DVMD
Der Fachverband für Dokumentation und Informationsmanagement in der Medizin

DVMD e.V. (Hrsg.)
Mit Unterstützung von Annett Müller, Susann Köhler und Stefan Müller-Mielitz

Richtlinien der Klinischen Dokumentenklassen-Liste (KDL)

Klassierung von Dokumenten im Gesundheitswesen

1. Auflage

INHALT

Vorbemerkung

1. Die Klassifikation als Ordnungsprinzip
1.1. Ordnungssysteme
1.2. Klassifikationen
1.2.1. Merkmale einer Klassifikation
1.2.2. Monohierarchische und polyhierarchische Begriffsstrukturen
1.3. Zweck der KDL-Klassifikation
1.3.1. Die strukturierte Papier-Patientenakte
1.3.2. Die strukturierte digitale Patientenakte
1.3.3. Die strukturierte digitale Patientenakte für weitere Leistungserbringer
1.4. Dokumententypen und Dokumente
1.4.1. Dokumente
1.4.2. Dokumententypen und Dokumentenklassen
1.5. Papierdokumente und digitale Dokumente
1.6. Originär elektronische Dokumente
1.7. Elektronische Akten
1.7.1. Elektronische Aktentypen
1.7.2. Elektronische Patientenakte – ePA
1.7.3. Elektronische Fallakte – eFA
1.8. Zusammenfassung

2. Klinische Dokumentenklassen-Liste (KDL)
2.1. Hintergrund der Entwicklung
2.2. Historische Entwicklung der KDL
2.3. Der Weg zur Klassifikation
2.3.1. KDL beta – 2014

2.3.2. KDL 1.0 von 2015
2.3.3. KDL 3.0 – 1. Revision
2.4. Aufbau der KDL
2.5. Notation
2.5.1. Klassen der KDL
2.5.2. Unterklassen der KDL
2.5.3. Dokumentenklassen der KDL
2.5.4. Hilfsmittel zur Klassierung
2.6. Ausblick

3. Weiterentwicklung KDL
3.1. DVMD-AG »Weiterentwicklung der KDL«
3.2. Quantitative Entwicklung der Dokumentenklassen
3.3. KDL-Anwendergruppe
3.4. Ausblick

4. Richtlinien zur Klassierung mit der KDL
4.1. Voraussetzungen für eine Klassierung
4.2. Leitfaden zur Klassierung
4.2.1. Papiergeführte medizinische Dokumentation
4.2.2. Elektronische medizinische Dokumentation
4.2.3. Öffentliche Mappingkonzepte

5. Zahlen, Daten, Fakten – Mehr Akten- und Dokumententransparenz durch den Einsatz der KDL

6. Zusammenfassung und Ausblick

Abkürzungsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Quellenverzeichnis

Anhang

Anh. 1: Klassen und Unterklassen der KDL-2021 (sortiert nach Notation)
Anh. 2: Systematisches Verzeichnis KDL-2021
Anh. 3: Alphabetisches Verzeichnis KDL-2021 inkl. Beschreibung der Dokumentenklassen

Über die Autoren

Über den DVMD e.V.

VORBEMERKUNG

»Terminologie: Gesamtheit der in einem Fachgebiet üblichen Fachwörter und -ausdrücke.«[1]

Diesen Anspruch für das Fachgebiet medizinischer Informationen in Form von Dokumenten, Daten, Bildern zu erfüllen, ist die Aufgabe der Klinischen Dokumentenklassen-Liste (KDL). Sie umfasst die gesamten üblichen Bezeichnungen von Dokumententypen, die im deutschen Gesundheitswesen verwendet werden. Dabei ist nicht nur die stationäre Versorgung im Krankenhaus, sondern auch die ambulante Versorgung, die Rehabilitation und Pflege berücksichtigt.

Ein Blick in die Papierwelt zeigt, dass als identifizierendes Kriterium der Akte überwiegend die Aktennummer, die Patientennummer, die Fallnummer, das Behandlungsdatum und ggfs. identifizierende Angaben wie Geburtsdatum und Namen genutzt werden, um einzelne Fallakten zum Beispiel bei einem wiederkehrenden Patienten (m/w/d) einzusehen. Bezogen auf die Notwendigkeit eines differenzierten Rechtemanagements auf die Akte und die Dokumente in einer Akte wird klar, dass diese Angaben aus der Papierwelt nicht genügen und weitere Metadaten hinzugenommen werden müssen.

Die KDL, die Klinische Dokumentenklassen-Liste, dient als Standardisierungswerkzeug, um die unterschiedlichen Dokumententypen und die dazugehörigen verschiedensten Dokumentenausprägungen zu klassieren, aber auch um die

individuell notwendigen Bezeichnungen der Leistungserbringer zu erhalten.

Basis für dieses Buch ist die Facharbeit von Frau Susann Köhler, die sie im Rahmen der Qualifizierung zur Medizinischen Dokumentarin (DVMD/GMDS) geschrieben hat. Unterstützt wurde sie dabei durch die Firma DMI GmbH & Co. KG, Münster unter Mitarbeit der IEKF GmbH, Ibbenbüren.

Die Weiterentwicklung der KDL ist insbesondere auf die umfangreichen Erfahrungswerte der DMI Gruppe zurückzuführen. Im Rahmen der digitalen revisionssicheren Langzeitarchivierung für Kliniken in Deutschland wird die KDL dort bereits seit 2015 als Klassifikationswerkzeug eingesetzt und schafft damit die Basis für Kliniken zum intersektoralen Austausch mittels IHE-XDS und den digitalen Austausch mit dem Medizinischen Dienst bzw. externen Dienstleistern der Privatliquidation.

An dieser Stelle möchten wir uns herzlich bei Herrn Christoph Schmelter (Geschäftsführer der DMI Gruppe) bedanken, der seinen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aus den Fachdiensten Medizinische Dokumentation die Möglichkeit gibt, an der aktiven Weiterentwicklung der KDL mitzuwirken. Ohne diesen wertvollen Input der Medizinischen Dokumentare aus dem operativen Tagesgeschäft wäre die KDL nicht das, was sie heute ist.

Annett Müller
Vorsitzende DVMD e.V.

1. DIE KLASSIFIKATION ALS ORDNUNGSPRINZIP

Eine gemeinsame Sprache ist essenziell, um sich zu verstehen. Dies gilt auch für das medizinische Informationsmanagement. Terminologien in Form von Klassifikationssystemen, Begriffskombinationen, o. Ä. sind wichtige Werkzeuge, um die anfallenden Informationen zu standardisieren und für die weitere Verarbeitung aufzubereiten und auswertbar zu machen. Mit dem praktischen Einsatz der KDL sind die technischen Voraussetzungen für einen digitalen Austausch zwischen den Leistungserbringern oder externen Dienstleistern – auch mittels moderner IHE-Profile oder aktueller FHIR-Ressourcen – erfüllt, ohne dabei die eigene institutionelle Individualität in der medizinischen Dokumentation aufgeben zu müssen.

Mit der KDL ist es möglich, sowohl papiergeführte Dokumente, als auch elektronisch erzeugte Dokumente zu klassieren. Die praktischen Erfahrungen mit der KDL in den letzten Jahren haben gezeigt, dass es für beide Entstehungsarten – elektronisch oder papierbasiert – verschiedene Klassierungsregeln geben muss. Die daraus entstandenen Richtlinien sind in diesem Buch zusammengefasst und werden stetig auf Basis der Erfahrungen aus der KDL-Anwendergruppe weiterentwickelt und angepasst.

Eine weitere Anwendungsmöglichkeit der KDL ist die Standardisierung der medizinischen Dokumentation bei einem Leistungserbringer. Auch dieser Aspekt wird auf den folgenden Seiten vorgestellt und näher beleuchtet. Hierbei werden die Chancen, aber auch die Grenzen aufgezeigt.

Klassifikationen kommen im Gesundheitswesen regelmäßig zum Einsatz. Die wohl bekannteste und meist genutzte Klassifikation ist die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International

Classification of Diseases), die in Deutschland als 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) genutzt wird. Gemäß dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ist die ICD-10-GM »eine wichtige Grundlage für das pauschalisierende Entgeltsystem G-DRG«[2]. Dieses Entgeltsystem findet Verwendung in der stationären somatischen Versorgung und wird im Auftrag der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) fortlaufend aktualisiert.

Neben der ICD-10-GM gibt es den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), der »zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen«[3] genutzt wird. Auch die Verschlüsselung von medizinischen Maßnahmen während der Behandlung fließt in die Eingruppierung einer G-DRG ein und ist essenzielle Grundlage für eine leistungsgerechte Abrechnung.

Wie die ICD-10-GM basiert auch die KDL auf dem Prinzip einer monohierarchischen Begriffsstruktur und findet hauptsächlich in der Klassierung klinischer Dokumentation ihre Anwendung. Vereinzelt wird sie in ihrer Gesamtheit als Basis für die Strukturierung digitaler klinischer Dokumentation verwendet. Hierbei werden Begriffe verwendet, wie z.B. Belege, Dokumente, Dokumententypen und Register. Worin die Unterschiede liegen, werden die nachfolgenden Abschnitte näher beleuchten.

1.1. ORDNUNGSSYSTEME

Jedem Ordnungssystem liegt ein Ordnungsprinzip zu Grunde. Frei nach dem Motto: »Ordnung ist das halbe Leben«, trägt die Verwendung von Ordnungsprinzipien zur Anwenderfreundlichkeit von Ordnungssystemen bei. Auch die bekanntesten Ordnungssysteme folgen klaren Prinzipien. Das kann zum Beispiel alphabetisch, systematisch, chronologisch oder hierarchisch sein.

1.2. KLASSIFIKATIONEN

Klassifikationen sind geeignete Ordnungsprinzipien, um essenzielle Inhalte eines speziellen Themengebietes zu strukturieren und zu vereinheitlichen.

Bekannte Beispiele in der Medizin sind u.a.:

- Die ICD-10-GM zur Verschlüsselung von Krankheiten in der stationären und ambulanten Versorgung.
- Die ICD-10-WHO zur Verschlüsselung der Todesursachen.
- Die ICD-O-3 zur Verschlüsselung von Topografie und Morphologie von Neubildungen.
- Die TNM als Facettenklassifikation zur Verschlüsselung u.a. der Tumorausdehnung, des regionären Lymphknotenbefalls und der Fernmetastasierung.
- Der OPS zur Verschlüsselung von Maßnahmen im Rahmen der Behandlung.

1.2.1. MERKMALE EINER KLASSIFIKATION

In jeder guten Klassifikation sollte gesichert sein, dass alle möglichen essenziellen Inhalte eines Sachverhaltes darin abgebildet werden. Ebenso sollte eine umfangreiche Klassifikation aus einem alphabetischen und systematischen Teil bestehen und zusätzlich in einem Textteil beschrieben sein.

Resteklassen der KDL
Eine Klassifikation muss vollständig sein. Dies wird durch das Erstellen von Resteklassen gewährleistet. Das bedeutet, sobald ein Sachverhalt nicht in eine spezielle Klasse eingeordnet werden kann, wird die Resteklasse als Reserve genutzt, und somit ist die Zuordnung des Sachverhaltes gesichert.

Beispiel 1 »Anwendung der Resteklassen«

Der Leistungserbringer erstellt für seine Einrichtung ein neues Formular für die »Poststationäre Verordnung einer alternativen Behandlungsmethode«.

Die KDL-2021 stellt für die Klassierung poststationärer Verordnungen folgende Kodes zur Verfügung:

AM160301	Heil-/Hilfsmittelverordnung
AM160302	Krankentransportschein
AM160399	Sonstige poststationäre Verordnung

Um das neue individuelle Formular des Leistungserbringers mit der KDL zu klassieren, ist die Resteklasse »Sonstige poststationäre Verordnung« zu verwenden.

Ordnungssystem der KDL
Umfangreiche Klassifikationssysteme bestehen idealerweise aus nachfolgenden Bestandteilen:

- systematischer Teil
- alphabetischer Teil
- Textteil

Wichtige Informationen im Umgang mit der Klassifikation werden häufig mit entsprechenden Hinweisen näher erläutert und Sachverhalte, die bereits eingeschlossen bzw. ausgeschlossen sind, werden im Inklusivum bzw. Exklusivum erwähnt. Die Berücksichtigung von Ordnungssystemen in der KDL ist im Kapitel 2 beschrieben.

Notation
Um eine nationale, aber auch internationale Auswertbarkeit zu gewährleisten, ist es sinnvoll, den Klassen eine eindeutige Identifikation voranzustellen. Dies wird als Notation bezeichnet und kann numerisch, aber auch alphanumerisch gestaltet werden.

Mit der Verwendung einer Notation wird auch eine semantische Sprachbarriere überwunden. Die alphanumerische Notation ist dann sinnvoll, wenn anhand dieser die verwendete Klasse leichter nachvollziehbar sein soll.

Beispiel 2 »Interpretation KDL-Kode«

In einer digitalen Patientenakte sind folgende KDL-Kodes verschlüsselt:

AM160101	Blutgruppenausweis
AD020202	Befundbogen
LB120103	Laborbefund intern

Interpretation Notation:

AM = Administration	AM1601 = Patienteneigene Dokumentation
AD = Arztdokumentation	AD0202 = Befunderhebungen
LB = Labor	LB1201 = Laborbefunde

Bereits an den ersten beiden Stellen des KDL-Kodes ist ersichtlich, ob das Dokument korrekt klassiert ist. Dies erleichtert eine retro-spektive Qualitätskontrolle und weist direkt auf offensichtliche Fehlklassierung hin.

1.2.2. MONOHIERARCHISCHE UND POLYHIERARCHISCHE BEGRIFFSSTRUKTUREN

Das Zuordnen eines Sachverhaltes zu einer Klasse wird Klassieren genannt. Voraussetzung für eine Klassifikation ist, dass alle Sachverhalte mit den entsprechenden Klassen abgebildet werden können. Bei einer monohierarchischen Begriffsstruktur handelt es sich um ein Ordnungsprinzip, bei dem entsprechende Sachverhalte speziell dafür vorgegebenen Klassen zugeordnet werden. Die »Klassen sind disjunkt, das heißt, sie schließen sich gegenseitig aus und überlappen sich nicht«[4].

Eine polyhierarchische Begriffsstruktur ermöglicht die Zuordnung eines Sachverhaltes in mehrere Klassen. Diese Klassen sind dann nicht disjunkt.

1.3. ZWECK DER KDL-KLASSIFIKATION

Jeder Leistungserbringer hat seine eigene Vorstellung, wie und wo er medizinische Daten speichert und verfügbar macht. Um diese Individualität zu erhalten, macht der Einsatz der KDL Sinn. Werden die Dokumente zusätzlich oder sogar direkt mit der KDL klassiert und dieses weitere Dokumentenmerkmal gespeichert, sind die medizinischen Informationen standardisiert. Dabei ist es unerheblich, ob ausschließlich eine papiergeführte Patientendokumentation oder eine digitale Patientendokumentation im Einsatz ist.

Durch die gemeinsame Abstimmung verschiedener Mappingkonzepte, wie z.B. »KDL-Mapping IHE-XDS classCode und typeCode«, ist es möglich, auch individuelle Dokumentation von Leistungserbringern interoperabel verfügbar zu machen. Weiterführende Informationen zu den Mappingkonzepten sind unter Kapitel 4.2.3 aufgeführt.

Die KDL stellt dabei sicher, dass diese – für das Haus individuellen Dokumentenbezeichnungen – immer mit den aktuellen IHE-XDS Value Sets (ClassCode/TypeCode) abgeglichen werden. Die KDL sorgt im Hintergrund für eine Standardisierung der Dokumentennamen. Die Namensgebung in der Anwendungsumgebung des Nutzers wird davon nicht berührt. Sie soll aber auch eine Orientierung sein, um medizinische Dokumente in klinischen Informationssystemen einheitlich zu benennen und so die große Vielzahl an verwendeten Synonymen zu begrenzen.

Von der Nutzung des gesamten Kodesystems als digitale Aktenstruktur wird abgeraten. Dafür ist es nicht entwickelt worden. In welchem Register und Unterregister das jeweilige Dokument in der elektronischen Patientenakte visualisiert wird, sollte in der Hoheit der Leistungserbringer bleiben.

1.3.1. DIE STRUKTURIERTE PAPIER-PATIENTENAKTE

Die Dokumentation während des stationären Aufenthaltes findet bisher noch überwiegend in der papiergeführten Patientenakte