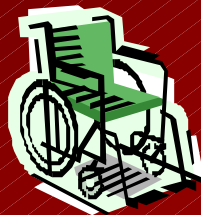


Internationale Klassifikationen der WHO

Internationale Krankheitsklassifizierung (ICD-10)
(Ch. Vuilleumier, BFS)

Internationale Funktionierens-, Handikaps- und
Gesundheitsklassifikationen (ICF) (M. Nenad
Kostanjsek)

1. **Die ICD-10 Klassifikation (Geschichte, Struktur)**
2. **Allgemeine Richtlinien zur Kodierung**
3. **Die Kodierung (im Rahmen der Medizinischen Statistik) im Bereich „Rehabilitation“**
4. **Familie von Krankheitenklassifikationen**



ICD-10 Klassifikation

*Internationale statistische Klassifikation der
Krankheiten und verwandter
Gesundheitsprobleme.*

ICD steht für "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“.

1a) Geschichte

François Bossier de Lacroix, Sauvages (1706-1777), erster Versuch einer systematischen Einteilung der Krankheiten H Nosologia methodica.

Linneaus (1707-1778) H Genera morborum.

Anfangs des 19. Jahrhunderts: Synopsis nosologiae methodicae, Autor William Cullen (1710-1790).

William Farr (1807-1883), erster Gesundheitsstatistiker, Grundsätze für eine statistische Klassifikation von Krankheiten.

1853 erster Internationaler Statistischer Kongress. Farr und Marc d'Espine: international anwendbare einheitliche Klassifikation der Todesursachen.

Verzeichnis von 139 Rubriken. 4 Revisionen. Nicht allseitig anerkannt.
Jedoch: Gliederung und Prinzip der Klassifizierung nach Lokalisation ^H
Grundlage des internationalen Todesursachenverzeichnisses.

1891, Internationales Statistisches Institut, Jacques Bertillon (1851-1922)
Aufstellung einer Klassifikation der Todesursachen, allgemeine
Anerkennung.

Grundlage: die in Paris benutzte Todesursachenstatistik, Synthese
englischer, deutscher und schweizerischer Klassifikationen. Farr'sches
Prinzip: Unterscheidung zwischen Allgemeinkrankheiten und lokalisierte
Organkrankheiten.

Alle 10 Jahren: Revision.

1946: 6. Revision (WHO) ^H Internationale Klassifikation der Krankheiten,
Verletzungen und Todesursachen.

1975: 9. Revision Einführung der Doppelklassifizierung (Ätiologie und
Manifestation, †*Kodes).

1993: 10. Revision.

1b) Struktur

Was ist eine Klassifikation?

Eine Klassifikation ist eine systematische Anordnung
(oder Einteilung) in Klassen/Kategorien nach einem
bestimmten System.

Zweck: systematische Aufzeichnungen, Auswertungen,
Datenanalysen, Vergleiche von gesammelten Daten und
verbesserte Informationsverarbeitung.

Praktisch:

die Klassifikation erlaubt einen klinischen Zustand, eine Diagnose (oder eine Behandlung) in eine standardisierte Sprache zu übersetzen (Linksherzversagen = Insuffizienz, Linksherz = I50.1 „Linksherzinsuffizienz“).

Die Zuteilung eines Codes zu einer medizinischen Information erlaubt deren elektronischen Verarbeitung.

Drei Bänder:

Band 1 – systematisches Verzeichnis

Band 2 – Regelwerk

Band 3 – alphabetisches Verzeichnis

Die Codes der ICD-10 Klassifikation sind alphanumerisch HK38.1 “Appendixkonkremente”.

Band 1 – systematisches Verzeichnis

21 Kapitel.

Kapitel I bis XVII: Krankheiten,

Kapitel XVIII: Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde,

Kapitel XIX: Verletzungen und Vergiftungen,

Kapitel XX: äussere Ursachen von Morbidität,

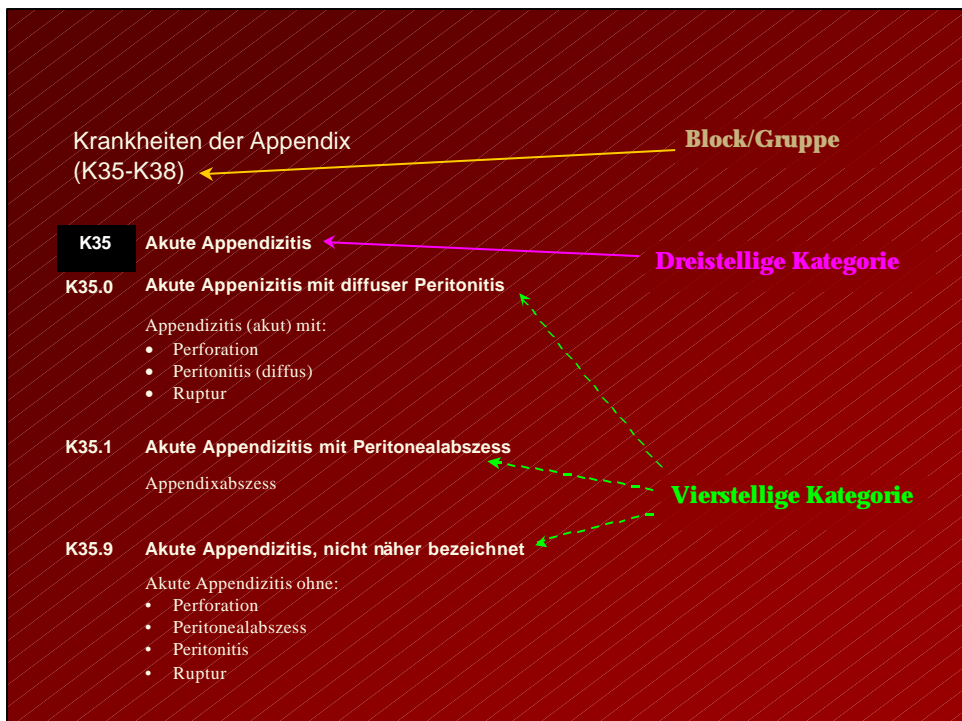
Kapitel XXI: Faktoren, die zur Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens führen.

Kap.	Titel	Kat.
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00-B99
II	Neubildungen	C00-D48
III	Krankh. des Blutes u. der blutbildenden Organe sowie bestimmte St. mit Beteiligung des Immunsystems	D50-D89
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-Y98
XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen u. zur Inanspruchnahme des Gesundheitsw. führen	Z00-Z99

Jedes Kapitel in Blöcke aufgeteilt. Ein Block entspricht einer Gruppe von Kategorien \rightarrow dreistellige Kategorien.

Kategorien entsprechen bestimmten Affektionen oder Gruppen von Krankheiten, die Gemeinsamkeiten aufweisen.

Kategorien in vierstellige Subkategorien (= Kodes) unterteilt \rightarrow Kodierung der Lokalisation oder der Krankheitstyp oder bestimmter Krankheiten.



Band 2 – Regelwerk

Enthält die Kodierrichtlinien, zusammenfassende Beschreibung, historischen Überblick sowie Darstellung und Interpretationen der Daten.

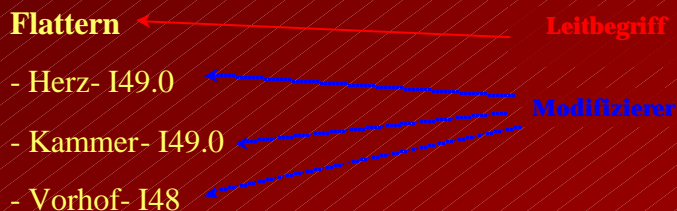
Bemerkung zu den Richtlinien: die offiziellen Kodierrichtlinien des BFS entsprechen in etwa den WHO-Richtlinien aber es gibt schweizerische Besonderheiten.

Band 3 – alphabetisches Verzeichnis

Drei Teile.

Teil I: Suchbegriffe für Krankheiten, Syndrome, Symptome und Traumata.

Teil II: Verzeichnis der äusseren Ursachen von Verletzungen und Vergiftungen.



Teil III: Tabelle der Arzneimittel und Chemikalien

Substanz	Kapitel XIX	Vergiftung			unerwünschte Nebenwirkung bei therapeutischer Anwendung
		akzidentell	beabsichtigte Selbstbeschädigung	unbestimmte Absicht	
Hexachlorophen	T49.0	X44.-	X64.-	Y14.-	Y56.0
Hexadilin	T46.3	X44.-	X66.-	Y14.-	Y52.3
Hexadylamin	T46.3	X44.-	X64.-	Y14.-	Y52.3

ICD-10 Versionen

Unterschiede zwischen den verschiedenen Sprachen.

Eine offizielle Version für die Schweiz: auf Web-seite www.icd10.ch herunterladbar. Entspricht der Version 1.3, Stand Juli 1999 und beinhaltet den entsprechenden Korrigenda in der französischen und englischen Version.

Bücher: (deutsch) Version 1.3, Stand Juli 1999.

2. Allgemeine Richtlinien zur Kodierung im Rahmen der Medizinischen Statistik

Im Rahmen der Medizinische Statistik werden alle stationäre und teil-stationäre Hospitalisationen erfasst Umfassende Erhebung.

Variablen dieser Erhebung sind im Fragebogen des Minimaldatensatzes, darunter: Diagnosen (= ICD-10 Kodes) und Operationen (CHOP Kodes).

1 Hauptdiagnose (HD), ev. ein Zusatz zur Hauptdiagnose (ZHD) und bis zu 8 Nebendiagnosen (ND).

1 Hauptbehandlung und bis zu 9 Nebenbehandlungen.

Jedem Behandlungsfall wird einer Hauptdiagnose zugewiesen!

Hauptdiagnose: *“derjenige Zustand, der am Ende des Spitalaufenthalts als Diagnose feststeht und der der Hauptanlaß für die Behandlung und Untersuchung des Patienten war,,“*

Die Festlegung der Hauptdiagnose erfolgt am Ende der Hospitalisation.

Zusatz zur Hauptdiagnose: *Stern-Kode falls die HD ein †Kreuz-Kode ist oder Kode äusserer Ursache (X,Y, V, W, Kap. XX) falls die HD eine Verletzung oder Vergiftung ist (Kodes S-T, Kap. XIX).

Nebendiagnose(n): Begleiterkrankungen

Die Begleiterkrankungen, an denen der Patient leidet, werden als Nebendiagnosen betrachtet. Es hat keine Bedeutung, ob eine Pathologie während der Hospitalisation auftritt oder schon vorher besteht, bestimmend ist ihr Einfluß auf die Behandlung.

3. Rehabilitation

Patienten, welche eine postoperative Versorgung (Rehabilitation) brauchen.

Kodierung mittels ICD-10-Kodes nicht befriedigend ^H zu wenig angepasste Kodes (wenig und nicht präzise).



Kodes für Rehabilitation:

Kodes der Kategorie Z50.- „Rehabilitationsmassnahmen“, gehören zum Block Z40-Z54 „Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke spezifischer Massnahmen und zur medizinischen Betreuung in Anspruch nehmen“.

Angabe des Hospitalisationsgrundes für Patienten, die bereits (akut) behandelt wurden, aber einer weiteren Behandlung bedürfen (Pflege, Reha, Rekonvaleszenz).

Richtlinie:

Nicht mehr aktuelle Krankheiten werden NICHT angegeben.

Bsp: Patient in Reha eingewiesen nach Behandlung einer Schenkelhalsfraktur (HüftTP).

Als HD wird die Reha angegeben (Z50.-). Die Fraktur wird nicht kodiert ^H wurde bereits behandelt und nicht mehr existent (Epidemiologie).

Somit wird die akute Behandlungsphase von der Rehabilitation unterschieden.

Richtlinien (2):

1) Rehabilitation nach Behandlung einer akuten Krankheit	<ul style="list-style-type: none">◆ Hauptdiagnose Z50.-◆ Um präziser zu kodieren, werden folgende Nebendiagnosen angegeben :<ol style="list-style-type: none">1. Post-operative bzw. Status post Zustände (Zustand nach Organtransplantation, Vorhandensein von Implantaten, Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese, etc...)2. Begleiterkrankungen (falls diese für die aktuelle Behandlung relevant sind)
2) Behandlung eines chronischen Leidens	Das chronische Leiden als Hauptdiagnose, ausser wenn der Patient ausdrücklich zu Rehabilitationsmassnahmen eingewiesen wird.

Beispiel:

Patient nach einer dreifachen Bypass-Operation in Rehabilitationsklinik für kardiale Rehabilitation hospitalisiert:

Hauptdiagnose Z50.0 „Rehabilitationsmassnahmen bei Herzkrankheit“,

Nebendiagnose Z95.1 „Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses“.

Die KHK (oder allenfalls der Infarkt) wird nicht mehr kodiert.

Patient, Status nach totaler Pneumonektomie rechts bei Bronchuskarzinom, leidet ausserdem an einer COPD. In Rehabilitationsklinik zur Fortsetzung der respiratorischen Physiotherapie hospitalisiert:

Hauptdiagnose Z50.8 „Sonstige Rehabilitationsmassnahme“,

Nebendiagnosen Z85.1 „Bösartige Neubildung der Trachea, der Bronchien oder der Lunge in der Eigenanamnese“, **Z90.2** „Verlust der Lunge [Teile der Lunge]“ und **J44.8** „Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit“

3bis „Status nach“

Gilt sowohl für Reha wie auch für akute Hospitalisationen:
„Status nach“ die für die aktuelle Hospitalisation nicht relevant sind, werden nicht kodiert.

Z.Bsp.: Patientin, hospitalisiert zur kardialen Rehabilitation, status nach Hysterektomie wegen Uterusmyomen vor 20 Jahren H letzterer wird nicht angegeben, HD: Z50.0
„Rehabilitationsmassnahmen bei Herzkrankheit“.

Suchbegriffe für „Status nach“ (alphabetischen Verzeichnis): Anamnese, Transplantat, Vorhandensein, Amputation, Fehlen, Zustandsbefund (nach), Folgen (durch) (von).

Beispiel:

Patient, wegen Klebsiella Pneumonie hospitalisiert wird, Behandlung durch den Zustand nach Lebertransplantation kompliziert:

Hauptdiagnose J15.0 „Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae“,

Nebendiagnose Z94.4 „Zustand nach Lebertransplantation“.

Patient in Rehaklinik für Physiotherapie nach HüftTP Operation, Status nach Amputation oberhalb des Knies am anderen Bein: der „Status nach Amputation“ ist relevant und wird angegeben:

Hauptdiagnose Z50.1 „sonstige Physiotherapie“,

Nebendiagnosen: Z89.6 „Verlust des Beines, oberhalb des Knies“, **Z96.6** „Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten“.

3ter Folgezustände

Die Codes für Folgezustände werden für die Kodierung von Krankheiten (oder Traumata) verwendet, welche nicht mehr aktuell sind, aber Ursache aktueller pathologischer Zustände sind.

Akutspitäler: Hauptdiagnose = aktuelle Auswirkung der früheren Krankheit, dass es sich um einen Folgezustand handelt als Nebendiagnose kodiert.

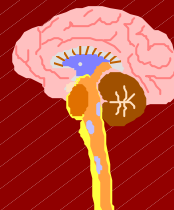
Reha: beide als Nebendiagnosen angegeben, als erstes die aktuelle Krankheit gefolgt vom Code "Folgezustand".

Beispiel, Akutspital:

Patient hospitalisiert zur
Behandlung einer Dysphasie nach
Hirnfarkt:

Hauptdiagnose R47.0 „Dysphasie
und Aphasie“,

Nebendiagnose I69.3 „Folgen
eines Hirnfarktes“.



Beispiel Reha:

Patient, mit ausgedehnten Narben an den Unterextremitäten als Folge einer Verbrennung, in Reha zu Physiotherapiemassnahmen hospitalisiert:

Hauptdiagnose: Z50.1 „sonstige Physiotherapie“,

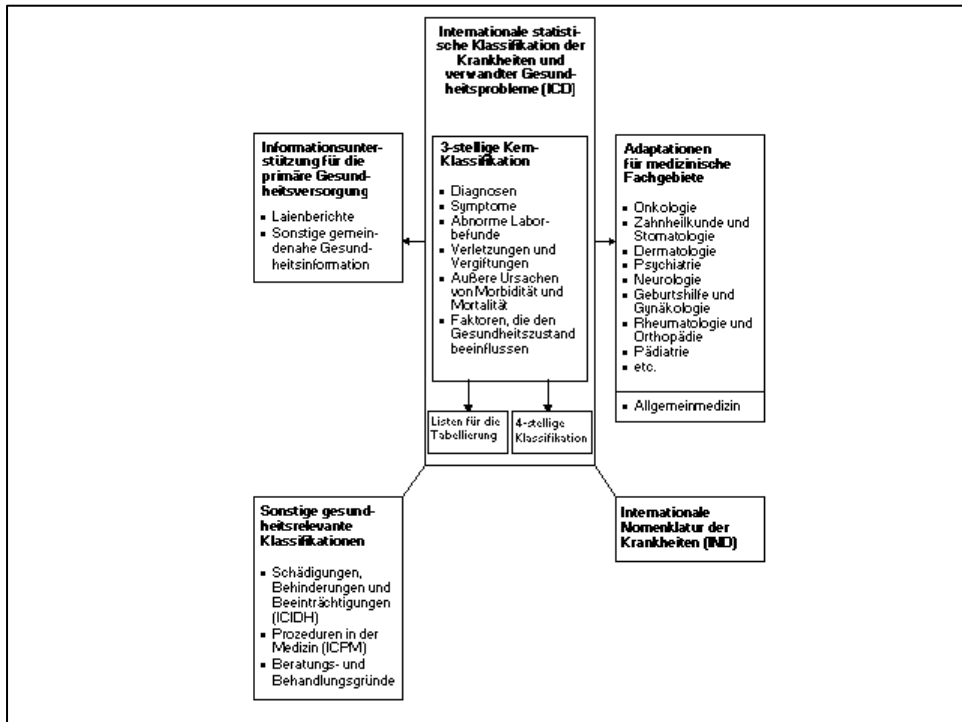
Nebendiagnosen: L90.5 „Narben und Fibrosen der Haut“,
T95.3 „Folgen einer Verbrennung, Verätzung oder Erfrierung der unteren Extremität“.

4. Familie von Krankheitsklassifikationen

Die ICD-10 ist nicht für alle medizinische Fachbereiche optimal geeignet.

Zwei Arten von Klassifikationen:

1. Art \rightarrow Infos in Beziehung zur Diagnose, Kern: dreistelligen ICD-10 Codes,
2. Art \rightarrow Aspekte von Gesundheitsproblemen ausserhalb der rein formalen Diagnosen.



Für jegliche Informationen
bezüglich Kodierung und
medizinische Statistik:



Tel: 032/713.63.60

Fax: 032/713.63.82

Mail: CodelInfo@bfs.admin.ch