

**Abschlussbericht zum Projekt
ICD-11-Umstiegsanalyse**

Bundesministerium für Gesundheit 53107 Bonn	Köln, den 08.09.2020 <hr/> Ort, Datum
--	--

1 Titel und Verantwortliche

Titel	ICD-11-Umstiegsanalyse		
Förderkennzeichen	ZMVI5-2513-FSB-732		
Auftragnehmer			
Name	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte		
Straße, Hausnummer	Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3		
PLZ und Ort	53175 Bonn		
Rechtsform	Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit		
Leitung			
Name	Ulrich Vogel		
Einrichtung	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte		
Abteilung	P16: Klassifikationssysteme, Semantikzentrum		
Straße, Hausnummer (Dienstsz Köln)	Dienstsz: Waisenhausgasse 36-38a		
PLZ und Ort	50676 Köln		
Telefon	0228/99307-4910		
Fax	0228/99307-5207		
E-Mail-Adresse	ulrich.vogel@bfarm.de		
Team und Kontaktdaten			
Name	Institut	Telefon; Fax E-Mail	Verantwortlichkeit/ Rolle
Ulrich Vogel	DIMDI/BfArM	Tel. 0228/99307-4910 ulrich.vogel@bfarm.de	Projektleiter
Christoph Cramer	DIMDI	Tel. 0221/4724 471 Fax. 0221/4724 444 christoph.cramer@dimdi.de	Wissenschaftlicher Mitarbeiter vom 01.12.2018 bis zum 31.12.2019

Alina Stapper	DIMDI	Tel. 0221/4724 434 Fax. 0221/4724 444 alina.stapper@dimdi.de	Projektassistentin vom 04.02.2019 bis zum 30.06.2019
Sarah Romahn	DIMDI/BfArM	Tel. 0228/99307-4778 sarah.romahn@bfarm.de	Projektassistentin (50%) vom 01.07.2019 bis zum 30.06.2020
Beginn		01.12.2018	
Ende		30.06.2020	
Fördersumme		190.346,90 EUR	
Berichtszeitraum		01.12.2018 - 30.06.2020	
Datum der Erstellung des Abschlussberichts		08.09.2020	

2 Inhaltsverzeichnis

Inhalt

1 Titel und Verantwortliche	1
2 Inhaltsverzeichnis	2
3 Zusammenfassung	3
4 Einleitung.....	5
5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik	6
5.1 Arbeitspaket 1	6
5.2 Arbeitspaket 2.....	8
6 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	11
7 Ergebnisse	13
7.1 Ergebnisse des Arbeitspaketes 1:	13
7.2 Ergebnisse des Arbeitspaketes 2:	14
7.2.1 Ergebnisse Workshop 1 zum Themenbereich „Mental Health“	14
7.2.2 Ergebnisse Workshop 2 zum Themenbereich „chronischer Schmerz“	15
7.2.3 Ergebnisse Workshop 3 zum Themenbereich „Anwendung der ICD im vertragsärztlichen Bereich“	15
7.2.4 Ergebnisse Workshop 4 zu den Themenbereichen „Neubildungen“ und „Register“	16
8 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung.....	17
9 Gender Mainstreaming Aspekte	21
10 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	21
11 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)	22
12 Anlagenverzeichnis	22

3 Zusammenfassung

Das vorliegende Projekt „ICD-11-Umstiegsanalyse“ beinhaltete zwei Arbeitspakete: erstens die Erstellung einer Überleitungstabelle zwischen der ICD-10-GM 2019 und der ICD-11 und zweitens mögliche Herausforderungen und Chancen, die ein zukünftiger Umstieg von der ICD-10-GM auf die ICD-11 mit sich bringen wird, zu identifizieren und Empfehlungen für die weitere Evaluation und Implementierung zu formulieren.

Das Projektziel des Arbeitspaketes 1 konnte wegen der nicht zeitgerechten Bereitstellung einer Überleitung zwischen der internationalen Ausgabe der ICD-10-2019 und der ICD-11 durch die WHO als Basis für die geplanten Arbeiten im Projekt und weiteren Hemmnissen nicht vollumfänglich erreicht werden. Um die vorhandenen Projektressourcen sinnvoll nutzen zu können und die zukünftige Erstellung einer spezifischen Überleitung zwischen der ICD-10-GM und der ICD-11 durch vorbereitende Arbeiten unterstützen zu können, wurde ein alternativer Ansatz für das Arbeitspaket 1 gewählt. Hierzu wurde eine Datenbank (Access-DB) mit einem formularbasierten User Frontend entwickelt, das ein Mapping von Einträgen des Alphabetischen Verzeichnisses der ICD-10-GM auf Einträge der Foundation der ICD-11, einschließlich der Zuordnung von endständigen Codes der ICD-11 MMS (Mortality and Morbidity Statistics) ermöglicht. Darüber hinaus können auch die Überleitungen der nicht-GM-spezifischen Codes der WHO-Fassung der ICD-10 bei der Erstellung der Überleitung für die GM-Fassung herangezogen und überprüft werden. Mit der Bearbeitung der GM-spezifischen Einträge des Alphabetischen Verzeichnisses zur ICD-10-GM wurde zwar im Projekt begonnen, sie konnten aber aus kapazitativen Gründen im Rahmen der verbleibenden, relativ kurzen Projektlaufzeit (bis zum Ausscheiden des ärztlichen Projektmitarbeiters 12/2019) nicht abgeschlossen werden. Auch ist es erforderlich, die vorgenommenen Kodezuordnungen dieses Mappings einer sorgfältigen Qualitätssicherung zu unterziehen, da es sich hier um eine hochkomplexe, potentiell fehlerträchtige Aufgabe handelt.

Unabhängig von den oben genannten Hemmnissen bei der Durchführung der Arbeiten zum Arbeitspaket 1 konnten dennoch einige wichtige Erkenntnisse im Hinblick auf die Qualität und Eignung der von der WHO bereitgestellten Überleitungstabellen zur ICD-11 gewonnen werden. So zeigt sich einerseits, dass die Spezifität der angebotenen Überleitungen häufig nicht ausreicht, da öfter auf übergeordnete Hierarchieebenen der ICD-11-MMS übergeleitet wird; vor allem in umfangreich inhaltlich und strukturell überarbeiteten oder neuen Bereichen/Kapiteln. Andererseits wurden fehlerhafte Überleitungen identifiziert, sodass eine Qualitätssicherung der von der WHO angebotenen Überleitungen zu allen Codes der ICD-10-GM (also auch der originären WHO-Kodes) notwendig erscheint. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die im Rahmen des Projektes betrachtete Überleitung der WHO lediglich 1:1-Beziehungen zwischen Codes der ICD-10 und ICD-11 darstellt, die jedoch bei genauerer Betrachtung keine ausreichende Analyse von Änderungen der Zuordnungen von Diagnosen (und damit Behandlungsfällen) zu Fallgruppen in den Anwendungsbereichen der ICD-10-GM zulässt. Dieser Vorbehalt wurde auch explizit von Teilnehmenden der im Arbeitspaket 2 durchgeführten Workshops formuliert. Insgesamt ist es erforderlich, die Erstellung einer Überleitung von der ICD-10-GM zur ICD-11 spezifischer zu konzeptionieren, was die langfristige Verfügbarkeit von mit dem Thema „Überleitung“ vertrauter klassifikatorischer und medizinisch-wissenschaftlicher Expertise erforderlich macht.

Im Rahmen der im Arbeitspaket 2 durchgeführten Workshops unter Beteiligung von Expertinnen und Experten der medizinischen Fachgesellschaften und Organisationen und Institutionen der Selbstverwaltung wurden wichtige Aspekte für die Gestaltung des weiteren Evaluationsprozesses und der Einführung der ICD-11 in Deutschland beraten und entsprechende Empfehlungen ausgesprochen.

Dabei wird die ICD-11 insgesamt als ein wichtiger Schritt der inhaltlichen, strukturellen und informationstechnologischen Weiterentwicklung der ICD angesehen. Gleichzeitig ist die Finalisierung der ab 2022 zum Einsatz kommenden Version noch nicht gänzlich abgeschlossen. Im Rahmen der in Deutschland und den weiteren Mitgliedsstaaten der WHO aufgenommenen Evaluationsprozesse und vorbereitenden Arbeiten zur Einführung der ICD-11 zeigt sich, dass zumindest Teilbereiche einem weitergehenden fachlichen und strukturellen Review zu unterziehen sind. Grundsätzlich stellt dies einen zu erwartenden Umstand dar. Bei

der Weiterentwicklung von Klassifikations- und Ordnungssystemen werden typischerweise erst bei genauerer Betrachtung von Inhalt und Struktur im Rahmen von Übersetzungsarbeiten sowie der Erstellung spezifischer Überleitungen zwischen verschiedenen Versionen (hier Revisionen), vorhandene Inkonsistenzen, mögliche Fehler, aber auch eine nicht hinreichende oder fehlende Unterstützung anwendungsfallbezogener Anforderungen, offenkundig. Umfangreicher struktureller oder inhaltlicher Änderungsbedarf stellt sich bis dato jedoch nicht dar. Üblicherweise werden Änderungsanforderungen (wie schon bei den bisherigen Revisionen der ICD) in einem kontinuierlichen Pflege-Prozess aufgegriffen und führen dann zu ggf. notwendigen Modifikationen im Rahmen geplanter regelmäßiger Updates. Auch für die ICD-11 wurde ein solcher Updateprozess implementiert und ist der interessierten Öffentlichkeit zugänglich. Im Hinblick auf die Identifikation und das Einbringen von Änderungsvorschlägen in den internationalen Update-Prozess zur ICD-11 ist die Beteiligung der fachlichen Expertise der medizinischen Fachgesellschaften essentiell. Von den an der Durchführung der Workshops des Arbeitspaketes 2 beteiligten medizinischen Expertinnen und Experten wird dies auch grundsätzlich unterstützt. Gleichzeitig wird jedoch auf die sehr eingeschränkte Ressourcenlage und Mehrfachbelastung der Medizinerinnen und Mediziner in Klinik und Forschung hingewiesen. Bereits während des mehrjährigen Revisionsprozesses zur ICD-11 musste festgestellt werden, dass die medizinisch-wissenschaftliche Expertise ressourcenbedingt nicht immer im ausreichenden Maße eingebracht werden konnte und damit kein durchgängiger Review der medizinischen Entitäten der Foundation der ICD-11 in den gegebenen Strukturen erfolgte. Für den weiteren Evaluations- und Implementierungsprozess sollte diesem Aspekt hinreichend Rechnung getragen werden. Darüber hinaus wird einer gemeinsamen, abgestimmten Vorgehensweise von medizinisch-wissenschaftlichen und klassifikatorischen Expertinnen und Experten im Kontext inhaltlicher und struktureller Fragestellungen und ggf. in das WHO-Vorschlagsverfahren einzubringenden notwendigen Änderungsvorschlägen eine besondere Bedeutung beigemessen. Dies betrifft auch die notwendige Übersetzung der ICD-11 sowie die Erstellung einer spezifischen, qualifizierten Überleitung zwischen ICD-10-GM und ICD-11. Für die beim BfArM laufenden Übersetzungsarbeiten zur ICD-11 wurde bereits, in Abstimmung mit AWMF und zuständigen medizinischen Fachgesellschaften, ein Prozess zur Qualitätssicherung initiiert.

Der inhaltlich-strukturelle und informationstechnologisch modulare Aufbau der ICD-11 wird, hinsichtlich zukünftiger Möglichkeiten der flexiblen Weiterentwicklung und Verknüpfung mit anderen Ordnungssystemen sowie der Integration in nationale und internationale Informations- und Kommunikationslösungen im Gesundheitswesen, grundsätzlich als zukunftsweisend beurteilt. Zum aktuellen Zeitpunkt wird eine Bewertung von diesbezüglich, konkreten „Chancen“, bzw. von Synergien mit Aktivitäten z.B. im Kontext der Medizininformatikinitiative oder internationalen Projekte z.B. auf EU-Ebene, als noch nicht hinreichend möglich angesehen. Auch ggf. verbesserte Möglichkeiten der anwendungsbereichbezogenen Unterstützung einer spezifischeren Kodierung von Diagnosemerkmalen (z.B. mit Bezug zum Schweregrad von Krankheiten) lassen sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht hinreichend belastbar beurteilen, wenngleich sie als wahrscheinlich angesehen werden.

Allgemein wurde festgestellt, dass der „neue Inhalt in neuer Struktur“ der ICD-11 eine große Herausforderung für einen Umstieg von der ICD-10-GM auf die ICD-11-MMS darstellt. Neu eingeführte Strukturelemente (z.B. „Extension Codes“) und Kodierschemata wie das „Cluster Coding“ sowie ein modifiziertes Regelwerk bedingen eine genaue Prüfung möglicher Effekte auf die Kodierung selbst (z.B. i.H. auf die Anwenderfreundlichkeit), die Zusammensetzung von Fallgruppen (bei Gruppierungsalgorithmen der Anwendungsbereiche) und statistischen Analysen zu Morbidität und Mortalität (z.B. für die epidemiologische Forschung, für Register und die Gesundheitsberichterstattung). Der Verfügbarkeit von „intelligenten“ Softwarelösungen für die Kodierung mittels ICD-11 kommt insofern eine zentrale Bedeutung zu, insbesondere in Bezug auf die Nutzerakzeptanz. Idealerweise sollten Systeme entwickelt werden, die eine weitgehend automatisierte, auf der medizinischen Dokumentation in elektronischen Patientenakten beruhende, Umsetzung von Diagnosen und relevanten medizinischen Informationen in ICD-11 Codes vornehmen, die dann geprüft und freigegeben werden können. Es sollte darauf hingewirkt werden, dass Ärztinnen und Ärzte zukünftig so weitgehend wie möglich von Aufgaben im Zusammenhang mit der ICD-Kodierung entlastet werden.

Eine weitergehende Beurteilung möglicher Effekte und ggf. notwendiger Anpassungen der im Einsatz befindlichen Systeme der jeweiligen Anwendungsbereiche ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht im Detail möglich. Hierfür wird von den an den Workshops beteiligten Organisationen und Institutionen die Verfügbarkeit einer deutschen Übersetzung der ICD-11 sowie einer spezifischen, qualifizierten Überleitung zwischen ICD-10-GM und ICD-11 als zwingend notwendig erachtet.

Alle beteiligten Organisationen und Institutionen an diesem Projekt (hier des Arbeitspaketes 2) haben die Wichtigkeit und den informativen Nutzen der durchgeführten Beratungen auf dem Weg zu einer weiteren Evaluation und zukünftigen Einführung der ICD-11 in Deutschland hervorgehoben. Die gewonnenen, ersten Erkenntnisse dieses Projektes liefern wichtige Anhaltspunkte zu deren notwendigen, weiteren Ausgestaltung. Diese sollte auch weiterhin in enger Abstimmung mit den relevanten Akteuren im Gesundheitswesen in Deutschland erfolgen und im nächsten Schritt auch Bereiche einbeziehen, die innerhalb dieses Projektes nicht (ausreichend) vertreten waren.

4 Einleitung

Das Projekt ICD-11-Umstiegsanalyse ist durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) initiiert und gestartet worden. Im Projektverlauf wurden das DIMDI und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) fusioniert, sodass die laufenden Arbeiten ab dem 26.05.2020 gänzlich vom BfArM übernommen wurden. Die Herausgabe der ICD ist eine gesetzliche Aufgabe des BfArM (vormals DIMDI). Aktuell wird die ICD-10 in der German Modification (ICD-10-GM) als amtlich geltende Fassung entsprechend der §§ 295 und 301 des SGB V publiziert und findet damit vorwiegend im Bereich der Morbiditätskodierung Anwendung. Als weitere amtliche Fassung gibt das BfArM die ICD-10- WHO in einer deutschen Übersetzung heraus, die vor allem der Kodierung von Todesursachen dient.

Die ICD-11 wurde im Mai 2019 von der World Health Assembly (WHA) verabschiedet. Die neue Klassifikation soll ab 01. Januar 2022 in Kraft treten. Sie wird damit Grundlage der internationalen Berichterstattung von Todesursachen an die WHO. Nach einer flexiblen Übergangszeit von 5 Jahren sollen Todesursachen ausschließlich mit der ICD-11 kodiert werden. Als Kooperationszentrum für die medizinischen Klassifikationen im WHO Family of International Classification (WHO-FIC) Network hat sich das ehemalige DIMDI, so wie auch jetzt das BfArM, wesentlich an der Entwicklung der ICD-11 beteiligt. Die ICD-11 unterscheidet sich sowohl inhaltlich als auch strukturell erheblich von den in Deutschland etablierten Fassungen ICD-10-GM und ICD-10-WHO.

Der Umstieg von der ICD-10-GM auf die ICD-11 bedarf daher einer gründlichen Vorbereitung unter Beteiligung der Verantwortlichen der jeweiligen Anwendungsbereiche. Zu diesem Zweck wurde das Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG), das das Bundesministerium für Gesundheit bei der Erarbeitung, Pflege und Weiterentwicklung von amtlichen Klassifikationen im Gesundheitsbereich berät, von Beginn an in den Revisionsprozess zur ICD-11 einbezogen. Um eine entsprechende kontinuierliche Diskussionsplattform für die Evaluation und Implementierung der ICD-11 in Deutschland bereitzustellen, hat das KKG eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die AG ICD-11. Bei der Konzeption des vorliegenden Projektes wurden Anregungen des KKG und der AG ICD-11 berücksichtigt, respektive vertretene Organisationen in die Durchführung einbezogen (s.u.).

Ziel des Projektes ist es, den Umstieg von der deutschen Version der ICD-10 und hier insbesondere der ICD-10-GM auf die ICD-11 näher zu beurteilen, sodass der weitere Evaluations- und Umstiegsprozess zielgerichtet gestaltet werden kann. Hierbei sollten sowohl kritische Analysen möglicher Auswirkungen herangezogen, als auch Chancen und mögliches Verbesserungspotenzial der Anwendung identifiziert werden.

5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

5.1 Arbeitspaket 1:

Grundlage der Erstellung einer Überleitung von der ICD-10-GM zur ICD-11 (bidirektional) sollte die Überleitungstabelle zwischen der ICD-10-WHO 2019 und der ICD-11 sein. Diese wurde, anders als ursprünglich angenommen, erst Ende Q1/2020 von der WHO veröffentlicht. Damit stand für das Projekt lediglich die Überleitung von der ICD-10 2016 der WHO auf die ICD-11 als Basis zur Verfügung. Der Zeitraum der Nichtverfügbarkeit dieser Mappingtabelle wurde genutzt, um eine Datenbank aufzubauen, die die Einträge aus dem Alphabetischen Verzeichnis zur ICD-10-GM 2019 mit ihrer Alpha-ID (als Unique Identifier) auf Einträge der Foundation der ICD-11 mit ihrem URI (Unique Reference Identifier) und/oder der TermID (Term Identifier) überleitet. Primär wird der GM-spezifische Teil der ICD-10-GM 2019, als derjenige Teil, der sich von der ICD-10-WHO unterscheidet, bearbeitet.

Alpha ID	Text-ICD-10-GM	ICD-10-Kode	Stern-Kode	Ausrufe-Kode	Zusatz-Kode	Orpha-Kode	Historischer
197781	Rekonvaleszenz			254.91			
197779	Verzögerte Rekonvaleszenz			254.91			
197780	Rekonvaleszenz nach Behandlung			254.91			
197778	Rekonvaleszenz nach Frakturbehandlung			254.41			
197777	Rekonvaleszenz nach Psychotherapie			254.21			
197776	Rekonvaleszenz nach Chemotherapie			254.21			
197775	Rekonvaleszenz nach Frakturbehandlung			254.41			

Alpha ID: 197781 | Text-ICD-10-GM: Rekonvaleszenz | Stern-Kode: | Zusatz-Kode: |
ICD-10-Kode: | Ausrufe-Kode: 254.91 | Orpha-Kode: |
Historischer Begriff, kann entfallen:
MMS-Code: | Text-STEMCode: Convalescence | Text des best passenden Begriffs in Foundation: |
UID-STEMCode: http://id.who.int/icd/entity/1144080239 | TermID des best passenden Begriffs in Foundation: http://who.int/icd#TitleTerm_47017
UID des Konzeptes zum best passenden Begriffs in Foundation: |
Matchtype nur StemCode: |
Postcoordination Code 1: | Postcoordination Code 2: | Postcoordination Code 3: |
Text Post-Coordination-Code1: | Text Post-Coordination-Code2: | Text Post-Coordination-Code3: |
UID-ICD-11 Code1: | UID-ICD-11 Code2: | UID-ICD-11 Code3: |
TermID zum exakten Begriffsmatch Code1: | TermID zum exakten Begriffsmatch Code2: | TermID zum exakten Begriffsmatch Code3: |
komplettes Cluster: | Matchtype des kompletten Clusters: | Bearbeitungs-kommentar: |
eigene Postcoordination:

Abb. 1: Version 1 der Überleitungsdatenbank

Im Projektverlauf wurde die Datenbank stark modifiziert indem neue Funktionalitäten eingeführt und aktualisierte Daten der Foundation der ICD-11, entsprechend des fortlaufenden Updates der Foundation durch die WHO, eingespielt wurden. Die neue Funktionalität ermöglicht, die Einträge der ICD-10-GM 2019 mit denen der ICD-10-WHO 2016 abzugleichen und die Überleitung der WHO zwischen ICD-10-WHO 2016 auf die ICD-11 für die Erstellung der „Term-basierten“ Überleitung zwischen ICD-10-GM 2019 und ICD-11 heranzuziehen (s.u. Abb. 2).

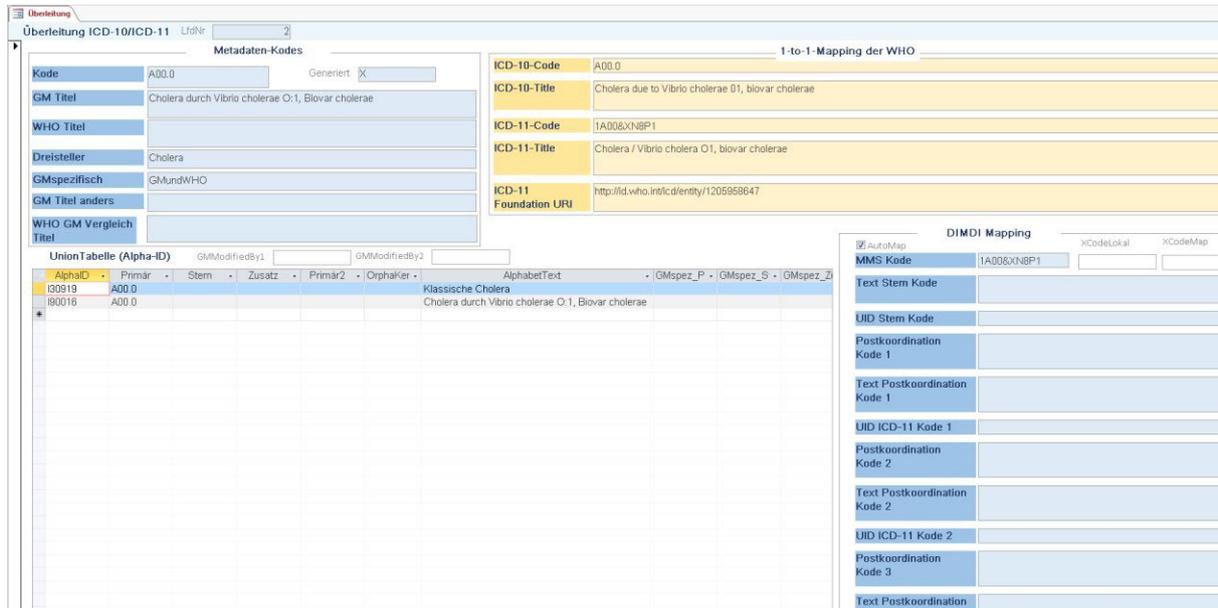


Abb. 2: Version 2 der Überleitungsdatenbank

Eine formularbasierte Übersicht zeigt die Unterschiede der beiden Varianten in Bezug auf die GM-Spezifität des jeweiligen Eintrages, welche jeweils durch Markierungen (nur in der GM, nur in der WHO oder in der GM und WHO-Version vorkommend) gekennzeichnet sind. Mögliche Differenzen in den Klassentiteln werden ebenfalls dargestellt, wodurch die Bearbeitenden jeweils entscheiden können, ob diese für das Mapping relevant sind oder vernachlässigt werden können, da beispielsweise nur redaktioneller Art. Die Datenbank ermöglicht außerdem eine automatisiert vererbte Überleitung bestimmter Informationsachsen.

GM- SPEZIFITÄT DER KODES IN DER DATENBANK

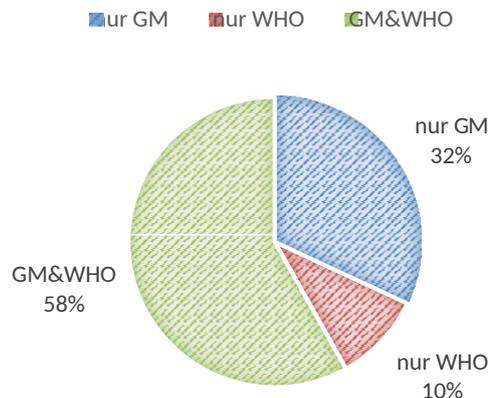


Abb. 3: GM-Spezifität der Kodes in der Datenbank

Die Datenbank umfasst insgesamt 17.912 Kodes. Diese teilen sich in drei Kategorien auf. 58%, etwa 10400 Kodes, kommen sowohl in der GM als auch in der WHO-Version vor. Ausschließlich in der WHO vorkommend sind 1.781 Kodes (10%) und 32%, 5.725 Kodes, finden sich nur innerhalb der ICD-10-GM wieder (siehe Abb.3).

AUTOMAPPING DER "NUR-GM"-KODES

- Automapping nicht möglich, da die Überleitung nicht durch eine hierarchisch übergeordnete Ebene abgeleitet werden konnte
- Automapping nicht möglich, da in den Überleitungstabellen der WHO keine MMS-Kodes, sondern nur Foundation URIs hinterlegt sind
- Automapping möglich - Kodes konnten durch hierarchische Vererbung vorbelegt werden

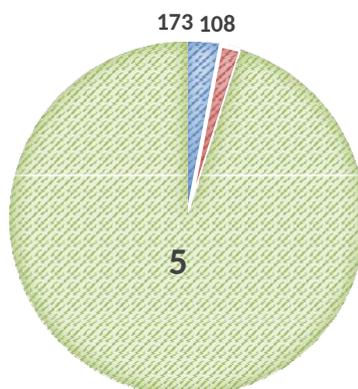


Abb. 4: Automapping der „nur GM“-Kodes

Durch die neu etablierte Funktionalität der automatisierten Überleitung (in der Access-DB Version 2 als „AutoMap“ gekennzeichnet – siehe Abb.2) werden für 5.444 von den 5.725 Kodes, die ausschließlich in der ICD-10-GM enthalten sind, mittels hierarchischer Vererbung automatisch mögliche Überleitungen bzw. MMS-Kodes vorbelegt. Diese Vorschläge müssen geprüft und ggf. modifiziert oder durch postkoordinierte Informationen ergänzt werden.

Dieses soll in folgendem Beispiel erläutert werden: Für den ICD-10-Kode A04.70 „Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen“ schlägt die Datenbank automatisiert ein Mapping auf A04.7 "Enterocolitis due to Clostridium difficile" vor. Zwar gehen durch diese vorbelegte Vererbung differenzierte Angaben (hier „ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen“) verloren, dem Bearbeitenden wird aber eine Orientierung geboten und die fehlenden Spezifika können mithilfe der Postkoordination ergänzt werden. 173 Kodes von 5725 können nicht automatisiert übergeleitet werden, da keine hierarchisch übergeordnete Ebene abgeleitet werden konnte und für 108 Kodes werden keine MMS- Kodes, sondern nur Foundation URIs angegeben (siehe Abb. 3). Für diese 281 Kodes müssen die passenden Überleitungen „händisch“ identifiziert und ergänzt werden.

Bezogen auf Extension Codes konnte ebenfalls eine standardisierte und zeitsparende Funktionalität in die Datenbank integriert werden, die beispielsweise das automatische Kopieren von Kodes anatomisch identischer Lokalisationsangaben, wie sie an vielen Stellen in der ICD-10- GM vorkommen, z.B. im Kapitel 13 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, ermöglicht.

5.2 Arbeitspaket 2:

In Abstimmung mit der AG-ICD-11 des KKG konnten vier besonders relevante Anwendungsgebiete für die Umstiegsanalyse ausgewählt werden. Im Anschluss wurden die entsprechenden Expertinnen und Experten der jeweiligen Bereiche angesprochen und konnten für die Beteiligung am Workshop gewonnen werden. Die Durchführung der Workshops war ursprünglich für das 3. Quartal 2019 vorgesehen. Aufgrund von fehlenden Vakanzen auf Seiten der externen Teilnehmenden und durch die für lange Zeit ausstehende Überleitungstabelle der WHO, welche eine wichtige Grundlage für die Analyseworkshops bilden sollte, verzögerte sich deren Durchführung deutlich. Wie bereits in dem letzten Zwischenbericht angekündigt, konnten die

vorgesehenen Meilensteine nicht innerhalb des ursprünglich angesetzten Zeitplans erreicht werden. Die Durchführung der Workshops wurde schließlich durch die beantragte und genehmigte Projektverlängerung ermöglicht.

Für jeden Anwendungsbereich wurden federführende Organisationen/Institutionen bestimmt mit denen die fachlich-inhaltliche Organisation der Workshops in enger Abstimmung durchgeführt wurde. Nach der erfolgreichen Terminfindung wurden sowohl die Referierenden als auch die Mitglieder der AG-ICD-11 sowie relevante Referate des BMG zu den Workshops eingeladen. Alle Workshops verfolgten die Zielsetzung über mögliche therapeutische, gesundheitsökonomische und versorgungsbezogene Herausforderungen und daraus resultierende Anforderungen und Chancen, die der Umstieg von der ICD-10-GM auf die ICD-11 bedeutet, zu identifizieren, zu analysieren und zu diskutieren. Mit einem gemeinsamen Fazit sowie ersten Anhaltspunkten für eine mögliche weitere Evaluation und Modellierung des Umstiegs endeten die Workshops. Zu den Sitzungen wurde jeweils ein Ergebnisprotokoll angefertigt, das sowohl die wichtigsten Inhalte der Beiträge der Expertinnen und Experten skizziert als auch Überlegungen hinsichtlich der Chancen und Herausforderungen des Umstiegs wiedergibt. Die Dokumente sind entsprechend mit den Teilnehmenden abgestimmt worden und dem Projektabschlussbericht als Anlagen angehängt.

Der **erste Workshop** wurde am 17. und 18. Dezember 2019 mit dem thematischen Schwerpunkt „Mental Health“ durchgeführt.

Die fachliche Organisation des Workshops erfolgte in enger Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN: Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz, Prof. Dr. Wolfgang Gaebel).

Bei dem Workshop wurden folgende Inhalte aus fachlicher Sicht präsentiert/thematisiert (s.a. Tagesordnung im Anhang):

Tag 1:

- Das Kapitel Mental, Behavioural or Neurodevelopmental Disorders in ICD-11 (Entwicklung, allgemeine Änderungen von ICD-10 zu ICD-11, Schritte zu einer individualisierten (dimensionalen) Diagnostik)
- Der Umstieg auf ICD-11 aus Sicht der DGPPN (Mögliche Auswirkungen auf die Versorgung in Deutschland, Herausforderungen und Chancen für die Behandelnden)
- Epidemiologische Methoden der Übergangsanalyse (Vorstellung von epidemiologischen Forschungsmethoden zur Adressierung anstehender Forschungsfragen zum Übergang von ICD-10 auf ICD-11)
- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10 F40-F48) (u. a. veränderte Kriterien für PTSD, Complex PTSD und mögliche Chancen und Herausforderungen)

Tag 2:

- Affektive Störungen (ICD-10 F30-F39) (u. a. Einführung der Bipolar Type II Disorder und resultierende Chancen und Herausforderungen)
- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (ICD-10 F20-F29) (u.a. Symptom- und Verlaufsqualifier, „individualisierte“ Klassifikation, Änderungen von diagnostischen Kriterien und resultierende Chancen und Herausforderungen)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F10-F19) (u. a. Addictive Behaviors in ICD-11 (z.B. Gaming Disorder))
- Übersicht des Forschungsstandes zum Übergang von ICD-10 auf ICD-11 (Feldstudien zum Übergang von ICD-10 auf ICD-11, „Clinical Utility“ der ICD-11, Auswirkungen auf Prävalenzen)

Der **zweite Workshop** konnte am 09. und 10. März 2020 durchgeführt werden. Inhaltlicher Schwerpunkt des zweiten Workshops war das Thema „Chronischer Schmerz“, das einen übergreifenden Charakter aufweist, sowohl hinsichtlich der Fachgebiete als auch der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen.

Die fachliche Organisation des Workshops erfolgte in enger Abstimmung mit der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. (DSG: Prof. Dr. Esther Pogatzki-Zahn, Prof. Dr. Rolf-Detlef Treede)

Bei dem Workshop wurden folgende Inhalte aus fachlicher Sicht präsentiert/thematisiert (s.a. Tagesordnung im Anhang):

Tag 1:

- Das Kapitel 21 in ICD-11
(Eingruppierung von Schmerzdiagnosen ins Kapitel 21, Entwicklung der Klassifikation, Ergebnisse der Feldstudien)
- Der Umstieg auf ICD-11 aus Sicht der Schmerzgesellschaft
(Übersichtsvorträge)
- Neu: Chronische sekundäre Schmerzsyndrome (MG30.1-6), Chronische primäre Schmerzsyndrome (MG30.0)
(Welche Fälle fallen darunter? Wie waren diese in ICD-10 abgebildet? Wie waren sie bisher versorgt? Wie sollen sie in Zukunft versorgt werden?)
- Die Einführung der Schmerz-Kodes des ICD-11 aus Sicht der Akteure des Gesundheitswesens
(„Clinical Utility“ der ICD-11, Auswirkungen auf Prävalenzen, Chancen und Risiken)

Tag 2:

- Wie werden die aktuellen Schmerz-Kodes des ICD-10 in Zukunft kodiert (F45.4, F45.41, R52.1, andere?)
- Kinder als Querschnittsthema
- Epidemiologische Methoden der Übergangsanalyse
(Vorstellung von epidemiologischen Forschungsmethoden zur Adressierung anstehender Forschungsfragen zum Übergang von ICD-10 auf ICD-11)

Aufgrund der Kontaktbeschränkungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie wurden sowohl der dritte als auch der vierte Workshop webbasiert durchgeführt. Das allgemein erhöhte Arbeitsaufkommen auf Seiten der Teilnehmenden (sowohl aus den medizinischen Fachbereichen als auch der Selbstverwaltung) im Rahmen der Corona-Pandemie hat außerdem dazu geführt, dass die Workshops jeweils nur eintägig stattfanden.

Der **dritte** (webbasierte) **Workshop** wurde am 30.04.2020 für die Anwendung der ICD im vertragsärztlichen Bereich angesetzt.

Die fachliche Organisation des Workshops erfolgte in enger Abstimmung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV: Frau Raskop)

Bei dem Workshop wurden folgende Inhalte aus fachlicher und Systemsicht präsentiert/thematisiert (s.a. Tagesordnung im Anhang):

- Mapping häufiger Abrechnungsdiagnosen aus verschiedenen Fachgruppen
- Diagnosen des Hausarzt-Thesaurus des ZI
- Diagnosen in Bereitschaftspraxen
- Auswirkungen auf Richtlinien am Beispiel Heilmittelkatalog
- Ausgewählte Krankheitsbilder
- Ermittlung diagnosebezogener Veränderungsdaten beim Umstieg von der ICD-10 zu ICD-11 (InBA)
- Auswirkungen auf das Klassifikationssystem nach § 87a

Der **vierte** (webbasierte) **Workshop** fand am 29.06.2020 statt und adressierte den Bereich der „Neubildungen und Register“.

Die fachliche Organisation des Workshops erfolgte in enger Abstimmung mit den folgenden Institutionen/Organisationen:

- Zentrum für Krebsregisterdaten am Robert Koch Institut (RKI: Dr. Kraywinkel)
- Koordinierungsstelle der §65c-Plattform (Dr. Hentschel)
- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V. und (ADT/GEKID Dr. Kleihues-van Tol)
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO: Prof. Krause)
- Arbeitsgemeinschaft der Medizinischen Wissenschaftlichen Fachgesellschaften e.V. (AWMF: Prof. Stausberg)

Bei dem Workshop wurden folgende Inhalte aus fachlicher und Systemsicht präsentiert/thematisiert (s.a. Tagesordnung im Anhang):

Themenbereich Neubildungen:

- ICD 11 - Ein erster Ein- und Überblick hinsichtlich Struktur und Abbildung in der Onkologie
- Auswirkungen durch die Umstellung auf die ICD 11 auf den bundesweiten Onkologischen Basisdatensatz (ADT/GEKID) und die Tumordokumentation
- Neoplasien im ICD-11: Probleme und Chancen
- Auswirkungen der Umstellung auf ICD-11 auf die Gesundheitsberichterstattung zu Krebserkrankungen
- Neubildungsklassifizierung in Deutschland aus der Sicht der klinischen Krebsregister

Themenbereich Register:

- Thematische Einführung durch Prof. Stausberg
- Nutzung von Routinedaten für Register: RECUR – Nationwide Registry for Recurrent Urolithiasis of the Upper Urinary Tract
- Verbindung von Registern und Versorgung über den Kerndatensatz der MII
- Synchronisation von gesetzlich vorgegebenen und forschungsinitierten Registern: HerediCaRe – Hereditary (Breast and Ovarian) Cancer Registry
- Diagnosespezifische Merkmale in 15 Konzepten der Fördermaßnahme zum Aufbau modellhafter Register für die Versorgungsforschung

Alle Workshops haben grundsätzlich die Zielsetzung verfolgt mögliche Herausforderungen und Chancen, die ein zukünftiger Umstieg von der ICD-10-GM auf die ICD-11 mit sich bringen wird, zu identifizieren und Empfehlungen für die weitere Evaluation und Implementierung zu formulieren. Alle relevanten Workshop-Ergebnisse und Anhaltspunkte für eine mögliche Modellierung des Umstiegs wurden in Form von Protokollen festgehalten. Weitere Informationen, einschließlich der Vorträge der Expertinnen und Experten finden sich in den Anlagen im Anhang zu diesem Projektbericht.

6 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Das Projekt ICD-11-Umstiegsanalyse war initial für einen Zeitraum von 13 Monaten angesetzt. Wie zum Zeitpunkt des letzten Berichtes bereits angenommen, konnte der originäre Arbeits- und Zeitplan nicht eingehalten werden. Ursächlich waren Verzögerungen im Rahmen der Personalgewinnung sowie eine, durch die hohe Komplexität der Erstellung einer klassifikatorischen Überleitung bedingte, aufwendige/verlängerte Einarbeitungsphase, wie bereits im Rahmen des Antrages auf kostenneutrale Projektverlängerung näher ausgeführt.

Ganz wesentliches Hemmnis für die Durchführung der Arbeiten zum Arbeitspaket 1 war der Umstand, dass es der WHO aus kapazitiven Gründen nicht möglich war, die Überleitungstabelle zwischen der ICD-10-WHO 2019 und der ICD-11 in 2019 bereitzustellen, womit die eigentliche Grundlage für die geplanten Arbeiten im Rahmen des Arbeitspaketes 1 fehlte.

Die zu Projektstart eingestellte Projektassistentin hat das DIMDI zum 30.06.2019 verlassen. Zum 01.07.2019 konnte die Projektassistenz zu 50% nachbesetzt werden. Der ärztliche Projektmitarbeiter schied entsprechend der Projektanstellung zum 31.12.2019 aus dem Projekt aus.

Die Erarbeitung einer Überleitungstabelle verzögerte sich zunächst aufgrund der oben aufgeführten Hemmnisse und konnte durch das Ausscheiden des ärztlichen Projektmitarbeiters zum 31.12.2019 nicht fortgeführt und damit auch nicht zur Beurteilung durch die Anwendenden veröffentlicht werden. Allerdings konnte eine komplexe Überleitungsdatenbank erarbeitet werden, die zukünftig für die Erstellung einer spezifischen Überleitungstabelle zwischen der ICD-10-GM und der ICD-11 genutzt und vervollständigt werden sollte.

Den Verantwortlichen der Workshops wurden die teilweise überarbeiteten Überleitungen der WHO für die zu analysierenden Anwendungsbereiche zur Verfügung gestellt, bzw. mit diesen gemeinsam erarbeitet (z.B. für den Workshop 3 zum „ambulanten Bereich“).

Mit Unterstützung durch das BfArM konnte die WHO die eigentlich für Anfang 2019 avisierte Überleitungstabelle zwischen der internationalen (englischen) Ausgabe der ICD-10 2019 und der ICD-11 im Mai 2020 veröffentlichen und für die Nutzenden international bereitstellen.

Die kostenneutrale Projektverlängerung bis zum 30.06.2020 ermöglichte die Durchführung der geplanten vier Umstiegsanalyse-Workshops zur Erfüllung des Arbeitspaketes 2 „Analyse von Anwendungsgebieten der ICD-10-GM 2019“. In Abstimmung mit Vertretenden der in der AG ICD-11 vertretenen Organisationen/Institutionen der Selbstverwaltung (respektive Anwendungsgebieten) konnten Termine festgelegt und die entsprechende fachliche Expertise einbezogen werden.

Die ersten beiden Workshops wurden als Präsenzveranstaltungen abgehalten und teilten sich jeweils auf zwei Tage auf. Sie fanden in den Räumlichkeiten des ehemaligen DIMDI (nun Dienstsitz Köln des BfArM) statt. Die Workshops 3 und 4 wurden aufgrund von Kontakt- und Reisebeschränkungen im Zuge der Corona-Pandemie virtuell durchgeführt. Wegen limitierter zeitlicher Verfügbarkeiten der Teilnehmenden während der Hochphase des Lockdown wurden die Workshops 3 und 4 auf einen Tag begrenzt. Durch die webbasierten Workshops und das damit einhergehende Wegfallen von Reisekosten und Bewirtung wurden die hierfür kalkulierten Kosten im Projekt bei Weitem nicht ausgeschöpft. Die nicht verwendeten Mittel werden an das BMG zurückgegeben.

Der erste Workshop mit dem Schwerpunkt „Mental Health“ wurde in Zusammenarbeit mit der DGPPN organisiert. Er fand am 17. und 18. Dezember 2019 mit circa 20 Teilnehmenden statt. Der zweite Workshop zu ausgewählten diagnostischen Kategorien des Kapitels 21: Chronischer Schmerz wurde am 09. und 10. März 2020 durchgeführt. Dazu haben sich etwa 15 externe Teilnehmende eingefunden. Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. war in den Planungsprozess des Workshops eingebunden und hat die Kontakte zu den Referierenden hergestellt. Am 30.04.2020 konnte der erste Workshop in virtueller Form mit 25 externen Teilnehmenden stattfinden. Dieser wurde in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geplant und adressierte den vertragsärztlichen Bereich. Der letzte Workshop mit dem Schwerpunkt „Neubildungen und forschungsinitiierte Register“ wurde am 29.06.2020 ebenfalls webbasiert durchgeführt. Die Organisation erfolgte in Abstimmung mit dem RKI, der Koordinierungsstelle der §65c-Plattform, der ADT (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V.), der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) sowie der AWMF. Die Teilnehmerzahl lag bei 30 Personen.

7 Ergebnisse

Die Ziele der beiden Arbeitspakete „Arbeitspaket 1: Erstellung einer Überleitung von ICD-10-GM 2019 zur ICD-11 (bidirektional)“ und „Arbeitspaket 2: Analyse von Anwendungsgebieten der ICD-10-GM 2019“ konnten in dem ursprünglich angesetzten Zeitrahmen (01.12.2018 bis 31.12.2019) nicht vollständig erreicht werden.

Um zumindest das Arbeitspaket 2 trotz der beschriebenen Umstände bestmöglich erfüllen zu können, wurde eine kostenneutrale Projektverlängerung erbeten und genehmigt. Das Projekt endete damit am 30.06.2020.

7.1 Ergebnisse des Arbeitspaketes 1:

Die Überleitungstabelle des ersten Arbeitspaketes konnte bis zum Ausscheiden des ärztlichen Projektmitarbeiters Ende 2019 nicht vollständig erstellt werden. Das bis dahin erarbeitete „Term-basierte“ Mapping, das sich hauptsächlich auf die GM-spezifischen Schlüsselnummern bezieht und mit der ersten Datenbank-Version auf die ICD-10-2016 WHO erfolgte, weist einen erheblichen Überarbeitungsbedarf auf. Auch bei der WHO wurde die ursprünglich bereitgestellte Überleitung auf die ICD-10-2016 weiter überarbeitet und ausgebaut, so dass neben der Umstellung auf die ICD-10-2019 auch die inhaltlichen Änderungen und Korrekturen nachgepflegt werden müssen.

Eine qualitative Überarbeitung der erstellten Überleitung war aus kapazitiven Gründen innerhalb des weiteren Projektverlaufs nicht möglich. Zudem lag keine, auf die ICD-10-WHO 2019 aktualisierte Überleitungstabelle seitens der WHO vor. Somit konnte auch die im Projektantrag beschriebene Veröffentlichung nicht erfolgen.

Die umfangreich überarbeitete Überleitungsdatenbank und die Methodik der Eintragerstellung und Bearbeitung wird jedoch perspektivisch hilfreich für die Erstellung der notwendigen Überleitungstabelle zwischen ICD-10-GM und ICD-11 sein. Durch die Vorarbeiten aus dem

o.g. Alpha-ID-Mapping (s. 5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik) werden alle Alpha-ID-Einträge zu einem spezifischen ICD-10-Kode angezeigt, sodass die entsprechenden Überleitungen gegen die zugeordneten Begriffe geprüft und ggfs. übernommen werden können. Gleichzeitig werden Inkonsistenzen bzw. notwendige zusätzliche Überleitungen augenfällig, wodurch die Qualität und Spezifität der Überleitung verbessert werden kann.

Aufgrund der überarbeiteten Datenstruktur, der implementierten Automatisierungen und erweiterten Funktionalität im Benutzer-Frontend der Überleitungsdatenbank sollte die Möglichkeit für ein standardisierteres und auch zeitsparenderes weiteres Vorgehen gegeben sein.

Im Rahmen der o.g. Arbeiten zur Erstellung einer Überleitung zwischen ICD-10-GM und ICD-11 wurde bereits deutlich, dass die von der WHO bereitgestellten Überleitungstabellen (Tabellen mit 1:1- bzw. 1:n-Überleitungen) nicht die für die Belange der verschiedenen Anwendungsbereiche der ICD in Deutschland nötige Spezifität aufweisen. Dieser Umstand zeigt sich vor allem in Bereichen, in denen größere strukturelle und/oder inhaltliche Änderungen im Zuge der 11. Revision der ICD vorgenommen wurden, wie z.B. in den Kapiteln zu „Neubildungen“,

„Psychische und Verhaltensstörungen“, „Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems“ oder neu eingeführten Kapiteln wie „Krankheiten des Immunsystems“ und „Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit“. Hier wird WHO-seitig teilweise nur auf übergeordnete Hierarchieebenen, nicht jedoch auf terminale Schlüsselnummern übergeleitet, was jedoch für die Belange der Anwendungsbereiche in Deutschland zwingend notwendig ist. Da diese Feststellung bereits bei wenigen Einträgen augenfällig wurde, wurde auf eine zusätzliche 10%-ige Stichprobe von Überleitungen verzichtet, die für Bereiche geplant war, in denen es keine Erweiterung im Sinne der ICD-10-GM gibt.

Darüber hinaus ergeben sich für die Erstellung einer spezifischen Überleitung zwischen

ICD- 10-GM und ICD-11 Herausforderungen durch die Möglichkeit der Kodierung von Diagnosen (besser „diagnostic statements“) mittels Kodekombinationen im Sinne einer Informationseinheit (sog. „Cluster Coding“). Wegen der o.g. Limitationen und Hemmnisse bei der Erstellung der Überleitung zwischen ICD-10-GM und ICD-11 konnten die möglichen, daraus resultierenden Effekte/Konsequenzen auf die Überleitung im Projekt nicht weiter betrachtet werden. Es ist jedoch sehr wahrscheinlich, dass sie einen nicht unerheblichen Einfluss auf die notwendige, spezifischere Ausgestaltung der Überleitung haben werden, da in verschiedenen Bereichen der ICD-11 Verschiebungen von in der ICD-10 präkombinierten Informationsachsen in den Bereich der sog. „Extension Codes“ stattgefunden haben. Dies gilt beispielsweise im größeren Umfang für Lokalisationsangaben der ICD-10 auf 5. Stelle im Kapitel 13 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes oder auch im Kapitel 2 Neubildungen, in dem die Systematik der solitären Tumore, neben der Dignität als Hauptachse, vor allem der Anatomie der jeweiligen Organsysteme folgt. Demgegenüber ist die ICD-11 hier deutlich stärker nach der Histopathologie der Neoplasien strukturiert. Für Tumore des Zentralnervensystems wird darüber hinaus auch die primäre Einteilung der ICD-10 nach Dignität (entsprechend ICD-O) aufgegeben, was überleitungstechnisch eine besondere Herausforderung darstellt.

7.2 Ergebnisse des Arbeitspaketes 2:

Im Folgenden werden zunächst die Einzelergebnisse der vier durchgeführten Workshops thematisch zusammengefasst, basierend auf den mit den Teilnehmenden abgestimmten Protokollen zum jeweiligen Workshop.

7.2.1 Ergebnisse Workshop 1 zum Themenbereich „Mental Health“:

Als Ergebnis des ersten Workshops kann unter anderem festgehalten werden, dass eine qualitätsgesicherte Übersetzung der ICD-11 auch hinsichtlich der Erstellung einer spezifischen Überleitung zwischen ICD-10-GM und ICD-11 von essentieller Bedeutung ist. Dabei kommt den Beschreibungstexten (Descriptions) der Entitäten eine besondere Bedeutung zu, da nur mit ihrer Hilfe eine einheitliche Interpretation der medizinischen Konzepte und damit auch konsistente und reproduzierbare Anwendung der Schlüsselnummern im Rahmen der Kodierung möglich ist.

Das durch die WHO zur Verfügung gestellte Mapping wird von den Expertinnen und Experten als zu unspezifisch angesehen und genügt damit nicht den Ansprüchen der Anwendungsfälle der ICD in Deutschland. Für die weitgehende Evaluation in Hinblick auf die Einführung der ICD-11 in Deutschland braucht es eine weitaus spezifischere Überleitung aller Schlüsselnummern, und nicht nur der GM-spezifischen.

Weiterhin wird empfohlen ein Regelwerk zu erarbeiten, das den Umgang, insbesondere mit sog. Qualifiern („Extension Codes“) für die Möglichkeiten der Postkoordination (Cluster Coding) der ICD-11 im Rahmen der Anwendung in Deutschland beschreibt. Grundsätzlich wird die Möglichkeit der Verwendung solcher Qualifier zur spezifischen Abbildung der individuellen Ausprägung von Krankheitsentitäten als sinnvoll erachtet, da sich darüber z.B. der Schweregrade einer Symptomatik genauer beschreiben lassen, was wiederum für unterschiedliche Anwendungsbereiche (Entgeltsysteme, Qualitätssicherung, epidemiologische Forschung etc.) von Interesse sein kann. Gleichzeitig erhöht sich damit jedoch auch die Komplexität der Kodierung und indirekt auch die Anforderungen an die medizinische Dokumentation.

Außerdem wurde angeregt, begleitende (prospektive) Studien zu initiieren, um die Implementierung der ICD-11 strukturiert zu gestalten sowie die möglichen Auswirkungen auf die medizinische Dokumentation, die Qualitätssicherung und die Entgeltsysteme (etc.) abschätzen, respektive evaluieren zu können.

7.2.2 Ergebnisse Workshop 2 zum Themenbereich „chronischer Schmerz“

Die Einführung der ICD-11 für den Bereich chronischer Schmerzen wird über die Fachgrenzen hinweg grundsätzlich befürwortet und findet auch unter den Vertretenden der Selbstverwaltung Zustimmung. Die ICD-11 biete bessere Möglichkeiten zur Abbildung chronischer Schmerzen, etwa durch neue Entitäten (z.B. spezifische Schmerzkodes für einige Formen chronisch sekundärer Schmerzen) sowie die drei in der Klassifikation etablierten Schmerzarten: postoperativ, tumorassoziiert und viszeral. Auch die spezifische Abbildbarkeit von Schweregraden und korrelierenden Symptomen mittels Postkoordination wird als Zugewinn erachtet.

Mit der Schmerztherapie in der Kinder- und Jugendmedizin wurde jedoch auch ein Teilbereich identifiziert, der aus Sicht der Fachexpertinnen und Fachexperten im Rahmen der Entwicklung der ICD-11 noch nicht hinreichend berücksichtigt wurde. Hier bedarf es zur Weiterentwicklung der ICD-11 der übergreifenden fachlichen Abstimmung und dem Einbringen von Änderungsvorschlägen über das öffentlich zugängliche Vorschlagsverfahren der WHO zur ICD-11 durch die medizinischen Expertinnen und Experten.

Neben zahlreichen Chancen des Umstieges, werden auch mögliche Herausforderungen identifiziert. Um einen Übergang von der ICD-10 auf die ICD-11 so reibungsarm wie möglich zu gestalten, sollten künftige Anwendende frühzeitig über die Neuerungen informiert und geschult werden.

Die Zeit bis zur Umsetzung sollte bestmöglich für die Vorbereitung (z.B. spezifische Überleitungstabellen, Anpassung des aktuellen Systems, IT-Lösungen) genutzt werden. Studien, wie z.B. retrospektive Doppelkodierungen im aktuellen sowie im neuen System, können hier ebenfalls hilfreich sein, um Auswirkungen und ggf. notwendige Anpassungen zu identifizieren und zu initiieren.

7.2.3 Ergebnisse Workshop 3 zum Themenbereich „Anwendung der ICD im vertragsärztlichen Bereich“

In den Vorträgen und Diskussionen zeigte sich die essentielle Bedeutung einer konsistenten und qualitätsgesicherten deutschen Übersetzung der ICD-11. Auch die Notwendigkeit einer Qualitätssicherung der MMS-Titel durch die entsprechenden medizinischen Fachgesellschaften wird adressiert.

Die Verfügbarkeit einer bidirektionalen Überleitung, also ein sowohl vorwärts- als auch rückwärtsgerichtetes spezifisches Mapping zwischen der ICD-10-GM und der ICD-11, das deutlich über die derzeit verfügbaren Überleitungs-Tabellen der WHO hinausgeht, wird ebenso als Voraussetzung für die weitergehende Evaluation und Vorbereitung der Implementierung der ICD-11 in Deutschland angesehen.

Hinsichtlich der Möglichkeiten auch im hausärztlichen Bereich spezifischer kodieren zu können, werden Chancen (bessere Abbildung des Krankheitsgeschehens) und Herausforderungen (komplexere Kodierung) identifiziert. In diesem Zusammenhang wird die Möglichkeit der Erstellung einer deutschen Linearization diskutiert, in der die spezifischen Bedarfe als Pendant zur ICD-10-GM abgedeckt werden könnten.

Da die ICD-11, u.a. aufgrund der Postkoordination mit diversen Extension-Kodes und der Bildung langer Kodeketten (Cluster-Coding), eine deutlich komplexere Struktur aufweist als die ICD-10, braucht es aus Sicht der Expertinnen und Experten ein eindeutiges Regelwerk, welches festlegen soll, ob es fixe Kombinationen von Codes gibt und wie spezifisch in den jeweiligen Anwendungsbereichen letztlich zu kodieren ist. Ein solches Regelwerk könnte in Verbindung mit einer guten Usability durch smarte IT-Lösungen die Akzeptanz in Anwenderkreisen erhöhen.

Besonderes Augenmerk bei der Einführung der ICD-11 in Deutschland ist dem Bereich der jährlichen Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate und des

nichtvorhersehbaren Anteils des morbiditätsbezogenen Behandlungsbedarfs im Rahmen der jährlichen Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (je KV-Bezirk) entsprechend dem Klassifikationssystem nach § 87a SGB V (KS87a) zu widmen. Hier werden aktuell jährlich, fortlaufend über insgesamt 8 Jahre (retrospektiv und prospektiv) morbiditätsbezogene Daten auf Basis der Kodierung nach ICD-10-GM kalkuliert, was eine besondere Herausforderung im Rahmen der Einführung der ICD-11 in Deutschland darstellt. Gerade auch hier gilt es rechtzeitig eine geeignete Übergangsstrategie zu entwickeln und die dafür notwendigen Überleitungstabellen zwischen ICD-10-GM und ICD-11 bereitzustellen. Die klassifikatorische bidirektionale Überleitung zwischen ICD-10-GM und ICD-11 stellt im Rahmen des Umstieges allerdings auch hier nur eine von mehreren zu analysierenden Variablen dar. Als schwieriger wird beispielweise erachtet, den Einfluss der Kodierung durch die Anwender abzuschätzen, bzw. prospektiv in der Kalkulation nach KS87a zu berücksichtigen. Es muss geprüft werden, ob und in welchem Umfang eine retrospektive und ggf. auch prospektive Doppelkodierung von Behandlungsfällen erforderlich ist, um unerwünschte Effekte im o.g. System zu vermeiden.

7.2.4 Ergebnisse Workshop 4 zu den Themenbereichen „Neubildungen“ und „Register“

Auch anlässlich des 4. Workshops wird neben einer qualitätsgesicherten deutschen Übersetzung die Notwendigkeit einer soliden, spezifischen Überleitung hervorgehoben. Neben einigen Codes, die sich 1:1 überleiten lassen, wird erwartet, dass es auch komplexere Überleitungen, etwa 1:n oder n:m, geben wird (muss).

Für die weitere Umstiegsanalyse und Vorbereitung sollte ggf. doppelt kodiert werden, also mittels ICD-10 und ICD-11 parallel; ob retrospektiv und/oder prospektiv muss für die einzelnen Anwendungsbereiche geklärt und abgewogen werden.

Zumindest für einzelne Bereiche, z.B. im Teilbereich der hämato-onkologischen Erkrankung, wird die Notwendigkeit eines weitergehenden fachlichen Reviews gesehen, da die vorliegende Systematik als teilweise medizinisch nicht korrekt, bzw. nicht disjunkt angesehen wird. Aus fachlicher Sicht wird dazu eine enge Abstimmung zwischen fachlicher Expertise (z.B. vertreten durch die Expertinnen und Experten der medizinischen Fachgesellschaften) einerseits und klassifikatorischer Expertise (z.B. vertreten durch das BfArM) andererseits angeregt, um beide Perspektiven in die weitere Systementwicklung einzubringen. Als problematisch wird in diesem Zusammenhang die sehr angespannte/ingeschränkte Ressourcenlage auf Seiten der medizinischen Expertinnen und Experten angesehen.

Auch für den Anwendungsbereich „Gesundheitsberichterstattung“ (z.B. beim RKI) wird die Bedeutung der Verfügbarkeit einer möglichst spezifischen Überleitung hervorgehoben, die von der WHO angebotenen Überleitungen für die internationale Ausgabe der ICD wird auch hier als nicht ausreichend erachtet. Der Interpretation und Erläuterung von mehr oder weniger starken Veränderungen von statistischen Zeitreihenanalysen zu diagnosebezogenen Morbiditäts- und Mortalitätsdaten wird nicht nur für den thematisch angesprochenen Bereich der „Neubildungen“ eine besondere Bedeutung zukommen. Sie werden als essentiell für die weitere Entwicklung des Gesundheitswesens durch Politik, Selbstverwaltung und Wissenschaft angesehen und sollten nicht durch unkalkulierbare Verschiebungen von Fallzahlen negativ beeinflusst werden.

Der Workshop hat zudem die Wichtigkeit und Tragweite der Register herausgestellt. In diesem Kontext werden derzeit vor allem die Klassifikationen ICD-10 und ICD-O-3 genutzt. Ein Umstieg erfordert damit eine Modifikation und Adjustierung bereits etablierter Prozesse, Datenbanken und IT-Strukturen an die ICD-11 und auch hier eine sorgfältige Analyse der Auswirkungen auf statistische Zeitreihenanalysen. Es sollte ausreichend Zeit für eine solche Umsetzung zur Verfügung stehen damit das Ziel, forschungsrelevante Daten langfristig nutzbar zu machen und die Patientenversorgung

zu verbessern, auch weiterhin gewährleistet werden kann. Eine entsprechende Begleitforschung wird hier als sinnvoll und notwendig erachtet.

Alle Teilnehmenden der verschiedenen Organisationen und Institutionen an den Workshops haben ausdrücklich die Sinnhaftigkeit jener als Startpunkt für die weitergehende Evaluation und nachfolgende Implementierung der ICD-11 in Deutschland unterstrichen. Auch wurde grundsätzlich die Bereitschaft artikuliert, sich in den weiteren Evaluations-/Implementierungsprozess einzubringen.

8 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Wie bereits zuvor ausgeführt, konnte der ursprüngliche Ansatz für die Erreichung der Ziele des Arbeitspaketes 1 letztlich nicht verfolgt werden, weshalb als alternativer Ansatz das Mapping von ICD-10-GM-spezifischen Einträgen des Alphabetischen Verzeichnisses auf die ICD-11 MMS als Interimslösung für die Erstellung einer regulären, bidirektionalen Überleitungstabelle zwischen ICD-10-GM und ICD-11 gewählt wurde.

Allerdings muss festgestellt werden, dass auch dieser alternative Ansatz mit einigen Schwierigkeiten in der Umsetzung verbunden war, da hierfür deutsche Alphabettexpte auf die englischsprachigen Konzepte der ICD-11 gemappt werden mussten. Eine weitgehende deutsche Übersetzung der englischen Klassentitel der ICD-11 lag zum Durchführungszeitpunkt noch nicht vor. Auch waren zugeordnete Texteinträge wie Synonyme und Entitäten der Foundation zu den Klassen der ICD-11 MMS (Mortality and Morbidity Statistics) ganz überwiegend noch nicht ins Deutsche übersetzt. Damit stellte bereits die Zuordnung von Klassentiteln verschiedener Sprachversionen (Deutsch vs. Englisch) der inhaltlich und strukturell unterschiedlichen Klassifikationssysteme ICD-10 und ICD-11 auf Konzeptebene eine Herausforderung dar - was dann auch auf das weitergehende Mapping (Überleitung) von deutschen Alphabeteinträgen der ICD-10-GM auf Einträge (Klassen, Entitäten und Synonyme) der englischsprachigen ICD-11 Foundation durchschlug. Im Ergebnis konnte letztlich nur ein geringer Anteil der GM-spezifischen Einträge des Alphabetischen Verzeichnisses bis zum Ausscheiden des ärztlichen Projektmitarbeiters gemappt werden.

Grundsätzlich können und sollten die nun vorliegenden Mappings bei der zukünftigen Erstellung einer bidirektionalen Überleitung zwischen ICD-10-GM und ICD-11 herangezogen werden, sie bedürfen jedoch einer kritischen fachlichen und klassifikatorischen Prüfung, respektive geeigneten Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Im Rahmen der Zuordnung der deutschen GM-spezifischen Texte im Rahmen des oben beschriebenen Mappings wurden die von der WHO bereitgestellte Überleitungstabelle herangezogen (sog. „1:1-Überleitung“ bei der ein endständiger ICD-10 Kode auf einen ICD-11 Kode übergeleitet wird), wobei zahlreiche Unzulänglichkeiten der WHO-Überleitung deutlich wurden. So leitet die WHO nicht selten auf übergeordnete Kategorien der ICD-11 über, wenn die Klassen nicht 1:1 übergeleitet werden können, z.B. weil sich die medizinischen Konzepte und/oder der strukturelle Aufbau der Klassifikation substantiell geändert haben. Derartige Überleitungen auf höhere Ordnungsebenen und somit nicht-endständige Schlüsselnummern der ICD-11 bieten keine ausreichend spezifischen Informationen, um Fallbewegungen bei einem Umstieg auf die ICD-11 für die deutschen Anwendungsbereiche der ICD hinreichend genau analysieren zu können. Dies stellt eine grundsätzliche Problematik für die weitere Evaluation und Einführung der ICD-11 in Deutschland dar, da damit Anpassungen zur Vermeidung unerwünschter Effekte nicht im notwendigen Maß vorgenommen werden können. Der Erstellung einer möglichst spezifischen Überleitung, idealerweise ergänzt um fachliche Einschätzungen zu daraus resultierenden Auswirkungen auf die jeweiligen Anwendungsbereiche der ICD, kommt daher bei der weiteren Projektierung der Evaluation und Einführung der ICD-11 in Deutschland eine besondere Bedeutung zu.

Im Rahmen der im Arbeitspaket 2 durchgeführten Workshops wurde die oben dargestellte Beurteilung der primär für statistische Zwecke von der WHO bereitgestellte Überleitung sowie die Notwendigkeit der Erstellung einer deutlich spezifischeren Überleitung für die ICD-10-GM von den vertretenen Institutionen und Organisationen nachdrücklich gestützt.

Basierend auf den gewonnenen Erkenntnissen aus den Arbeiten zum Arbeitspaket 1 und den Beiträgen und Diskussionen anlässlich der durchgeführten Workshops des Arbeitspaketes 2, erachten wir die folgenden Aspekte als besonders relevant für die Ausgestaltung des weiteren Evaluationsprozesses und der Einführung der ICD-11 in Deutschland:

- Die ICD-11 wird insgesamt als ein wichtiger und richtiger Schritt in der Weiterentwicklung der ICD angesehen, sowohl was den inhaltlichen, den strukturellen als auch den informationstechnologischen Aufbau anbelangt. Sie berücksichtigt dabei viel umfassender als bisherige ICD-Revisionen heutige und zukünftige Anforderungen des Anwendungsbereiches „Morbidity“, z.B. der Kodierung medizinischer Befund-/Diagnoseinformationen zum Zwecke der Abrechnung von Behandlungsleistungen, für die Qualitätssicherung und viele weitere.
- Gleichzeitig sind Teilbereiche der ICD-11 noch in finaler, inhaltlicher Ausgestaltung, wie beispielsweise der Bereich „Arzneimittel“ und „Medizinprodukte“ im Abschnitt der sog. Extension Codes. Auch werden technische Komponenten wie das Coding Tool der WHO und webbasierte Services (APIs) der ICD-11 kontinuierlich verbessert. Ziel der WHO ist hier die Bereitstellung einer aktualisierten Version (sog. Frozen Version) für den ab 2022 von der WHO empfohlenen und der World Health Assembly (WHA) beschlossenen Einsatz der ICD-11 im Bereich „Mortality“ (Todesursachenkodierung), also für das Reporting von Daten zu Todesursachen auf Basis der ICD. Die weitergehende Einführung der ICD-11 in den Mitgliedsstaaten der WHO wird, entsprechend der Beschlüsse der WHA, für 2027 angestrebt.
- Der modulare Aufbau und die informationstechnologischen Vorbereitungen zur Verlinkung der Entitäten der ICD-11 mit anderen Terminologien und Standards, wie z.B. der ATC-Klassifikation für Medikamente oder von SNOMED CT Terms, bietet zukünftig weit über die bisherigen Anwendungen der ICD hinausgehende Möglichkeiten der Interoperabilität und Verknüpfung medizinischer Informationen und Informationssysteme, z.B. auch im Zusammenhang mit Anwendungen im Kontext von „Big Data“.
- Die mit der ICD-11 eingeführten Möglichkeiten der Postkoordination von Informationsachsen zu anderen medizinischen Entitäten (Konzepten) erhöhen dabei die Flexibilität der Anwendung und Weiterentwicklung und werden ebenfalls grundsätzlich begrüßt. Gleichzeitig wird der damit einhergehende zusätzliche Aufwand bei der Kodierung und Komplexität der resultierenden Kodeketten (Cluster Coding) als mögliches Hemmnis für eine benutzerfreundliche Anwendung der ICD-11 gesehen. Dies insbesondere dann, wenn kein dediziertes Regelwerk für die Anwendung gewünschter und/oder aus Gründen der Überleitbarkeit zwischen ICD-10-GM und ICD-11 notwendiger Kodekombinationen verfügbar ist, sodass hierauf im weiteren Evaluations-/Implementierungsprozess besonders geachtet werden sollte.
- Wegen der Komplexität der Kodierung mittels Postkoordination in Code Clustern kommt der Unterstützung der Anwendenden durch intelligente Kodiertools eine Schlüsselrolle zu. Das von der WHO bereitgestellte Coding Tool zur ICD-11 wird zwar als wichtige und notwendige Referenz angesehen, erscheint aber in vorgenanntem Sinn (noch) nicht die notwendige Anwenderunterstützung zu bieten.
- Sollte es erforderlich sein für die Anwendung der ICD-11 in Deutschland fixe Kodekombinationen für die Postkoordination in Code Clustern vorzugeben, um eine einheitliche Kodierung zu gewährleisten, so ist dem bei der Entwicklung geeigneter Softwaretools zusätzlich Rechnung zu tragen. Die von der WHO bereitgestellten webbasierten Komponenten eines modular einsetzbaren ICD-11 Application Programming Interface (API) sind hier ggf. WHO-seitig weiter zu entwickeln, bzw. bedürfen einer (nationalen) Anpassung an die Erfordernisse des deutschen Gesundheitswesens.
- Für einzelne Teilbereiche der ICD-11 besteht die Notwendigkeit eines medizinisch-wissenschaftlichen Reviews, der idealerweise zusammen mit Maßnahmen der Qualitätssicherung der laufenden deutschen Übersetzung der ICD-11 durch die beteiligten Expertinnen und Experten der medizinischen Fachgesellschaften und in Kooperation/Abstimmung mit den Klassifikationsexpertinnen und Klassifikationsexperten des BfArM erfolgt. Grundsätzlich ist es Aufgabe der medizinischen Fachbereiche notwendige Änderungsvorschläge zur Korrektur von Inkonsistenzen oder Fehlern aus

medizinisch-wissenschaftlicher Sicht in das öffentliche Vorschlagsverfahren der WHO einzubringen. Das wurde auch von den an den Workshops beteiligten Fachexpertinnen und Fachexperten so gesehen. Sowohl die oft schwierige Ressourcenlage in den Kliniken, aber auch die Komplexität der ICD-11 und der anzuwendenden Tools, wird hier als Hemmnis für einen umfassenderen inhaltlichen Review angesehen. Es sollte gemeinsam mit den medizinischen Fachgesellschaften/ Fachexpertinnen und Fachexperten beraten werden, welche Maßnahmen für eine mögliche Unterstützung des fachlichen Reviews sinnvoll/notwendig und möglich sind.

- Der Erstellung einer qualifizierten spezifischen Überleitung zwischen ICD10-GM und ICD-11 wird von allen an den Workshops Teilnehmenden eine zentrale Bedeutung für die weitere Evaluation und zukünftige Implementierung der ICD-11 in Deutschland zugemessen. Vor allem seitens der beteiligten Organisationen/Institutionen der Selbstverwaltung wird sie als Voraussetzung für weitere, konkretere Schritte für die Evaluation und Vorbereitung der Einführung der ICD-11 in Deutschland angesehen.
- In gleicher Weise wird die Verfügbarkeit einer qualitätsgesicherten deutschen Übersetzung der ICD-11 als essentiell für die weitere Evaluation und Vorbereitung der Einführung der ICD-11 in Deutschland beurteilt. Die laufenden Übersetzungsarbeiten des BfArM sowie die aufgenommene Kooperation mit den medizinischen Fachgesellschaften zwecks Qualitätssicherung der durch das BfArM vorgenommenen Übersetzungen werden grundsätzlich positiv bewertet. Gleichzeitig wird hier jedoch auch auf die schwierige Ressourcenlage (zeitlich und finanziell) der Expertinnen und Experten der medizinischen Fachgesellschaften verwiesen, da diese nur sehr begrenzt (von ihren Arbeitgebern, i.d.R. den Kliniken) dafür freigestellt werden. Bei der bereits initiierten Qualitätssicherung der übersetzten Einträge zur Hierarchie bis auf die Ebene der endständigen Codes der ICD-11 MMS zeigt sich zudem auch eine sehr heterogene Motivationslage, die möglicherweise nicht nur ressourcentechnische Gründe hatte. Hierzu sollte das weitere strategische und konkrete Vorgehen sorgfältig mit den relevanten Akteuren abgestimmt werden.
- Die in den Workshops analysierten Themen-/Anwendungsbereiche der ICD in Deutschland weisen erwartungsgemäß fachliche und/oder strukturelle Besonderheiten auf, die im Rahmen des weiteren Evaluationsprozesses spezifisch adressiert werden sollten.
- Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass die im Rahmen dieses Projektes nicht näher untersuchten medizinischen Fach- und Anwendungsbereiche der ICD (z.B. Externe Qualitätssicherung, Todesursachekodierung und allgemeine Mortalitätsstatistik) zusätzliche, spezifische Anforderungen und Besonderheiten im Zusammenhang mit der weiteren Evaluation und einer zukünftigen Einführung der ICD-11 in Deutschland aufweisen werden. Hier sind geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um diese Bereiche in den weiteren Prozess einzubeziehen.
- Wegen der kritischen Ressourcenlage (s.a. oben) insbesondere auf Seiten der Expertinnen und Experten der medizinischen Fachgesellschaften wird die Notwendigkeit zur Schaffung finanzieller Anreize für die Beteiligung an den notwendigen Arbeiten im weiteren Evaluations-/Einführungsprozess gesehen.
- In den Workshops wurde darüber hinaus angeregt, den weiteren Evaluations- und Einführungsprozess mit (prospektiven) wissenschaftlichen Studien zu möglichen Effekten auf die Anwendungsbereiche eines Umstieges auf die ICD-11 in Deutschland zu begleiten.
- Im Hinblick auf die aktuell laufenden Aktivitäten im Kontext der Einführung von SNOMED-CT (gemäß Patientendatenschutzgesetz-Entwurf) erscheint es sinnvoll, mögliche Synergieeffekte zu evaluieren, z.B. für im Kontext der Übersetzung von SNOMED-CT und der ICD-11. Dabei sollte gleichzeitig darauf geachtet werden, dass es durch eine mögliche Erhöhung der Komplexität der Übersetzung zweier Ordnungssysteme zur selben Zeit und der damit verbundenen inhaltlichen und organisatorischen Herausforderungen, nicht zu einer substantiellen Verzögerung der Fertigstellung der deutschen Übersetzung der ICD-11 kommt.
- Vor allem von Seiten der vertretenen Organisationen und Institutionen der Selbstverwaltung wird eine „Grundsatzentscheidung“ und eine zeitliche Vorgabe hinsichtlich der Einführung der ICD-11 in Deutschland als notwendig angesehen. Notwendige weitergehende Umstiegsanalysen und vor allem auch dafür notwendige

Systementwicklungen/-anpassungen müssen rechtzeitig und sachbegründet in die Ressourcen-/Haushaltsplanungen der Selbstverwaltungsorganisationen/-institutionen eingebracht werden.

- Der originäre Anwendungsbereich der „Mortalität“ der ICD, vor allem im Hinblick auf das internationale Reporting von Todesursachen als Basis der Gesundheitsberichterstattung und Entscheidungsunterstützung für verantwortliche nationale (staatliche) und supranationale Institutionen und Organisationen muss auch weiterhin unterstützt werden. Der Fortführung von Zeitreihenanalyse zur Mortalität kommt hier eine besondere Bedeutung zu.

Der Anwendungsbereich „Mortalität“ war nicht explizit Gegenstand des Projektes „ICD-11-Umstiegsanalyse“ und sollte daher im Rahmen des weiteren Evaluations- und Einführungsprozesses rechtzeitig adressiert, bzw. einbezogen werden. Grundsätzlich handelt es sich hierbei um einen deutlich standardisierteren Anwendungsbereich mit einem international einheitlichen Regelwerk und seit einigen Jahren auch einer international abgestimmten Softwareentwicklung (Iris), die vom Iris Institute (Geschäftsstelle beim BfArM) koordiniert wird. Dadurch sollten sich deutliche Synergieeffekte zwischen den national und international notwendigen Maßnahmen hinsichtlich eines Umstieges auf die ICD-11 ergeben. Um notwendige Anpassungen der Iris-Software und mögliche Effekte auf die Statistik zu Todesursachen besser abschätzen zu können, wurde bereits ein internationales Projekt unter Beteiligung der sog. Core Group des Iris Institutes initiiert.¹ Auch wurden bereits Beratungen auf Ebene des Iris Instituts (und möglichen weiteren internationalen Partnern) über eine internationale Kooperation für ein Nachfolgeprojekt zur Umstellung der Iris-Software auf die ICD-11 aufgenommen.

Es ist allerdings auch zu berücksichtigen, dass die Einführung der ICD-11 für diesen Bereich primär im Verantwortung der Gesundheitsbehörden der Bundesländer liegt. Notwendige Systemumstellungen der Kodiersoftware (Iris) in den Statistischen Landesämtern, notwendige Anwenderschulungen und Analysen zur Interpretation von Änderungen in statistischen Zeitreihen auf Basis von nach ICD kodierten Todesursachen benötigen auch hier einen entsprechenden zeitlichen Vorlauf und die Planung notwendiger Ressourcen/Haushaltsmittel.

- Im Rahmen des vorliegenden Projektes sollte mit den Workshop-Teilnehmenden auch beraten werden, welche möglichen Aufwendungen (finanzieller und sonstiger Art) mit der Einführung der ICD-11 in Deutschland als notwendig erachtet werden. Letztlich muss festgestellt werden, dass man sich vor allem seitens der an den Workshops Teilnehmenden aus dem Bereich der Selbstverwaltung zu diesem Aspekt nicht hinreichend nähern konnte, um einigermaßen belastbare Aussagen zu treffen. Um eine mögliche (grobe) Kostenabschätzung für einen Umstieg von der ICD-10-GM auf die ICD-11 für den Anwendungsbereich Morbidität vornehmen zu können, bedürfe es tiefergehender Analysen der Effekte in den verantwortlichen Institutionen, die ohne eine „Grundsatzentscheidung“ zur Einführung der ICD-11 in Deutschland nicht durchgeführt, bzw. „argumentiert“ werden können (s.a. weiter oben). Außerdem bedürfe es dazu der bereits weiter oben angesprochenen Verfügbarkeit einer deutschen Übersetzung der ICD-11 und einer spezifischen Überleitungstabelle (bidirektional) zwischen ICD-10-GM und ICD-11. Insgesamt wurden die Möglichkeiten einer klassischen „Kosten/Nutzen-Analyse“ im Zusammenhang mit der Einführung der ICD-11 in Deutschland als schwierig beurteilt, wenn eine solche denn überhaupt möglich sei. Die Komplexität des deutschen Gesundheitswesens stellt hier eine besondere Herausforderung dar.

Basierend auf diesen Aspekten wird folgendes weiteres Vorgehen vorgeschlagen:

1. Fertigstellung der Übersetzung der ICD-11 bis auf Basis der Foundation-Einträge. Übersetzung der Descriptions (Beschreibungstexte) insbesondere des Bereiches „Psych“. Entsprechende Arbeiten sind im BfArM angestoßen.

¹ Der Abschlussbericht des Evaluationsprojektes ist unter folgendem Link abrufbar: <https://www.dimdi.de/dynamic/en/classifications/iris-institute/iris-and-icd-11/>, letzter Zugriff am 08.09.2020.

2. Erstellung einer genauen Überleitung von der ICD-10-GM auf die ICD-11 und umgekehrt, die die gesamte Überleitung der WHO zwar als Basis nimmt, aber dennoch komplett überprüft. Hierfür werden neben entsprechenden zusätzlichen Ressourcen beim BfArM auch Ressourcen für die Unterstützung durch Fachexpertinnen und Fachexperten erforderlich sein.
3. Zeitnahe genauere Analyse weiterer relevanter Bereiche, wie z.B. der Mortalitätskodierung oder weiteren Fachgebieten, in Zusammenarbeit mit entsprechenden Fachexpertinnen und Fachexperten.
4. Diskussion eines möglichen Umstiegszeitplans mit allen Anwendungsbereichen der ICD-10-GM (Vorbereitung der Diskussion z.B. im Rahmen der AG ICD-11), um eine größere Verbindlichkeit für die Anwendungsbereiche herzustellen.

Als zusätzlich sinnvolle Schritte werden folgende Punkte angesehen:

1. Übersetzungsarbeiten zur ICD-11 sollten mit den voraussichtlich anstehenden Übersetzungsarbeiten für SNOMED-CT zusammengeführt werden, um eine Synchronisierung der beiden Systeme mit einer möglichen besseren Verknüpfung zu erreichen.
2. Initiierung von prospektiven und retrospektiven Forschungsprojekten, die eine Doppelkodierung von einem größeren Datenpool auf die Auswirkung des Umstieges analysieren. Idealerweise sollte im Rahmen dieser Forschungsprojekte auch beleuchtet werden, ob die Verwendung einer Brückenterminologie (z.B. Alpha-ID oder perspektivisch SNOMED-CT) einen ressourcensparenden Effekt für den Umstieg bedingen kann.

9 Gender Mainstreaming Aspekte

Da sich die Anwendung der ICD auf die gesamte Bevölkerung auswirkt, wird in den Analysen keine Unterscheidung zwischen den verschiedenen Geschlechtern getroffen.

Für die Auswahl der Expertinnen und Experten wurde darauf geachtet, dass möglichst eine gleichmäßige Geschlechterverteilung vorliegt. Da allerdings für die verschiedenen Bereiche nur wenige Expertinnen und Experten in den Anwendungsfällen über spezifische ICD-11-Kenntnisse verfügen, konnte es hier ggf. zu Abweichungen kommen.

Im Rahmen des Projektes wurden keine personenbezogenen Daten verwendet und keine individuellen Patienten oder Patientinnen betrachtet oder behandelt. Die vom DIMDI und BfArM durchgeführten und durchzuführenden Arbeiten an der Überleitung zwischen ICD-10-GM 2019 und ICD-11 weisen somit keine Gender Mainstreaming Aspekte auf.

10 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Das durchgeführte Projekt „ICD-11-Umstiegsanalyse“ wurde anlässlich mehrerer Vorträge (bzw. Berichte) auf nationalen und internationalen Veranstaltungen einer breiteren Fachöffentlichkeit vorgestellt. Thematisch standen die Berichte jeweils im Kontext der laufenden Aktivitäten zur (geplanten) Evaluation und Vorbereitung der Einführung der ICD-11 in Deutschland und waren eingebettet in den jeweiligen Hauptkontext der Vorträge. Der Schwerpunkt der vermittelten Informationen lag dabei vornehmlich auf den Rahmenbedingungen des Projektes und der Konzeption der Arbeitspakete 1 und 2. Ergebnisse der einzelnen Arbeitspakete konnten zum jeweiligen Zeitpunkt der Veranstaltungen noch nicht präsentiert werden. Zu den vorgenannten Veranstaltungen zählten u.a.:

- Berichte anlässlich der Sitzungen des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (2018 bis 2020)
- Berichte anlässlich der Sitzungen der Arbeitsgruppe ICD-11 des KKG (2018 und 2019)

- Vortrag anlässlich der GMDS Tagung 2019 (Dortmund)
- Vortrag beim GKV-Spitzenverband (2018)
- Vortrag bei KBV/ZI 2019 (Berlin)
- Berichte bei den Jahrestagungen des WHO Family of International Classifications (WHO-FIC) Network 2018 (Seoul) und 2019 (Kanada)
- Berichte bei den Midyear-Meetings der Morbidity Reference Group 2018 (Kanada) und 2019 (Schweden)
- Societal Impact of Pain (SIP) Symposium 2019 (Brüssel)

Die nun vorliegenden Projektergebnisse sollen in geeigneter Form der interessierten Öffentlichkeit (national und international) zugänglich gemacht werden, was Online und ggf. auch Printmedien einschließt. Über konkrete Veröffentlichungen wird zeitnah entschieden.

Berichte zu Projektergebnissen im Rahmen von Präsentationen z.B. anlässlich der diesjährigen Jahrestagung der Kooperationszentren im WHO-FIC Network (virtuell im Oktober 2020), der Jahrestagung der DGPPN (virtuell im November 2020) und weiteren zukünftigen Veranstaltungen sind vorgesehen.

Insbesondere sollen die Projektergebnisse anlässlich der weiteren Beratungen der AG ICD-11 des KKG vorgestellt werden, um den weiteren Prozess der Evaluation und zur Einführung der ICD-11 in Deutschland abzustimmen.

11 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)

Es haben sich keine Änderungen für die Planung der Verwertung und Verbreitung der Projektergebnisse ergeben.

Die im Projekt erstellte Datenbank kann für die weitere Erstellung der Überleitung verwendet werden. Perspektivisch kann der entwickelte Ansatz auch für die Analyse eines möglichen Umstieges vom OPS auf die kurz vor Verabschiedung stehende Internationale Prozedurenklassifikation ICHI (International Classification of Health Interventions) der WHO verwendet werden.

Die Analyseergebnisse der Workshops bilden eine gute Basis für weitere Fachanalysen. Mögliche weitere Analysen könnten die Methodik der 4 Workshops fortführen, da diese gute Ergebnisse geliefert haben.

12 Anlagenverzeichnis

- Anlage 1: Tagesordnung zum Workshop „Mental Health“
- Anlage 2: Protokoll zum Workshop „Mental Health“
- Anlage 3: Tagesordnung zum Workshop „Chronischer Schmerz“
- Anlage 4: Protokoll zum Workshop „Chronischer Schmerz“
- Anlage 5: Tagesordnung zum Workshop „Vertragsärztlicher Bereich“
- Anlage 6: Protokoll zum Workshop „Vertragsärztlicher Bereich“
- Anlage 7: Tagesordnung zum Workshop „Neubildungen und forschungsinitierte Register“
- Anlage 8: Protokoll zum Workshop „Neubildungen und forschungsinitierte Register“