

# Die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten (ICD)

## Klassifikationssysteme und der Hausarzt: Teil 1 von 4<sup>1</sup>

Rudolf L. Meyer,

für die SGAM-Arbeitsgruppe Literatur und Dokumentation

Die Entwicklung eines brauchbaren Klassifikations-Systems für die Arzt-Patienten-Kontakte in der Hausarztmedizin war eine anspruchsvolle Aufgabe. Diese Artikel-Serie in vier Teilen stellt den Hintergrund, das Umfeld und das Raster der wichtigsten hausärztlichen Klassifikationssysteme in der Hausarztmedizin kurz vor. Die aktuell am stärksten verbreitete und von der WHO anerkannte Klassifizierung, die ICPC-2, erweist sich als eigentliches Kondensat der verschiedenen Versuche die Hausarztmedizin abzubilden. Die Kodierungspflicht ist politisch immer wieder ein brisantes Thema, die Einführung der elektronischen Abrechnung dürfte neue Begehrlichkeiten wecken.

Die Artikel-Serie zeigt auf, warum die ICD-10-Klassifizierung für die hausärztliche Arbeit ungeeignet ist.

*Le développement d'un système pratique de classification pour les contacts médecin-patient en médecine de premier recours est une tâche exigeante. Cette série d'articles en 4 parties présente brièvement l'arrière-plan, l'environnement et la trame des plus importants systèmes de classification en médecine de premier recours. La classification actuellement la plus répandue et reconnue par l'OMS, l'ICPC-2, se révèle comme un véritable condensé des diverses tentatives de représenter la médecine de premier recours. Sur le plan politique, le devoir de codification est un thème itératif brisant et l'introduction de la facturation électronique devrait bien réveiller les convoitises à ce sujet.*

*La série d'articles montre pourquoi la classification ICD-10 n'est pas appropriée à la pratique de la médecine de premier recours.*

### Einleitung

Für viele Hausärzte scheint die Auseinandersetzung mit Klassifikationsproblemen etwas Fremdes zu sein, das mit ihrer Praxistätigkeit nicht viel zu tun hat, das reichlich theoretisch und höchstens für die wenigen in der Praxisforschung engagierten Kollegen von Interesse ist.

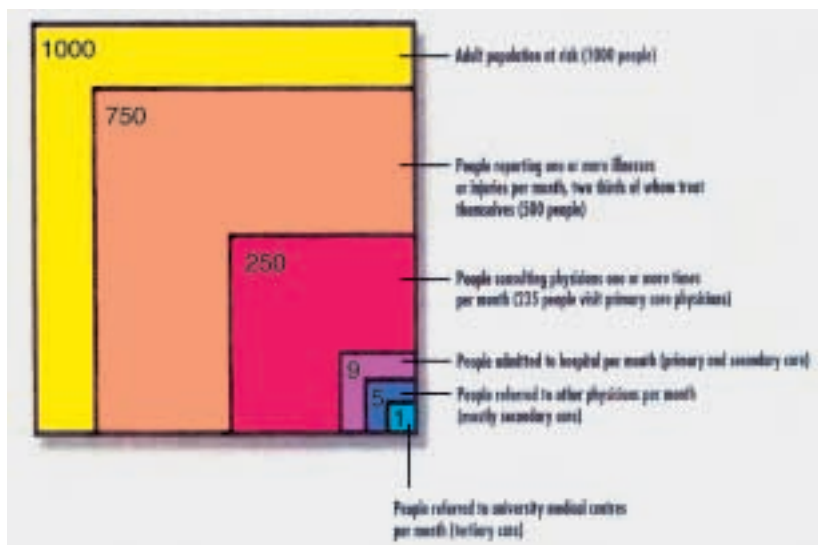
Doch eine solche Thematik kann plötzlich brennend heiss werden, wenn etwa gesetzliche oder vertragliche Bemühungen im Raum stehen, wonach auf jeder Rechnung die Diagnosen nach der ICD-10 (International Classification of Diseases) zu verschlüsseln seien, einer aufwändigen und für die Hausarztmedizin unbrauchbaren Klassifikation. Genau das ist in der Bundesrepublik Deutschland auf gesetzgeberischem Weg, vorab auf Drängen der Versicherer, über die Köpfe der Ärzteschaft hinweg erzwungen worden (siehe letzte Folge dieser Serie).

Bei Fragen einer Verschlüsselungspflicht sind die Möglichkeiten einer Kodierung in der Grundversor-

gung unbedingt zu berücksichtigen, werden doch die weitaus meisten der an das Gesundheitswesen heran getragenen gesundheitlichen Problem ein der Grundversorgung gelöst. Wie K. White schon 1961 zeigte, erleiden aus einer Population von 1000 Erwachsenen monatlich 750 eine Erkrankung oder Verletzung, 250 konsultieren ein- oder mehrmalig pro Monat einen Arzt (235 einen Hausarzt), 9 werden in ein kleines oder mittelgrosses Spital eingewiesen, 5 an einen andern Arzt überwiesen und nur einer aus 1000 in ein Universitätsspital eingewiesen! Es erfolgt also nur in *rund 5%* der Patienten-Arzt-Kontakte eine Über- oder Einweisung an die Sekundär- oder Tertiärversorgung ([1], Abb 1).

Dies hat auch die europäische Überweisungsstudie aus den 80er Jahren für die Schweiz gezeigt, wo europaweit 860 227 Konsultationen analysiert und dabei 44 134 Über- und Einweisungen gefunden wor-

<sup>1</sup> Die weiteren Artikel dieser Serie werden in den nächsten Nummern von PrimaryCare publiziert werden.

**Abbildung 1**

Prävalenz von Erkrankungen und der Gebrauch medizinischer Ressourcen unter 1000 Erwachsenen in den Vereinigten Staaten und Grossbritannien (adaptiert von [1]).

den sind [2, 3]. Eine neuere Arbeit aus dem Jahre 2001 kommt zu erstaunlich ähnlichen Ergebnissen [4].

In der Primärversorgung kommen also all die gesundheitlichen Probleme jener 99% der Bevölkerung zum Tragen, die im Verlauf eines Jahres am Leben bleiben. Eine Klassifikation wie die ICD, welche ihren Ursprung von einer Auflistung der Todesursachen nicht verbergen kann, vermag den Bedürfnissen der Hausarztmedizin nicht gerecht zu werden. Bis eine für die ärztliche Primärversorgung adäquate internationale Klassifikation entwickelt war, war ein langer Weg zurückzulegen. Diesen Weg will ich aufzeigen, indem ich gewissermassen historisch die Bemühungen von wissenschaftlich engagierten Ärzten um die Entwicklung einer an die Bedürfnisse der Primärversorgung angepassten Klassifikation darstelle. Doch zunächst möchte ich die ICD vorstellen, die uns allen ja bekannt ist und mit der wir immer wieder während unserer Weiterbildung an den Kliniken auf die eine oder andere Weise arbeiten mussten.

### Geschichtlicher Rückblick

Die International Classification of Diseases (ICD) entwickelte sich aus einer Klassifikation von häufigen Todesursachen, die früher ja hauptsächlich Infektionskrankheiten waren. Die Grundlage dazu waren Vorarbeiten von Farr, d'Espine und Bertillon. William Farr (1807–1883) war der erste Gesundheitsstatistiker im Statistischen Amt für England und Wales, welches 1837 gegründet wurde. Er unternahm grosse Anstrengungen, für die damals recht

unvollkommenen Klassifikationen ein System zu finden, das auch für eine international einheitliche Anwendung geeignet war, und verlangte in seinem ersten Jahresbericht 1839 die Annahme einer allgemein anwendbaren Klassifikation mit folgenden Worten:

«Die Vorteile einer allgemein anwendbaren statistischen Nomenklatur sind, selbst wenn sie unvollkommen ist, so offensichtlich, dass es als erstaunlich angesehen werden muss, dass ihr in den Todesursachenverzeichnissen so wenig Beachtung geschenkt wurde. Vielfach ist es geschehen, dass ein und dieselbe Krankheit drei oder vier verschiedene Namen erhielt, die zu gleicher Zeit ebenso viele verschiedene Krankheitszustände bezeichneten.» [5]

Auf seine Initiative hin führte England als erster Staat den «Birth and Death Registration Act», eine Registrierung der Sterblichkeit und Todesursachen, ein [5]. Die Zweckmässigkeit einer international einheitlich anwendbaren Einteilung der Todesursachen wurde auf dem 1. Internationalen Statistischen Kongress 1853 in Brüssel klar erkannt, so dass sowohl William Farr als auch der Genfer Marc d'Espine den Auftrag erhielten, eine solche Klassifikation zu schaffen. Am nächsten Kongress 1855 in Paris legten sie dann zwei von völlig verschiedenen Grundsätzen ausgehende Verzeichnisse vor [6]. Während die Klassifikation von Farr fünf Gruppen aufwies (epidemische Krankheiten, konstitutionelle Krankheiten, umschriebene, nach der anatomischen Lokalisation geordnete Krankheiten, Entwicklungsstörungen und Krankheiten als direkte Folge von Gewalteinwirkung), klassifizierte D'Espine die Krankheiten nach ihrer Natur (gichtisch, herpetisch, hämatisch usw.) [5]. Diese Auflistung zeigt auch in etwa den Stand der damaligen medizinischen Wissenschaft. Eine Einigung kam damals allerdings nicht zustande, und der Londoner Kongress im Jahre 1860 nahm in der Folge die Vorschläge von Farr an [6]. Diese wurden dann in den Jahren 1874, 1880 und 1886 weiter revidiert.

Das Internationale Statistische Institut (Nachfolger des Internationalen Statistischen Kongresses) genehmigte 1893 dieses international anerkannte Verzeichnis der Todesursachen, das ab 1891 von Jacques Bertillon, dem Leiter des Statistischen Amtes der Stadt Paris, überarbeitet worden war. 1899 wurde auf der Tagung in Oslo Bertillons Anregung angenommen, alle 10 Jahre eine Revision dieser Klassifikation vorzunehmen.

Erst bei der 6. Revision 1948, die erstmals unter der Ägide der WHO erfolgte, wurde die Systematik der Todesursachen auf Krankheiten und Verletzungen ausgedehnt, so dass sie seither auch als Morbiditätsstatistik verwendet werden konnte.

Die 8. Revision erfolgte 1968, die 9. im Jahre 1979, und die amtlichen deutschen Buchausgaben der 10. Revision erschienen 1994/95 unter dem Namen: *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*.

Natürlich steckt hinter dieser neuen Revision eine riesige Arbeit, welche die WHO mit 9 so genannten WHO-Kollaborationszentren geleistet hat.

**Die ICD-9-CM (Clinical Modification) umfasste bereits 10 000 Begriffe. Die heutige ICD-10 hat fast 18 000 Schlüsselnummern oder Diagnosen. Aber auch in ihrem neuen Kleid lässt sich nicht verbergen, dass die Todesursachenstatistik dieser Klassifikation Pate stand.**

### Aufbau der ICD-10

Aus den bisherigen 17 Kapiteln in der ICD-9 wurden in der ICD-10 neu 21 Kapitel zur Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Die Kapitel sind wie früher nach recht unterschiedlichen Gesichtspunkten aufgebaut. So stehen Kapitel, die nach Organsystemen orientiert sind, neben solchen, die nach klinischen Manifestationen (z.B. Stoffwechselstörungen) oder Spezialitäten (psychiatrische Erkrankungen) ausgerichtet sind, oder anderen, die nosologische und ätiologische Gesichtspunkte (Infektionen und parasitäre Krankheiten, Neoplasien, Verletzungen und Vergiftungen) oder Altersgruppen (Affektionen der Perinatalzeit) berücksichtigen oder eine Zusammenfassung von Symptomen und schlecht bezeichneten Affektionen als Kriterien der Klassifikation einsetzen. In Kapitel XIX (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen) werden zum Beispiel auf 132 Seiten und im neuen Kapitel XX: «äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität» auf 126 Seiten alle möglichen Formen von Unfällen minutiös bis ins kleinste Detail beschrieben. Aber Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde im Kapitel XVIII haben auf bescheidenen 38 Seiten Platz [6].

### Praktische Beispiele

#### Infektiöse Krankheiten

Infektiöse Krankheiten sind im systematischen Verzeichnis im Kapitel I unter A00 bis B99 auf insgesamt 74 Seiten aufgelistet, aber nicht genug: In fast

allen anderen Kapiteln (in den Gliederungsebenen zwischen D61.2 bis Z22.9) finden sich noch weitere 101 Diagnosen, die Infekte bezeichnen [7]. Die korrekte Anwendung eines so weit verzweigten Codes ist unter Alltagsbedingungen in der ärztlichen Praxis kaum möglich. In der ICPC, einer Klassifikation nach Organsystemen, finden sich Infekte immer unter den gleichen numerischen Ziffern.

#### Diabetes mellitus

Wohl sind im systematischen Verzeichnis der ICD-10 für den Begriff «Diabetes mellitus» nur die Codegruppen E10–E16 zugeordnet, zusätzlich gliedert sich jede Codegruppe aber in 9 Sub-Positionen, und mit den Inklusionen und Exklusionen wird es bereits beträchtlich komplizierter. Im ICD-10-Diagnosen-Thesaurus (Stand Januar 2001) finden sich für «Diabetes, diabetisch» aber 357 verschiedene Möglichkeiten [8]. In der ICPC gibt es für Diabetes hingegen insgesamt nur 4 Ziffern: T89 (Typ I), T90 (Typ II), W85 (Gestationsdiabetes) und T99 (Diabetes insipidus).

#### Niere

Unter dem Stichwort «Niere», ohne die Begriffe Nephritis/Nephrose, finden sich 468 Nennungen, aber der Begriff «Nierenzyste» findet sich nicht darunter. Der findet sich erst unter dem Begriff: «Zyste – Niere»! Dort müssen Sie dann unterscheiden unter Zyste-Niere (Q61.0), erworben (N28.1), kongenital (Q61.0), solitär (N28.1), Nierenbecken (N13.3), Nierenkelch (N13.3), Nierenmark (Q61.8) oder Nierenpol (N28.1)!

Wer das Gefühl hat, die Programmierer der Software-Firmen hätten all die Probleme besser im Griff und die elektronische Eingabe vereinfache das Ganze, gibt sich einer Täuschung hin.

### Schlussbetrachtungen

Die ausführliche ICD-10-Klassifikation kommt vor allem jenen Anwendern zugute, die nur mit jeweils einem kleinen Teilgebiet konfrontiert sind, also den Vertretern klinischer Spezialfächer und Subdisziplinen der Tertiärversorgung mit ihren definierten klinischen Krankheitsbildern, oder dann bei Epidemiologen oder Statistikern, die mit grossen Datenmengen arbeiten oder sich vorwiegend eben mit Todesursachen auseinandersetzen. Dies sind denn auch wohl jene Kräfte, die gegen eine wesentliche Umstrukturierung der ICD in Richtung der Bedürfnisse der Primärversorgung eingestellt sind.

Kerr L. White, ehemals medizinischer Direktor der Rockefeller Foundation, hat das in einem Schreiben aus dem Jahre 1984 an Halfdan Mahler, General-

direktor der WHO, sehr deutlich zum Ausdruck gebracht:

«Our health statistics systems are now driven largely by vital statistics, primarily focussed on the dead. They are responsive primarily to the interests of super-specialists in the tertiary care university hospitals of developed countries and a highly influential minority of traditional vital statisticians and epidemiologists. The present systems largely ignore the need to generate health statistics for the 99% of the population in a given year who are still living. What is needed is a population-up not a super-speciality down approach to health statistics. Statistics should first and foremost serve the needs of the people, not those of the vital statisticians, important as those may be.» [9]

Und etwas später hält er fest:

---

**«For thirty years it has been well documented that half the problems seen initially at the level of primary care can not be given an ICD label.» [9]**

---

Die nächste Folge berichtet über die frühen Bemühungen von Allgemeinärzten um eine bessere Klassifikation; das heisst für eine Klassifikation derjenigen Probleme, mit denen sie in ihrer täglichen ärztlichen Tätigkeit konfrontiert waren.

#### Literatur

- 1 White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961;265:885–92.
- 2 Fleming DM. The European Study of Referrals from Primary to Secondary Care. Amsterdam: Thesis Publishers; 1993. p. 170–4.
- 3 Meyer RL. Europäische Überweisungsstudie: Wo stehen die Schweizer Allgemeinärzte im Vergleich? *Ars Medici* 1995;85:287–95.
- 4 Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001;344:2021–5.  
(<http://content.nejm.org/cgi/reprint/344/26/2021>)
- 5 DIMDI, Hrsg. ICD-10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Band II: Regelwerk. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg,; 1995. S. 175.
- 6 Ewert G. Historischer Überblick zur Entwicklung der Gesundheitsstatistik bis zur ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts – Teil 1. *Z Ärztl Fortbild* 1992;86:291–6.
- 7 DIMDI, Hrsg. ICD-10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Amtliche deutschsprachige Ausgabe. Band 1 – Systematisches Verzeichnis. Version 1.0, Stand August 1994. Bern: Hans Huber; 1994. S. 1329.
- 8 DIMDI, Hrsg. ICD-10-Diagnosesaurus. Sammlung von Krankheitsbegriffen im deutschen Sprachraum, verschlüsselt nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-SGB V, Version 2.0 (November 2000). Version 4.0 – Stand Januar 2001. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2001. S. 772.
- 9 White KL. Letter to Halfdan Mahler, M.D., Director-General, WHO, 1211 Geneva, 27–Switzerland, November 1, 1984, pp 4.

---

Dr. med. Rudolf L. Meyer  
Bachstrasse 2  
4313 Möhlin  
meyer.moehlin@hin.ch