Ausgaben bei der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf.

34h. DIMDI (2014) OPS 2015. Operationen- und Prozedurenschlüssel – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Hrsg. unter Beteiligung der AG OPS des KKG. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis und Alphabetisches Verzeichnis. Stand 17.10.2014 (Systematik) und 3.11.2014 (Alphabet). DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner). Leseprobedateien auf den Homepages des DÄV. – Praktisch unbearbeitete Ausgaben bei der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf.

34i. DIMDI (2015) OPS 2016. Operationen- und Prozedurenschlüssel – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Hrsg. unter Beteiligung der AG OPS des KKG. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis und Alphabetisches Verzeichnis. Stand 16.10.2015 (Systematik) und 23.10.2015 (Alphabet). DÄV, Köln (bearb. v. B. Graubner u. J. Stausberg). Leseprobedateien auf den Homepages des DÄV. – Praktisch unbearbeitete Ausgaben bei der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf.

34j. DIMDI (2016) OPS 2017. Operationen- und Prozedurenschlüssel – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Hrsg. unter Beteiligung der AG OPS des KKG. [2 Bände:] Systematisches Verzeichnis und Alphabetisches Verzeichnis. Stand 19.10.2016 (Systematik) und 28.10.2016 (Alphabet). DÄV, Köln (bearb. v. J. Stausberg u. B. Graubner). Leseprobedateien auf den Homepages des DÄV. – Praktisch unbearbeitete Ausgaben bei der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf.

35. Rienhoff O, Semler S (Hrsg.) (2015) Terminologien und Ordnungssysteme in der Medizin. Standortbestimmung und Handlungsbedarf in den deutschsprachigen Ländern. Medizinisch Wissenschaftl. Verlagsgesellschaft, Berlin (Schriftenreihe der TMF. 13).

Für die Unterstützung meiner Arbeiten an der ICD und dem OPS danke ich besonders Dr. Stefanie Weber (ab 2010), Dr. Birgit Krause, Ulrich Vogel, Dr. Ulrike Trinks und Dr. Michael Schopen, DIMDI, und Dr. Albrecht Zaiß, bis Februar 2015 Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.Br., sowie bis 2008 Dr. Gerhard Brenner und Dr. Heinz Koch, ZI, und bis 2009 Frau Dr. Ursula Küppers, DIMDI. Herrn Dr. Albrecht Zaiß danke ich zusätzlich für seine wertvollen Informationen zu einigen Detailangaben in diesem Übersichtsaufsatz.

Der als Grundlage dieser Übersicht dienende Aufsatz im Bundesgesundheitsblatt war Herrn Prof. Dr. Rüdiger Klar, Freiburg i.Br. zum 65. Geburtstag am 30. Juli 2007 gewidmet.

Für Hinweise auf eventuelle lücken- oder fehlerhafte Darstellungen in diesem Aufsatz sowie auf weitere wichtige Literaturangaben bin ich jederzeit dankbar.

Bernd Graubner

