

## Technical Reports

### Hearing über Klassifikationen operativer Eingriffe in der Medizin vom 20. März 1993: Bericht

Am 10. Juni 1991 hat die Schweizerische Kommission für Gesundheitsstatistik Empfehlungen betreffend die medizinischen Statistiken der Krankenhäuser abgegeben, die in der Folge vom Eidgenössischen Department des Innern (EDI) und der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) angenommen wurden. Darin wurden die Kantone und die betroffenen Institutionen unter Punkt 5 aufgefordert, die diagnostischen und operativen Eingriffe gemäss den Richtlinien der Kommission für medizinische Statistik der VESKA oder gemäss anderen international anerkannten Normen zu klassifizieren. Der VESKA empfahl die Kommission, die Möglichkeiten zur Einführung einer neuen Klassifikation der Operationen zu untersuchen, die den neuen, vielfältigen Bedürfnissen genügen kann.

Nachdem verschiedene Institutionen und Kantone [Genf, Waadt und die Arbeitsgruppe „Statistiques“ des Groupement romand des services de santé publique (GRSP)] bei der Kommission betreffend der Einführung einer neuen Klassifikation der diagnostischen und operativen Eingriffe vorstellig wurden, gelangte die Kommission im November 1992 ihrerseits an die VESKA mit der

Bitte, über den gegenwärtigen Stand der diesbezüglichen Arbeiten zu berichten.

Die VESKA nahm anlässlich der Kommissionssitzung vom 9. Dezember 1992 Stellung dazu. Den Ausführungen des Vertreters der VESKA war zu entnehmen, dass die Kommission für medizinische Statistik VESKA der Empfehlung, die Einführung einer neuen Klassifikation der Operationen zu untersuchen, nicht nachgegangen war. Als Begründung wurde aufgeführt, die Mehrzahl der Ärzte, die in der Schweiz an medizinischen Statistiken teilnehmen, würden den VESKA-Schlüssel anwenden und aus medizinischer Sicht im Interesse der Kontinuität einen Wechsel ablehnen. Aus der Diskussion ging klar hervor, dass sich ein rascher Entscheid bezüglich der Wahl eines Klassifikationssystems der Operationen aufdrängt. Deshalb beschloss die Kommission, das Problem nun selbst in die Hand zu nehmen. Nachdem aus formellen Gründen ein Beschluss scheiterte, die kurzfristige gesamtschweizerische Anwendung des ICD-9-CM zu empfehlen, organisierte die Kommission zur Information der interessierten Kreise ein Hearing über Klassifikationen operativer Eingriffe in der Medizin. Verschiedene Experten aus dem In-

und Ausland wurden eingeladen. Diese erläuterten die Vor- und Nachteile der folgenden drei Klassifikationssysteme: VESKA-Operationsschlüssel, ICD-9-CM vol. 3 und ICPM DE/GE.

#### Teilnehmerliste

Expertinnen und Experten

für VESKA-Operationsschlüssel:

- Dr. med. Adam Fischer, Service de chirurgie cardiovasculaire, BH-10, Chuv, Lausanne
- Dr. med. Walter Häcki, Präsident der Kommission für Medizinische Statistik VESKA, Luzern
- Prof. Dr. med. B. Nachbur, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Gefässchirurgie, Klinik für Thorax-, Herz- und Gefässchirurgie, Inselspital, Bern
- Frau Dr. med. Jana Stutz, Informatik und Organisation, Inselspital, Bern
- Dr. med. Vincent Griesser, Centre d'Informatique Hospitalière, Hôpital Cantonal Univ., Genf, in Vertretung von Dr. med. Pierre Frutiger

für ICPM-DE/GE (Dutch Extension/German Extension):

- Dr. med. Bernd Graubner, Abteilung Medizinische Informa-

tik der Georg-August-Universität, D-Göttingen

– Prof. Dr. Rudolf Thurmayr, Institut für Medizinische Statistik und Epidemiologie, Klinik Rechts der Isar der Technischen Universität München, D-München

für *ICD-9-CM*:

– Dr. med Vincent Griesser, Centre d’Informatique Hospitalière, Hôpital Cantonal Univ., Genf, in Vertretung von Dr. med Pierre Frutiger

– Prof. Dr. Fred Paccaud, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

– Prof. Dr. Francis Roger, Centre d’informatique médical, Clinique universitaire, Louvain/Belgique

für *DRG’s/VD*:

– Alain Boutat, Département statistique de l’ADIES, Prilly

Eingeladene Teilnehmer

– Schweizerische Kommission für Gesundheitsstatistik

– VESKA

– SUVA

– Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie

– Schweizerische Gesellschaft für Gefässchirurgie

– Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

– Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Informatik

– Schweizerische Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefässchirurgie.

### Beantwortung der Fragen durch die Experten

#### 1. Für welchen Zwecke und von wem wird (werden) die Klassifikation(en) Ihres Wissens eingesetzt?

Klassifikation	Antworten
VESKA-Operationsschlüssel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• medizinische Dokumentation</li> <li>• epidemiologisch-klinische Forschung</li> </ul>
ICD-9-CM vol. 3 (USA)	<p><b>Einsatz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• innerhalb der EG: Belgien, Spanien, Italien, Irland und Portugal klassieren offiziell nach dem ICD-9-CM; Frankreich codiert teilweise nach dem ICD-9-CM, zu internem Gebrauch und zu internationalen Vergleichszwecken; Holland verwendet den ICD-9-CM für die Diagnosen.</li> <li>• in Osteuropa: Ungarn, Russland, Tschechoslowakei</li> <li>• übrige: USA, China, Taiwan, Japan und Südkorea</li> </ul> <p><b>Zweck:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medizinische Dokumentation</li> <li>• Spitalstatistik: Evaluation der Pflege (international vergleichbar), Epidemiologie (international vergleichbar)</li> <li>• Abrechnungssystem</li> <li>• Bildung der DRG’s: Es gibt Konversionstabellen mit OPCS (England), mit CDAM (Frankreich, mit den skandinavischen Codes, dem holländischen und dem deutschen Code.</li> </ul>
ICPM-DE/GE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• medizinische Dokumentation</li> <li>• epidemiologische Studien</li> <li>• Qualitätskontrolle</li> <li>• Krankenhausstatistik: Bildung von Fallpauschalen (deutsches System)</li> </ul>

## Beantwortung der Fragen durch die Experten (Fortsetzung)

**2. Wie beurteilen Sie die Vor- und Nachteile der Klassifikation(en) für die drei Anwendungsgebiete klinisch-medizinische Dokumentation, epidemiologische Forschung und statistische Klassifikation?**

Klassifikation	Antworten
VESKA-Operationsschlüssel	<p><b>Vorteile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zweisprachig entwickelt, nicht übersetzt (d/f); italienische Ausgabe aus Ärztesicht nicht notwendig</li> <li>• kohärent seit 20 Jahren, für langfristige Statistik nützlich, mit Thesaurus</li> <li>• flexibel für Anpassungen [jährliche kleine Revisionen, grössere Revisionen periodisch (kapitelweise)]</li> <li>• weiterentwickelt von Schweizer Ärzten</li> <li>• für Herzchirurgie den anderen beiden Schlüsseln überlegen</li> </ul> <p><b>Nachteile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• schlechte internationale Zusammenarbeit (im Ausland nur teilweise benützt, für Studien und DRG-Bildung Transcodierung nötig)</li> <li>• Entwicklung basierte auf freiwilliger Mitarbeit der Spezialisten</li> <li>• verschiedene nichtoperative Eingriffe fehlen (Radiologie, Labor)</li> <li>• nichtoperative Eingriffe nicht separat klassiert (Ausnahme: Intensivpflege)</li> <li>• für medizinische Dokumentation zur Zeit ungenügend (klinisches Vokabular fehlt zu grossen Teilen)</li> </ul>
ICD-9-CM vol. 3 (USA)	<p><b>Vorteile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• weltweit am meisten benützt</li> <li>• bei Übersetzung Korrekturen möglich, somit mehr Flexibilität für Dokumentation, limitierender Faktor dabei ist DRG-Konformität</li> <li>• jährliche Update (durch USA)</li> <li>• direkte internationale Vergleiche möglich</li> <li>• in der Regel detailliertere Klassifikation als VESKA-Schlüssel</li> <li>• Bildung von DRG's und anderen Patientenklassifikationssystemen möglich</li> </ul> <p><b>Nachteile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• für Herz- und Gefässchirurgie nicht ideal</li> <li>• für medizinische Dokumentation zur Zeit ungenügend (klinisches Vokabular fehlt zu grossen Teilen)</li> </ul>
ICPM-DE/GE	<p><b>Vorteile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sehr systematischer Aufbau, auf WHO-Basis (nicht nur operative Eingriffe)</li> <li>• gewisse Bereiche fehlen richtigerweise, z. B. Medikamente</li> <li>• in zwei EG-Staaten obligatorisch</li> </ul> <p><b>Nachteile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ausserhalb von Holland noch nicht weit verbreitet</li> <li>• Weiterentwicklung ausstehend</li> <li>• gewisse Bereiche fehlen fälschlich (Labor, Radiologie)</li> <li>• für mediz. Dokumentation zur Zeit ungenügend (klinisches Vokabular fehlt zu grossen Teilen)</li> </ul>

Beantwortung der Fragen durch die Experten (Fortsetzung)

**3. Welche dieser drei Klassifikationen betrachten Sie als die beste und könnten Sie als Standardklassifikation empfehlen? Bitte begründen Sie Ihre Empfehlung.**

Klassifikation	Antworten
VESKA-Operationsschlüssel	als nationale Statistik gut geeignet, in internationaler Hinsicht aber ungenügend (Keine Operationsklassifikation ist ideal, keine international empfohlene Operationsklassifikation ist vorhanden, deshalb ist der VESKA-Operationscode für die Schweiz der beste)
ICD-9-CM vol. 3 (USA)	ist heute faktischer Standard; zu bedenken: unvollständig (nur Operationen). Zudem hat der ausländische Anwender keine Einflussmöglichkeiten.
ICPM-DE/GE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ICPM ist von der WHO für Testzwecke empfohlen worden</li> <li>• europäische Zusammenarbeit gut möglich</li> <li>• für Weiterentwicklung am besten geeignet</li> </ul>

Beantwortung der Fragen durch die Experten (Fortsetzung)

**4. Besteht Ihrer Ansicht nach die Möglichkeit, dass die WHO oder die EG eine dieser Klassifikationen oder eine andere als Welt- respektive Europe-Standardklassifikation für Operationen empfehlen wird? Wenn ja, wofür und/oder wann?**

Klassifikation	Antworten
VESKA-Operationsschlüssel	Die Europäer werden wohl die ICPM favorisieren, während die Amerikaner bei der WHO für ICD-9-CM vol. 3 eintreten werden.
ICD-9-CM vol. 3 (USA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Könnte vom CEN (Comité européen de normalisation) als Basis für Mapping mit ICPM, VESKA, OPCS-4, Read etc. empfohlen werden.</li> </ul> <p>Bis zum heutigen Zeitpunkt hat das Komitee die folgenden beiden Empfehlungen gutgeheissen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. einen Katalog der existierenden Klassifikationen zu erwirken (darunter ICD-9-CM, VESKA, ICPM, OPCS). Dieser offizielle Katalog, dessen Verwaltung die WHO in Genf akzeptiert hat, ist dazu bestimmt, nur diejenige Version des Codes anzuerkennen, die als Referenz aufgeführt ist.</li> <li>2. eine Struktur zu erwirken, welche den Vergleich von bestehenden Operationsklassifikationen erlaubt. Diese Struktur soll detaillierter als die aktuellen Klassifikationssysteme sein.</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• WHO wird wahrscheinlich keine Operationsklassifikation als Standard empfehlen, da die internationalen Unterschiede in der Technologie zu gross sind.</li> </ul>
ICPM-DE/GE	Könnte aufgrund seiner Ausführlichkeit und Weiterentwicklungsmöglichkeit sowie des Obligatoriums in der BRD ab 1995/1996 in einer künftigen EG-Richtlinie als Standard festgelegt werden.

## Beantwortung der Fragen durch die Experten (Fortsetzung)

5. Entsprechend den sich wandelnden operativen Techniken soll eine Klassifikation periodisch revidiert (d. h. geändert und/oder ergänzt) werden. Welchen zeitlichen Rahmen schlagen Sie für solche Revisionen vor? Wie wird das bei der (den) Klassifikation(en), die Sie kennen, gemacht, d. h. wie oft, von wem, wie? Wie gross ist der Aufwand für eine Revision?

Klassifikation	Antworten
VESKA-Operationsschlüssel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realität: nach Bedarf, keine fixe Periodizität</li> <li>• Empfehlung: alle 2 bis 3 Jahre, maximal alle 5 Jahre</li> </ul>
ICD-9-CM vol. 3 (USA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realität: jährlich. Beispiel Belgien: monatliche Treffen der Vertreter der Unispitäler</li> <li>• Empfehlung: jährliche Revision</li> </ul>
ICPM-DE/GE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empfehlung: partielles Update jährlich, grössere Revisionen alle 2 bis 5 Jahre</li> <li>• Vorgehen: Proceedings der Fachgesellschaftstagungen konsultieren sowie gegenseitige Beratung</li> </ul>

## Beantwortung der Fragen durch die Experten (Fortsetzung)

6. Ein spezifisch schweizerisches Problem stellt die Sprachsituation dar, indem die Klassifikation in deutscher, französischer und italienischer Sprache vorliegen sollte. Betrachten Sie das im Zusammenhang mit den genannten Klassifikationen auch als Problem? Welche Lösungsvorschläge können Sie unterbreiten? Wie gross ist der Aufwand für eine Übersetzung?

Klassifikation	Antworten
VESKA-Operationsschlüssel	kein Problem: liegt zweisprachig vor (d/f), i aus Ärztesicht nicht nötig
ICD-9-CM vol. 3 (USA)	kein Problem: liegt dreisprachig vor (d/f/i)
ICPM-DE/GE	liegt zweisprachig vor (holl./d), für Übersetzung (f/i) entsprechende Ressourcen nötig

Beantwortung der Fragen durch die Experten (Fortsetzung)

**7. Drängt sich Ihrer Meinung nach die Fortsetzung des spezifisch schweizerischen Wegs, der Benützung des VESKA-Operationsschlüssels, oder eines neuen, international koordinierten Wegs auf? Fällt Ihre Beurteilung bezüglich der kurzfristigen Perspektive (nächste 5 Jahre) grundsätzlich anders aus als bezüglich einer langfristigen Perspektive?**

Klassifikation	Antworten
VESKA-Operationsschlüssel	Jetzt ist ein Wechsel nicht dringend, weil der VESKA-Schlüssel gut ist und infolge des Wechsels von ICD-9 auf ICD-10 eine Arbeitsüberlastung besteht.
ICD-9-CM vol. 3 (USA)	In Belgien beispielsweise schien es wünschenswert, kurzfristig (für die nächsten fünf Jahre) den japanischen Weg zu gehen, d. h. von der Erfahrung zu profitieren, die in breitem Umfang in den USA gemacht wurde, und den ICD-9-CM mit lokalen Ergänzungen zu verwenden. Dies schien die bessere Variante, als ein isoliertes System mit Codes zu schaffen, die zwischen verschiedenen Ländern schwierig zu vergleichen sind. Damit hätte man höhere Kosten riskiert, um besser zu diskutierende Resultate, v. a. bezüglich der Patientenklassifikationen, zu erhalten. Sobald in Europa Datenbanken zur Verfügung stehen, die vergleichbar mit denjenigen in den USA sind, könnte eine spezifischere Methodologie in Betracht gezogen werden.
ICPM-DE/GE	Anzustreben: einheitlicher Schlüssel für Europa → langfristig ICPM zu bevorzugen zusätzlich wünschenswert: Sammlung des klinischen Sprachgebrauchs (Thesaurus) sowie SNOMED-Zuordnungen

Beantwortung der Fragen durch die Experten (Fortsetzung)

**8. Daten operativer Eingriffe werden zusammen mit soziodemographischen und Diagnoseangaben für die Bildung synthetischer Indizes wie DRG's (Diagnosis related groups) oder PMC (Patient management categories) benützt. Welche Vor- und Nachteile sehen Sie im Zusammenhang mit den drei genannten Klassifikationen operativer Eingriffe?**

Klassifikation	Antworten
VESKA-Operationsschlüssel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DRG-Bildung durch Mapping mit ICD-9-CM nicht unproblematisch, aber möglich</li> <li>• nicht überzeugt vom DRG-Klassifikationssystem</li> </ul>
ICD-9-CM vol. 3 (USA)	DRG-Bildung problemlos. Dies gilt für die anderen Klassifikationssysteme nicht.
ICPM-DE/GE	ICPM und ICD-9-CM: gleiche Grundstruktur; DRG-Bildung nicht unproblematisch, sollte aber möglich sein.

*Beantwortung der Fragen durch die Experten (Fortsetzung)*

**9. Welches Vorgehen empfehlen Sie im Zusammenhang mit einer routinemässigen Patientenklassifikation mittels DRG's oder PMC? Würden Sie sich vollständig für die amerikanische Operationsklassifikation und die „Grouper-Software“ entscheiden oder würden Sie die „Grouper-Software“ an Ihre bevorzugte Standard-Klassifikation anpassen?**

Klassifikation	Antworten
VESKA-Operationsschlüssel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DRG's oder PMC's sind Vergröberungen, welche der Leistungsmessung, primär für die Spitalverwaltung, die Planung und als Modell für die epidemiologische Forschung dienen mögen. Ihre Relevanz für die Entwicklung und Steuerung des Gesundheitssystems ist bis jetzt nirgendwo gezeigt worden.</li> <li>• Falls DRG's relevant sein sollten, ist das Anpassen der Grouper-Software an die bevorzugte Klassifikation sowohl wissenschaftlich, wie von der EDV-Datenpflege aus gesehen sinnvoller.</li> </ul>
ICD-9-CM vol. 3 (USA)	Bevorzugt zur Bildung von DRG's die amerikanischen Originalprodukte, d. h. ICD-9-CM vol. 3 als Operationsklassifikation und die Grouper-Software.
ICPM-DE/GE	Patientenklassifikationssysteme müssen an europäische Verhältnisse angepasst werden.

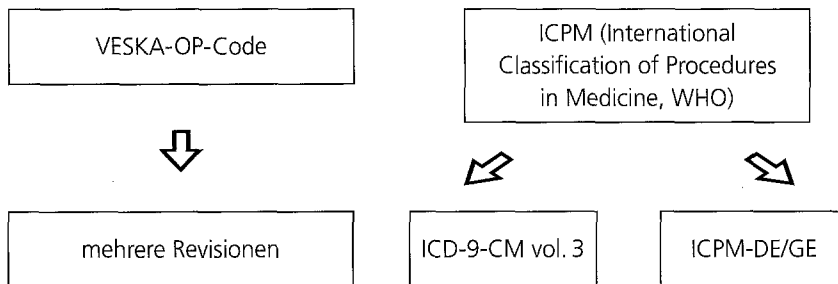
*Beantwortung der Fragen durch die Experten (Fortsetzung)*

**10. Welche weiteren Argumente betrachten Sie als wichtig für die Wahl einer Klassifikation operativer Eingriffe?**

Klassifikation	Antworten
VESKA-Operationsschlüssel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praktikabilität</li> <li>• Praxisrelevanz für Benutzer (d. h. Ärzte)</li> </ul>
ICD-9-CM vol. 3 (USA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• erweiterter Benutzerkreis (neben Ärzten auch Epidemiologen, Manager, Gesundheitsplaner etc.)</li> <li>• technische Aspekte: Revisionen, verantwortliche Stellen</li> <li>• politische Akzeptanz</li> </ul>
ICPM-DE/GE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• internationale Vergleichbarkeit der Ergebnisse</li> <li>• internationale Zusammenarbeit bei der Entwicklung der Klassifikation</li> <li>• medizinischer Sprachgebrauch: Synonymverzeichnis!</li> </ul>

## Erkenntnisse aus den Referaten und der Diskussion

Die traditionsreichste Klassifikation ist der VESKA-Schlüssel, der seit über zwanzig Jahren international in Gebrauch ist. ICD-9-CM ist als weitestverbreiteter Standard zu betrachten. Die ICPM-DE/GE schliesslich ist ein neueres System. Gemeinsame taxonomische Basis von ICD-9-CM und ICPM-DE/GE ist die ICPM, die 1981 von der WHO für Testzwecke empfohlen wurde:



Betreffend die Klassifikation operativer Eingriffe in der Medizin sind verschiedene *Ziele* zu beobachten: Während die *Kliniker* eine *wissenschaftliche Klassifikation* (Dokumentation, Forschung) anstreben, setzen *Informatiker und Planer* den Schwerpunkt auf die *Taxonomie* (Patientenklassifikationssysteme, Betriebsführung). Desgleichen stehen verschiedene Ansichten bezüglich die Patientenklassifikationssysteme im Raum: Während für die einen die DRG's in ökonomischer Hinsicht von Bedeutung sind, wird von den andern ihre Nützlichkeit bezweifelt, indem argumentiert wird, dass auch mit den DRG's die Kosten nicht besser in den Griff zu bekommen sind und dass sie zum amerikanischen Health Care System gehören und in Europa gar nicht unbedingt erwünscht sind. Es wurde sogar die Meinung laut, dass die medizinischen Aspekte von den ökonomischen getrennt werden sollten. Die Anwendung einer Klassifikation für unterschiedliche Zwecke im Rahmen der gleichen

Statistik kann nämlich zu einer derartigen Verzerrung führen, dass die ursprünglich beabsichtigte Datenqualität nicht erreicht, resp. verloren gehen kann. Ein Experte bezeichnet diese Fragen als marginal. Von fundamentaler Bedeutung sind vielmehr:

- die Qualitätskontrolle und die Frage, welche Anstrengungen man dafür auf sich nehmen will,
- die Revisionen resp. die Transcodierungen und die damit verbundenen Kosten.

Es gilt also weniger ein bestimmtes System zu verteidigen als vielmehr in organisatorischer Hinsicht Neuland zu betreten. Die Auswahlkriterien für ein Klassifikationssystem sind:

- politisch: Welches Klassifikationssystem wird in Europa überwogen, welche Wahl wird in den Industrieländern getroffen?
- technisch: Welches ist die für Anpassungen und Revisionen verantwortliche Instanz?
- taxonomisch: Wie können operative Eingriffe ordnungsgemäss aufgrund ihrer Beziehung zueinander in geeignete Kategorien klassifiziert werden?

Die ausländischen Experten äuserten die Meinung, dass in der Schweiz ein kurzfristiger Entscheid für ein Klassifikationssystem operativer Eingriffe in der Medizin gefällt und eine effiziente Infrastruktur geschaffen werden sollte, die das System betreut, denn das gegenwärtige System genügt den heutigen Anforderungen nicht

mehr. Es kommen die folgenden Möglichkeiten in Frage:

– Beibehaltung einer eigenen Klassifikation: Wir behalten die Entscheidungsfreiheit, sind aber möglicherweise in den Ressourcen eingeschränkt. Diese Variante würde uns die Möglichkeit eröffnen, den bestehenden VESKA-Operationsschlüssel weiterzuentwickeln und an die schweizerischen Bedürfnisse anzupassen und gleichzeitig bezogen auf die Einteilung einem der beiden anderen Schlüssel anzunähern. Mit dieser Option wäre eine Anpassung an Neues ohne Aufgabe der Tradition möglich.

– Anwendung einer fremden Klassifikation: Wir übernehmen beispielsweise den ICD-9-CM von den USA, nehmen nur Übersetzungen und dgl. an die Hand und müssen die Entscheidungen den andern überlassen. Diese Variante könnte sich bei einer Änderung des amerikanischen Gesundheitssystems als problematisch erweisen. Unabdingbar wäre bei dieser Option ein nationales Referenzzentrum.

– Bildung eines europäischen Zentrums und gemeinsamer Aufbau und kollektive Anwendung einer einheitlichen Klassifikation operativer Eingriffe. Eine europäische Zusammenarbeit wurde für notwendig und sinnvoll erachtet, da auf europäischem Niveau ein Bedürfnis für standardisierte Methoden besteht. In Anbetracht des Obligatoriums der ICPM-GE ab 1995/1996 in der BRD und der grossen Anzahl Betroffener (80 Mio. deutsche Bundesbürger!) ist nicht auszuschliessen, dass die ICPM-GE als möglicher europäischer Standard in Erwägung gezogen werden könnte. Für die ICPM wird in Deutschland ein Referenzzentrum geschaffen, so dass ein jährliches Updating möglich wird.

– Anwendung des Klartestes: Die Spitäler können nach eigenem Ermessen Daten erfassen. Die

Codierung wird den Statistikern überlassen. Diese Variante ist als Zukunftsvision zu betrachten und kurz- und mittelfristig mit Sicherheit nicht realisierbar.

Es stehen theoretisch alle Möglichkeiten offen. So ist beispielsweise auch ein Übergang vom ICD-9-CM zur ICPM denkbar. Nach Meinung eines Experten ist es auf jeden Fall besser, ein bestehendes System zu übernehmen als selbst ein neues zu entwickeln.

---

**Dieser Bericht wurde für die  
Schweizerische Kommission für  
Gesundheitsstatistik erstellt von:**

Dr. Thomas Spuhler,  
Katharina Weiss  
Bundesamt für Statistik  
Abt. Bevölkerung und Beschäftigung  
Sektion Gesundheit  
Schwarztorstrasse 53  
CH-3003 Bern/Schweiz

### Schlussfolgerungen

- Aus medizinischer Sicht allein sind alle Experten der Meinung, dass sämtliche drei Klassifikationen brauchbar sind und dass sich keine durch bessere Eigenschaften von den anderen abhebt.
- Für Anwendungen, die über die Medizin und insbesondere die Dokumentation hinausgehen, wird zur Zeit der ICD-9-CM, vol. 3 weltweit bevorzugt. Dies ist namentlich auf die Verwendung der DRG's in den USA sowohl für die Beurteilung der Effizienz von Spitalbehandlungen als auch für die Bezahlungen zurückzuführen.
- Der rasante Fortschritt in der Technologie bedingt eine kontinuierliche Revision einer Operationsklassifikation. Alle Klassifikationen, die nicht permanent revidiert werden, verlieren rasch ihren Wert.
- Eine Infrastruktur für die permanente Anpassung/Revision ist unumgänglich. Eine internationale Zusammenarbeit erleichtert zwar die Aktivität der dafür verantwortlichen Stelle. Eine solche Institution wird dadurch aber nicht überflüssig.