

Richtlinien der Klinischen Dokumentenklassen-Liste (KDL)

Klassierung von Dokumenten im Gesundheitswesen

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

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.dnb.de>> abrufbar.

© 2021 DVMD e.V.

Herstellung und Verlag: BoD – Books on Demand GmbH,
Norderstedt
Umschlaggestaltung: Fleck · Zimmermann, Berlin

ISBN 978-3-7543-4900-7

INHALT

Vorbemerkung	9
1. Die Klassifikation als Ordnungsprinzip	11
1.1. Ordnungssysteme	12
1.2. Klassifikationen	13
1.2.1. Merkmale einer Klassifikation	13
1.2.2. Monohierarchische und polyhierarchische Begriffsstrukturen	15
1.3. Zweck der KDL-Klassifikation	16
1.3.1. Die strukturierte Papier-Patientenakte	17
1.3.2. Die strukturierte digitale Patientenakte	18
1.3.3. Die strukturierte digitale Patientenakte für weitere Leistungserbringer	21
1.4. Dokumententypen und Dokumente	23
1.4.1. Dokumente	24
1.4.2. Dokumententypen und Dokumentenklassen	26
1.5. Papierdokumente und digitale Dokumente	27
1.6. Originär elektronische Dokumente	28
1.7. Elektronische Akten	29
1.7.1. Elektronische Aktentypen	30
1.7.2. Elektronische Patientenakte – ePA	30
1.7.3. Elektronische Fallakte – eFA	32
1.8. Zusammenfassung	33
2. Klinische Dokumentenklassen-Liste (KDL)	35
2.1. Hintergrund der Entwicklung	35
2.2. Historische Entwicklung der KDL	36
2.3. Der Weg zur Klassifikation	37
2.3.1. KDL beta – 2014	38
2.3.2. KDL 1.0 von 2015	39

2.3.3.	KDL 3.0 – 1. Revision.....	40
2.4.	Aufbau der KDL.....	41
2.5.	Notation.....	41
2.5.1.	Klassen der KDL	42
2.5.2.	Unterklassen der KDL.....	43
2.5.3.	Dokumentenklassen der KDL	43
2.5.4.	Hilfsmittel zur Klassierung	44
2.6.	Ausblick.....	46
3.	Weiterentwicklung KDL.....	49
3.1.	DVMD-AG »Weiterentwicklung der KDL«	49
3.2.	Quantitative Entwicklung der Dokumentenklassen	50
3.3.	KDL-Anwendergruppe	51
3.4.	Ausblick.....	51
4.	Richtlinien zur Klassierung mit der KDL.....	53
4.1.	Voraussetzungen für eine Klassierung	53
4.2.	Leitfaden zur Klassierung	54
4.2.1.	Papiergeführte medizinische Dokumentation.....	54
4.2.2.	Elektronische medizinische Dokumentation	59
4.2.3.	Öffentliche Mappingkonzepte	60
5.	Zahlen, Daten, Fakten – Mehr Akten- und Dokumententransparenz durch den Einsatz der KDL	63
6.	Zusammenfassung und Ausblick	67
	Abkürzungsverzeichnis	69
	Abbildungsverzeichnis.....	71
	Quellenverzeichnis	73
	Anhang	75

Anh. 1: Klassen und Unterklassen der KDL-2021 (sortiert nach Notation)	75
Anh. 2: Systematisches Verzeichnis KDL-2021	78
Anh. 3: Alphabetisches Verzeichnis KDL-2021 inkl. Beschreibung der Dokumentenklassen	81
Über die Autoren	141
Über den DVMD e.V.	143

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 Rechtsmanagements 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 Codes 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 retrospektive 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 Codesystems 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 statt. Viele Dokumente werden bereits elektronisch erzeugt, befinden sich dennoch ausgedruckt in der Papier-Patientenakte.

In der Patientenakte werden die unterschiedlichen Dokumente in verschiedene Register abgelegt. Dadurch sind bestimmte Dokumente leichter wiederzufinden, außerdem dokumentieren die verschiedenen Berufsgruppen eines Leistungserbringers damit einheitlich und zielgerichtet.

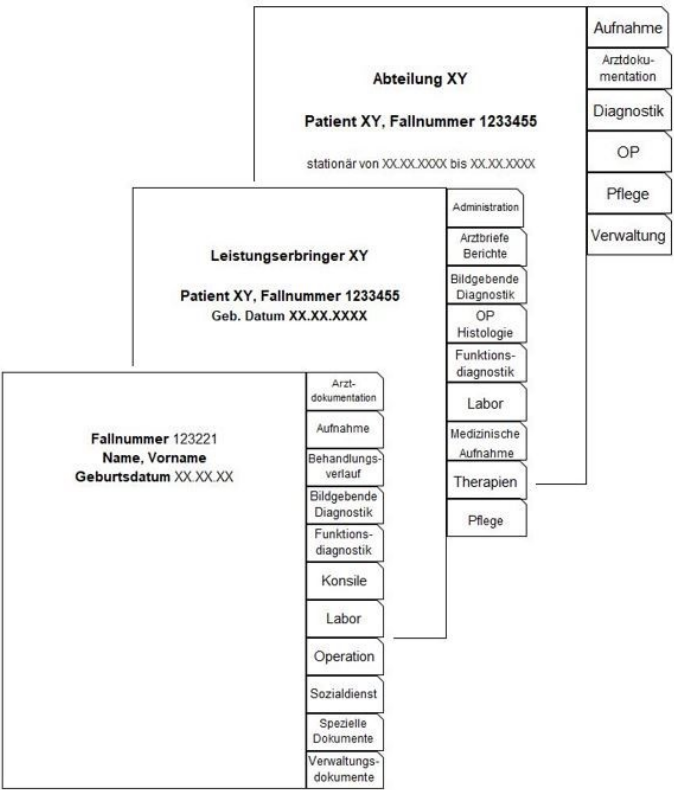


Abb. 1: Beispiele Registerblätter

Als optische Trennung werden häufig Registerseiten in die Patientenakte eingefügt. Auf diesen Registerseiten ist meistens als Anhaltspunkt für die Dokumentablage eine weitere Untergliederung der Register zu finden. Unterregister in Form von Trennseiten befinden sich eher selten in den papiergeführten Patientenakten. Beispiele für Registerseiten sind in Abb. 1 dargestellt.

In der Regel besteht eine Akte aus ungefähr 6 bis 12 Registern. Die Anzahl der vorhandenen Register innerhalb einer Patientenakte variiert je nach Versorgungsstufe beziehungsweise nach den Behandlungsschwerpunkten eines Hauses.

Die Patientenakten von Leistungserbringer A, welcher lediglich die Abteilungen Innere und Gynäkologie in seinem Haus aufweist, werden wahrscheinlich eine geringere Aktenstärke nach dem stationären Aufenthalt eines Patienten aufweisen, als die Patientenakten von Leistungserbringer B, welcher zusätzlich noch die Abteilungen Intensivmedizin, Chirurgie und Onkologie in seinem Haus betreibt. Um die Patientenakten dennoch übersichtlicher zu gestalten, wird Leistungserbringer B seine Patientenakten mit einer größeren Anzahl an Registern versehen als Leistungserbringer A.

1.3.2. DIE STRUKTURIERTE DIGITALE PATIENTENAKTE

Ist der Patientenfall abgeschlossen, wird die Akte archiviert. Einige Leistungserbringer beauftragen dafür einen externen Dienstleister. Im Zuge des digitalen Wandels lassen viele Leistungserbringer die Papier-Patientenakte nicht nur in Papierform archivieren, sondern immer häufiger auch digital.

Im Nachfolgenden soll die strukturierte digitale Patientenakte in Zusammenarbeit mit einem externen Archivierungsdienstleister betrachtet werden. Bei der Beauftragung eines externen Archivierungsdienstleisters wird die Papierkrankenakte nach der Entlassung des Patienten durch das Krankenhausarchiv an den externen

Archivierungsdienstleister übergeben und gelangt nach dem Scanprozess in die revisionssichere digitale Langzeitarchivierung. Anders als bei der Archivierung der Papier-Patientenakte werden bei der digitalen Patientenakte auch die zu einem Patientenfall gehörenden elektronischen Dokumente beigelegt.

Durch die Zusammenführung gescannter und elektronischer Dokumente entsteht eine konsolidierte Patientenakte, welche vollständig intersektoral auf elektronischem Weg ausgetauscht werden kann. Weiterhin hat der Leistungserbringer jederzeit Zugriff auf die digitale Patientenakte in seinem Dokumenten-Management-System (DMS). Der Leistungserbringer entscheidet dabei selbst, in welcher Struktur, d.h. Register-/Unterregisterstruktur, die digitale Patientenakte im DMS visualisiert werden soll. Beispiele zur Visualisierung im DMS sind in Abb. 2, Abb. 3 und Abb. 4 dargestellt.

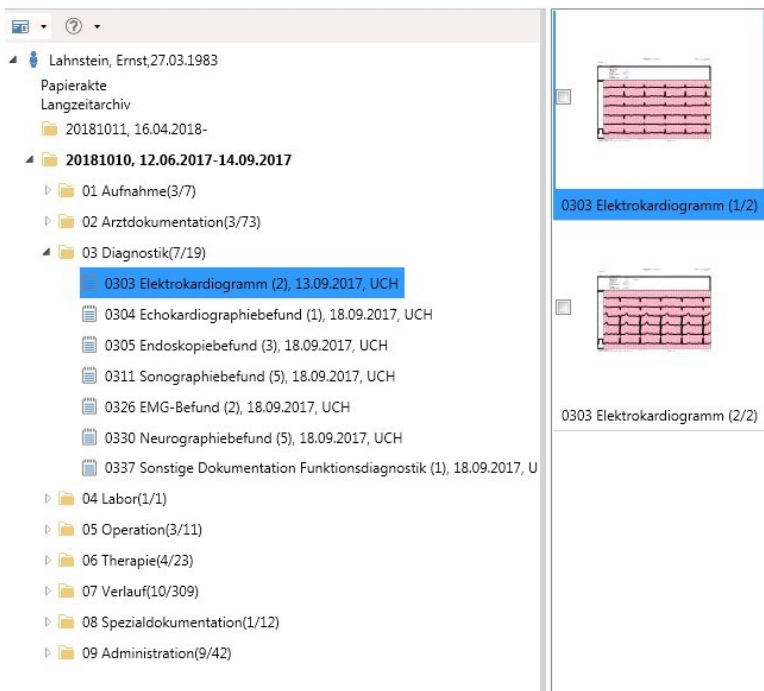


Abb. 2: Archivverwaltungsprogramm (AVP), Fa. DMI GmbH & Co. KG

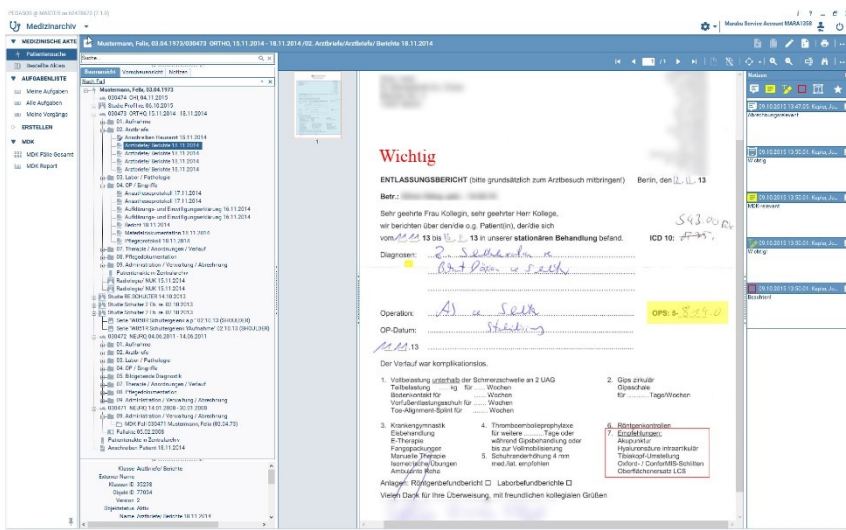


Abb. 3: Pegasos, Fa. Nexus-Marabu GmbH

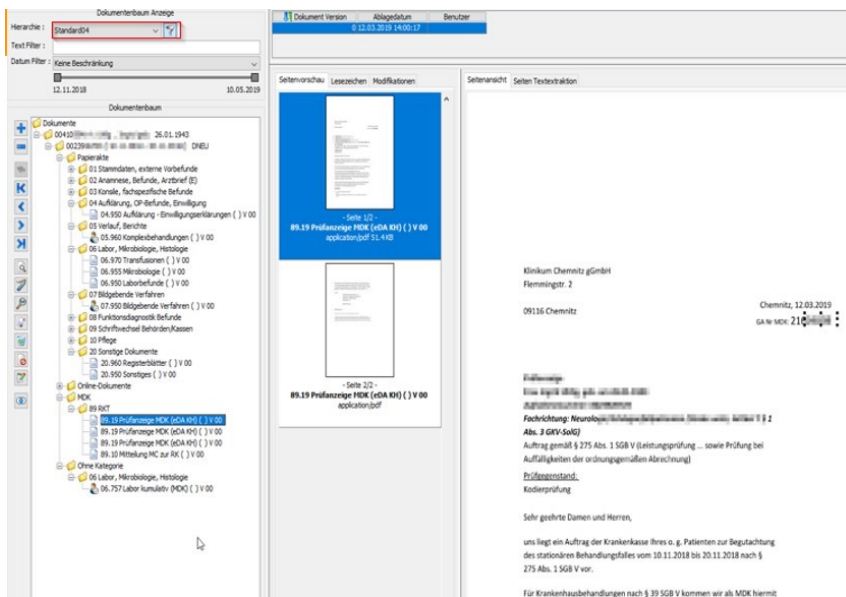


Abb. 4: CGM Clinical Archiv, Fa. CompuGroup Medical SE

1.3.3. DIE STRUKTURIERTE DIGITALE PATIENTENAKTE FÜR WEITERE LEISTUNGSERBRINGER

Laut § 275 SGB V ist gesetzlich geregelt, dass die »ordnungsgemäße Abrechnung« der Leistungserbringer durch den Medizinischen Dienst (MD) geprüft wird. Dafür wird der MD von der Krankenkasse zur Prüfung beauftragt.

Mit dem MDK-Reformgesetz⁵, welches zum 01.01.2020 in Kraft getreten ist, gehören die MDs nun nicht mehr als Arbeitsgemeinschaft zu den Krankenkassen, sondern stellen eine eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts dar. In diesem Rahmen ist weiterhin geregelt, dass im Jahr 2020 je Leistungserbringer die Prüfquote auf 12,5 % (im Rahmen der Corona-Pandemie Senkung auf 5 %) begrenzt ist. Ab 2021 richtet sich die Prüfquote nach der Abrechnungsqualität. Ist der Anteil fehlerhafter Abrechnungen in einem Quartal über einen bestimmten Prozentsatz gestiegen, wird sich im darauffolgenden Quartal auch die Prüfquote erhöhen. Bei angezweifelte Diagnosen, Prozeduren, Verweildauern etc. muss die Richtigkeit der Abrechnung mit Hilfe der medizinischen Dokumentation nachgewiesen werden.

Diese ärztliche, pflegerische oder therapeutische Dokumentation wird aktuell über verschiedene Wege dem MD bereitgestellt. Die Entscheidung über den Bereitstellungsweg obliegt noch bis 30. Juni 2022 dem verantwortlichen MD.

Dabei sind folgende Varianten möglich:

- Kopie der abrechnungsrelevanten Dokumentation per Post,
- Scan oder PDF-Druck und gebrannt auf CD per Post,
- PDF-Druck und elektronisch übertragen per Mail,
- Einsicht in die Original-Papierakte und weiterer elektronischer Dokumentation im Krankenhausinformationssystem während einer Krankenhausbegehung.

- digitale Bereitstellung ins Leistungserbringerportal (LE-Portal)

Seit dem 1. Januar 2021 sollen die Dokumente gemäß dem »Digitale-Versorgung-Gesetz« (DVG), aber MDK-Reformgesetz, ausschließlich elektronisch zwischen dem Leistungserbringer und dem Medizinischen Dienst ausgetauscht werden. Die Herausforderungen für die technische, aber auch prozessuale Umsetzung wurden seitens des Gesetzgebers unterschätzt. Sowohl für die Leistungserbringer, als auch Medizinischen Dienste war dieser Termin nicht haltbar.

Das LE-Portal wird dennoch definitiv die bundesweite Daten- und Dokumentendrehscheibe für die Kommunikation zwischen Leistungserbringer und MD werden. Die elektronische-Vorgangsübermittlungs-Vereinbarung (eVV)⁶ vom 9. Juni 2021 gibt die Klassierung der abrechnungsrelevanten Unterlagen bzw. Dokumente verpflichtend ab 1. Juli 2022 vor. Die Übertragung erfolgt spätestens dann ausschließlich digital und Dokumentenbasiert.

Die übermittelnden Unterlagen müssen mindestens in eine der vier – vom MD definierten – Kategorien eingeordnet werden.

MD-Dokumentenklassierung ab 1. Juli 2022:

KHB	Krankenhaus-Berichte
KPA	Kurve-Pflege-Arzt-Dokumentation
TLB	Technische -/Laborbefunde
ZUS	Zusätzliche Informationen

Optional ist es ab 1. Juli 2022 auch bereits möglich, die Unterlagen klassiert nach `DocumentEntry.classCode`, `DocumentEntry.typeCode` und KDL-Kode zu übergeben. Spätestens jedoch zum 1. Januar 2024 ist die Kommunikation ausschließlich anhand dieser semantischen Ordnungssysteme vorgeschrieben.

Für die Konvergenzphase bis 1. Januar 2024 steht auch ein Mappingkonzept zwischen KDL & der bundesweiten 4er-Nomenklatur optional zur Verfügung.

Auch dieses Beispiel macht deutlich, wie wichtig die Standardisierung medizinischer Dokumente ist – sei es auch nur technisch im Hintergrund auf Datenbankebene. Erfolgreiche Projekte zeigen, dass durch die Klassierung der medizinischen Dokumente mit der KDL eine solide Basis für eine technologische einheitliche Schnittstelle geschaffen ist. Durch den Einsatz von Mappingkonzepten, z.B. »KDL & MD Nomenklatur bundesweit« ist der digitale Austausch sichergestellt. Dabei ist es unerheblich, ob die Dokumentation papiergeführt oder bereits elektronisch erzeugt wird.

Fazit

Die KDL ist ein wichtiges Bindeglied zwischen den individuellen Aktensystemen bzw. Dokumenten der Leistungserbringer, um den intersektoralen digitalen Austausch sicherzustellen. Weitere Informationen hierzu sind dem Kapitel 4.2.3 zu entnehmen.

1.4. DOKUMENTENTYPEN UND DOKUMENTE

Die Inhalte einer Patientenakte oder auch die Bestandteile der medizinischen Dokumentation werden häufig gar nicht so genau betrachtet. Experten, Berater, ITler, etc. definieren die Begriffe Dokumententyp und Dokument jeweils mit einer unterschiedlichen, erfahrungsbasierten Sicht.

Im folgenden Abschnitt soll die Sichtweise der Urheber der KDL erläutert werden. Worin liegt der Unterschied zwischen den Dokumenten und Dokumententypen in der medizinischen Dokumentation? Wo ist die Abgrenzung zur KDL? Warum war es richtig, die KDL zu entwickeln?

1.4.1. DOKUMENTE

Im Rahmen der Patientenversorgung entstehen Dokumente in der Regel als Zusammenfassung von Untersuchungen, Therapieberichten oder des Patientenaufenthaltes und vieles mehr. Das bekannteste Beispiel ist der Arztbrief. Dieser dient als Zusammenfassung der Patientenbehandlung und als Informations- und Kommunikationshilfe für den weiterbehandelnden Arzt.

Gerade in einem Krankenhaus entstehen bei einer interdisziplinären Patientenbehandlung mehrere Arztbriefe, wobei ggf. jede Abteilung ein anderes Synonym für die Zusammenfassung verwendet.

Beispiele für Synonyme der Zusammenfassung einer Patientenbehandlung:

- Arztbrief, Arztbericht, Epikrise
- Entlassbrief, Entlassungsbrief, Entlassbericht

Um diese heterogenen Dokumentenbezeichnungen auch in der digitalen Patientenakte zu verwalten, werden diese für die Visualisierung in der digitalen Patientenakte zu einem Dokumententyp, zum Beispiel »Arztbriefe«, zusammengefasst (Abb. 5).

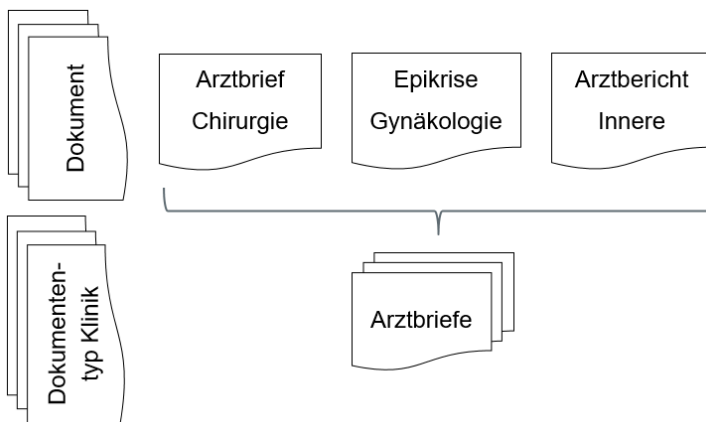


Abb. 5: Zusammenhang Dokumente und Dokumententypen

Ein weiteres wichtiges Merkmal eines Dokumentes ist die Mehrseitigkeit. Auch wenn sich ein Arztbrief über mehrere Seiten erstreckt, spricht man von einem Dokument.

Deutlich sieht man die Notwendigkeit der Bildung von Dokumententypen in der digitalen Patientenakte, wenn der Leistungserbringer die eigenen Dokumente von mitgebrachten Dokumenten anderer Leistungserbringer abgrenzen möchte (Abb. 6).

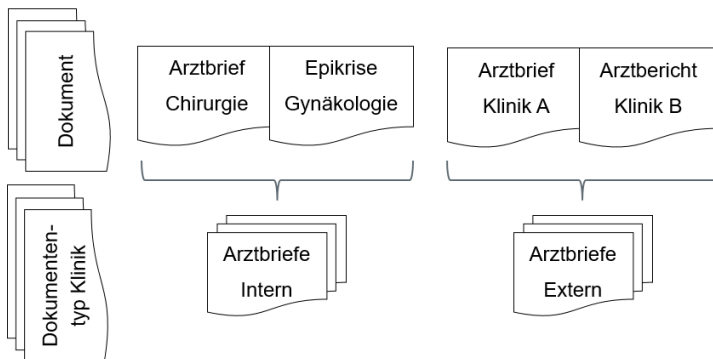


Abb. 6: Zusammenhang Dokumente und Dokumententypen

1.4.2. DOKUMENTENTYPEN UND DOKUMENTENKLASSEN

Betrachtet man mehrere Leistungserbringer, wird deutlich, wie wichtig der Einsatz von standardisierten Dokumentenklassen wie die KDL ist, um medizinische Dokumentation auch intersektoral auswertbar und austauschbar zu machen.

Auswertungen haben gezeigt, dass bei rund 50 Kliniken ca. 15.000 verschiedene Dokumenten(typen)-Bezeichnungen im Einsatz sind. Das bedeutet, jede Klinik verwendet rund 300 verschiedene Dokumententypen, um die medizinischen Informationen in Dokumenten formal zu beschreiben und wieder auffindbar zu machen.

Um den verschiedenen Leistungserbringern zu ermöglichen, medizinische Dokumente digital auszutauschen, ist der Einsatz von nationalen oder auch internationalen Standards notwendig.

Ein wichtiger Standard sind die definierten IHE-XDS Value Sets. Hier sind u.a. Dokumententypen (TypeCode) und Dokumentenklassen (ClassCode) definiert, die für den intersektoralen Austausch zu verwenden sind. Die KDL stellt wiederum für die Type- und ClassCodes eine granularere Beschreibung der Dokumente dar und unterstützt die Umsetzung des intersektoralen Austausch auf Basis IHE (Abb. 7).

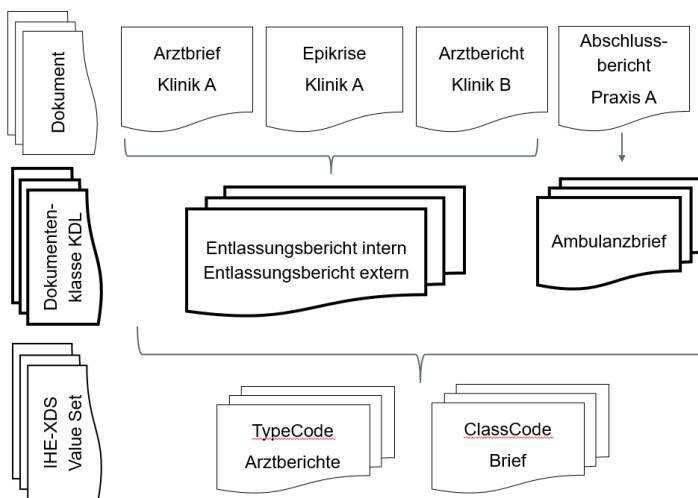


Abb. 7: Zusammenhang Dokumententypen Leistungserbringer und KDL

1.5. PAPIERDOKUMENTE UND DIGITALE DOKUMENTE

Das deutsche Gesundheitswesen arbeitet zum jetzigen Zeitpunkt in der stationären Versorgung mit hybriden Systemen und dadurch entstehen hybride Akten (papierbasiert, digitalisiert, elektronisch). Das heißt, es gibt Krankenhäuser, die elektronische Dokumente vorhalten und nebenher mit einer reinen Papierakte arbeiten oder diese Papierakte nach der Behandlung digitalisieren und diese dadurch arbeitsplatzunabhängig im DMS zur Verfügung stellen können. Die arbeitsplatzunabhängige Präsentation ist der Hauptnutzen der Digitalisierung.

Was ist der Unterschied zwischen einem Papier-Dokument (pDok) und einem digitalen Dokument (dDok)?

Die Dokumentation in deutschen Krankenhäusern ist nach wie vor überwiegend papierbasiert. Nach Marktbeobachtungen kann davon ausgegangen werden, dass derzeit ca. 300 Krankenhäuser noch ausschließlich auf Papier dokumentieren.

In den letzten Jahren wurden elektronische Patientenakten aufgebaut. Diese eAkten sind ausschließlich institutionelle Akten, deren Datenbanksystem proprietär und damit für einen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern (intersektoral oder interregional) nicht geeignet ist.

Durch das Scannen von Papierbelegen (= Digitalisieren) werden die aus einer Papierakte erzeugten Digitalisate analog zu den originär erzeugten Dokumenten auch im DMS abruf- und anzeigbar. Während ein Papierdokument aus mehreren Seiten besteht, wird ein digitalisiertes Dokument in einer digitalen Datei abgespeichert. Ein gescannter Arztbrief, der als Papier-Arztbrief mehrere Seiten umfasst, wird in einer digitalen Datei erfasst und kann digital abgelegt werden, wenngleich in diesem Fall – wie auch im Fall der institutionellen eAkten – ein Datenaustausch von einzelnen medizinischen Werten nicht möglich ist.

1.6. ORIGINÄR ELEKTRONISCHE DOKUMENTE

Digitalisierte Dokumente (gescannte Dokumente, dDoks) verfügen zunächst über keine Metadaten, es sei denn, sie werden automatisch oder manuell hinzugefügt. Dieses geschieht z.B. bei einem manuellen oder automatischen Klassierungsprozess.

Elektronische Dokumente (eDoks) bringen ihre Metadaten, wie z.B. Dokumentenbezeichnung, Erstellungsdatum, Ersteller, in der Regel mit. eDoks sind digitale Dateien, die mehr oder weniger stark technisch strukturiert und inhaltlich zusätzlich semantisch annotiert sein können. Dadurch sind ihre Daten einzeln und einfacher auswertbar. Darüber hinaus sind auch die originär erzeugten elektronischen Formulare und Dokumente – neben den gescannten Dokumenten – in der elektronischen Patientenakte im DMS visualisierbar.

Die lokale elektronische Patientenakte besteht aus Daten in einer Datenbank (eP-DB). Aus diesem proprietären Zustand muss ein einheitliches Format entstehen, das über drei Wege erfolgen kann:

- 1) Ausdruck von Daten auf Papier (pDok),
- 2) Scannen als digitale standardisierte Variante = Digitalisieren von Papier (dDok) oder
- 3) elektronische Erzeugung z.B. in Form von PDF (eDoks).

eDoks und dDoks werden zum Beispiel im DMS des Krankenhauses angezeigt und stellen damit eine digitale Akte dar.⁷

1.7. ELEKTRONISCHE AKTEN

Patientenakten unterscheiden sich zunächst darin, ob sie papiergebunden oder elektronisch geführt werden. Eine elektronische Akte sollte künftig einzelne Datenelemente nutzen und weiterverarbeiten können. Hierzu sind weitere sehr detaillierte Schritte bezüglich der semantischen Standardisierung notwendig. Die Verwendung von pDoks, dDoks und eDoks ist daher nur eine digitale Zwischenlösung auf dem Weg zur digitalen Transformation der Dokumentationsprozesse im Gesundheitswesen.

Das Ziel der Digitalisierung von Dokumentationsprozessen ist u.a. die interoperable Nutzung von elektronischen Gesundheitsdaten, die in einem System erzeugt und in einem anderen System verarbeitet werden können. Um die interoperable Nutzung von digitalen und elektronischen Dokumenten künftig zu ermöglichen, müssen diese zunächst in einen technischen Standard überführt werden. So können eDoks über das IHE-Profil XDS und gescannte Dokumente über das Profil XDS-SD (SD = Scanned Documents) technisch normiert werden.⁸ Durch eine normierte Ablage der Dokumente in einem Repository (ePA-Rep) sind die Dokumente digital und für den

intersektoralen Austausch vorbereitet. Als Basis für diese Ablage kann die KDL genutzt werden.

1.7.1. ELEKTRONISCHE AKTENTYPEN

Das primäre Unterscheidungsmerkmal von elektronischen Akten ist, ob sie arzt- oder patientengeführt sind.

Es gibt die institutionelle, arztgeführte Akte, die in einer Institution (Krankenhaus, Praxis) erstellt und intern genutzt wird. Für den intersektoralen Austausch wird die Akte (in Teilen) in Form einer elektronischen Fallakte (siehe unten) ausgetauscht. Diese Akte ist arztgeführt und für Patienten nicht einsehbar, es sei denn, der Patient macht sein Recht geltend und fordert eine Kopie der Patientenakte ein.

Im Gegensatz zur institutionellen Patientenakte ist die elektronische Patientenakte (ePA) eine patientengeführte Akte, da der Patient die Zugriffsrechte verwaltet.

1.7.2. ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE – EPA

Die elektronische Patientenakte nach §291a SGB V des E-Health-Gesetzes ist eine patientengeführte Akte und besteht aus drei Teilen bzw. Ablagebereichen für

- Dokumente von Ärzten für Ärzte (Arztbriefe, Befunde, Laborberichte, Röntgenaufnahmen),
- Dokumente vom Patienten (z.B. Scans, persönliche Gesundheitsdaten),
- Dokumente von der Krankenkasse (z.B. Informationen zu Gesundheitsprävention, IGeL-Leistungen u.v.m., ohne Einsicht in die anderen zwei Teile).

Für die Nutzung der Daten kann der Patient laut Gesetz differenzierte Zugriffsrechte z.B. für bestimmte Rollen, Fachgruppen oder

Einzelpersonen vergeben. Erst dann kann ein Leistungserbringer die Inhalte der Patientenakte nutzen oder Inhalte in diese Akte einstellen. Die Identifikation erfolgt über einen elektronischen Heilberufsausweis bzw. für den Patienten über die elektronische Gesundheitskarte oder über ein Smartphone mittels alternativer Versicherten-ID (Abk. al.vi). Neben dem Ablagebereich der Ärzte und des Patienten kommt der Bereich für die Krankenkasse hinzu. Hier kann die Krankenkasse Informationen, Quittungen, Unterlagen für Bonusprogramme oder Gesundheitspässe ablegen und dadurch den Patienten bei seinem Gesundheitsmanagement unterstützen.

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist vor allem für die Kommunikation der Leistungserbringer untereinander gedacht – d.h. zum Austausch zwischen Hausärzten, Fachärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, Reha- und Pflege-Einrichtungen, Apothekern, Psychotherapeuten. Bei diesen Akteuren liegt auch die inhaltliche Verantwortung. Über die ePA kann dem Hausarzt der Arztbrief des Facharztes oder der Entlassbrief aus einem Krankenhaus übermittelt und zur Verfügung gestellt werden, ohne dass dieser per Post geschickt oder durch den Patienten in Papierform übergeben werden muss.

Das E-Health-Gesetz nennt als Pflichtinhalte der elektronischen Patientenakte lediglich

- die Notfalldaten des Patienten,
- elektronische Arztbriefe sowie
- den Medikationsplan,

der in den kommenden Jahren stufenweise eingeführt werden soll. Der Medikationsplan soll zukünftig die Sicherheit von Arzneimitteltherapien verbessern, indem er einen Überblick über die vom Patienten eingenommenen Medikamente gibt. Laut Gesetz sollen mit der elektronischen Patientenakte explizit auch die Voraussetzungen für weitere medizinische Daten und Dienste für eine zukünftige Erweiterung geschaffen werden.

Der Patient selbst kann die Dokumente und Daten der elektronischen Patientenakte einsehen, indem ihm die gewünschten Dokumente und Daten über sein Patientenfach zur Verfügung gestellt werden. Im Unterschied zur Patientenakte, für die Patienten keine Bearbeitungsoption erhalten, haben Patienten auf ihr Patientenfach schreibenden Zugriff und sollen laut Gesetz ihre Daten auch außerhalb der Arztpraxis eigenständig einsehen, verwalten und ergänzen können. Dies erfolgt zunächst nur über eine mobile Applikation. Auch könnten die mit Hilfe von Gadgets (mHealth-Technologien) oder technischen Medizinprodukten erhobenen persönlichen Gesundheitsdaten (Blutzuckerwerte, Blutdruckdaten, Sauerstoffsättigung, Aktivität) dort abgelegt werden.

Die Interaktion mit der Patientenakte erfolgt durch Anwender wie Ärzte, Pflegekräfte und Apotheker im Allgemeinen über die Primärsysteme – also Krankenhausinformationssysteme (KIS) oder Patientenverwaltungssysteme (PVS). Patienten nutzen die Akte hingegen über grafische Nutzerschnittstellen, die beispielsweise als Stand-Alone-Applikationen oder Websites implementiert sein können, zunächst jedoch lediglich als mobile Applikation zur Verfügung stehen.⁹ Die Kommunikation der IT-Systeme mit der Patientenakte erfolgt über die Service-Schnittstellen, wie sie bereits im IHE-Cookbook beschrieben sind.

1.7.3. ELEKTRONISCHE FALLAKTE – EFA

Mit einer elektronischen Fallakte (eFA)¹⁰ wird eine fallbezogene und strukturierte Sicht auf alle vorhandenen eDokumente in verschiedenen Institutionen gegeben, die zu *einem* medizinischen Fall eines Patienten erzeugt worden sind. Das eFA-Modell findet vor allem Anwendung in regionalen Verbünden oder in Medizinischen Versorgungszentren und ist darüber hinaus sehr gut geeignet für eine Nutzung in Krankenhauskonzernen oder Krankenhausverbünden. Die beteiligten Ärzte können sich jederzeit einen

aktuellen Überblick über den bisherigen Behandlungsverlauf verschaffen. Die eFA ist arztgeführt und intersektoral einsetzbar.

Zur Bereitstellung der eFA wird eine webbasierte Plattform verwendet (vgl. eFA Verein 2014). Die inhaltliche Verantwortung der Dokumente in der eFA und deren Vollständigkeit obliegt den behandelnden Ärzten. Durch den temporären Charakter der Akte als Fall sind Datenschutzthemen elegant gelöst, der Ansatz birgt jedoch bei der Archivierung der Dokumente eine potenzielle Lücke, da für die Archivierung jeder an der eFA beteiligte Akteur verantwortlich ist. Eine erneute Zusammenführung eines abgeschlossenen Falls ist derzeit schwerlich möglich, da die eFA einen temporären Charakter hat. Als sichere Infrastruktur steht für den Austausch die Gesundheits-Telematik-Infrastruktur (GTI) zur Verfügung.

1.8. ZUSAMMENFASSUNG

- Eine Akte fasst mehrere Register zusammen. Ein Aktendeckel beinhaltet die Metadaten einer Akte.
- Ein Register ist die oberste Einheit innerhalb einer Akte.
- Ein Register fasst mehrere Dokumententypen (=Unterregister) zusammen.
- Ein Dokumententyp fasst mehrere Dokumente zusammen oder beschreibt relevante Dokumente.
- Mehrere Belege werden zu einem Dokument (=Belegtyp) zusammengefasst.
- Ein Beleg besteht aus 2 Seiten: Seite 1 und 2.

Digitalisierte Dokumente (gescannte Dokumente, dDoks) verfügen zunächst über keine Metadaten, es sei denn, sie werden automatisch oder manuell hinzugefügt. Dieses geschieht z.B. durch einen manuellen oder automatischen Klassierungsprozess.

Elektronische Dokumente (eDoks) bringen ihre Metadaten mit, welche mehr oder weniger stark technisch strukturiert und inhaltlich zusätzlich semantisch annotiert sein können. Dadurch sind die Daten eines eDoks einzeln nutzbar und einfach auswertbar.

2. KLINISCHE DOKUMENTENKLASSEN-LISTE (KDL)

Die Überführung von der papiergeführten Patientenakte in eine rein elektronisch geführte Patientenakte geht langsam und in kleinen Schritten voran. Aktuell hält die erzeugte elektronische medizinische Dokumentation mit der papiergeführten Dokumentation noch die Waage. Die Corona-Pandemie 2020 hat hier jedoch auch einen Wandel herbeigeführt, der die digitale Transformation im Gesundheitswesen hoffentlich schneller vorantreiben wird.

Um die Patientenakte mehreren Nutzern mit entsprechenden Zugriffsrechten verfügbar zu machen, müssen sich die Einrichtungen im Gesundheitswesen mit der Thematik der Digitalisierung und damit auch digitalen revisionssicheren Langzeitarchivierung auseinandersetzen. Dabei ist die Digitalisierung – verstanden als das Scannen von Papierdokumenten – nur ein Zwischenschritt. Ziel ist dabei, die papiergeführte und originär erzeugte elektronische medizinische Dokumentation zu konsolidieren, aber auch Prozesse von Beginn an digital zu begleiten und auch die entstehenden Daten in einem digitalen revisionssicheren Langzeitarchiv zusammenzuführen, um die Beweissicherung über die vorgegebenen bis zu 30 Jahre zu gewährleisten.

2.1. HINTERGRUND DER ENTWICKLUNG

In den letzten Jahren ist der Umfang einer papierbasierten Patientenakte von durchschnittlich 10 Seiten auf 60 Seiten angestiegen. Die Informationsmenge steigt nicht nur durch die digitalen Medien, sondern auch durch die zunehmende Dokumentationspflicht. Im Zentrum steht nicht mehr nur die Behandlungsdokumentation, sondern auch die Zuarbeit für Kostenträger, das InEK Institut, den Medizinischen Dienst, den weiterbehandelnden Arzt, den externen Abrechnungsdienstleister, die Klinischen Krebsregister und/oder

die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung. Auch die Novelle zum Patientenrecht erfordert den Zugriff auf die Patientenunterlagen.

Um Datenredundanzen zu vermeiden und den intersektoralen Austausch zu unterstützen, ist der Einsatz einer standardisierten und sektorenübergreifenden Terminologie notwendig. Die Fachdienste Medizinische Dokumentation der DMI Archivierungsorganisation GmbH & Co. KG entwickelten – gemeinsam mit Vertretern aus Kliniken und Fachverbänden – eine Klassifikation für die Klassierung von Dokumenten im Gesundheitswesen. Mit der analytisch-synthetischen Klassifikation werden die Objekte des Wissensbereichs nicht in einer Baumstruktur gegliedert. In der erarbeiteten Tabelle erfolgt die Einordnung eines Objekts durch Zuordnung mehrerer voneinander unabhängiger Begriffe. Dabei werden sowohl papiergeführte Formulare als auch elektronisch entstandene Dokumente aus verschiedenen Dokumentationssystemen klassiert.

Um innovative Mehrwerte – wie z.B. automatische Prüfungen der Akteninhalte, automatische Prüfungen der Dokumenteninhalte mittels semantischer Analysen, Bereitstellung unterschiedlicher Sichten oder den intersektoralen Austausch – zu etablieren, musste die heterogene und mit Synonymen durchdrungene Dokumenten(typ)-Landschaft analysiert werden, um Schnittmengen zu finden.

Im Laufe der Entwicklungsarbeit wurden bereits Dokumente aus verschiedenen Sektoren – wie Krankenhaus, Ambulanz, Altenpflege, Forschung, Tumordokumentation und Rehabilitation – berücksichtigt und in die KDL aufgenommen.

2.2. HISTORISCHE ENTWICKLUNG DER KDL

Die Klinische Dokumentenklassen Liste ist ursprünglich als »Konsolidierte Dokumenten Liste« ins Leben gerufen worden. Hintergrund war das Ziel, digitalisierte und elektronisch erzeugte

Dokumente in einer elektronischen Patientenakte zusammenzuführen und einheitlich zu bezeichnen. In der Beta-Version war die KDL eine – für elektronische, digitalisierte Dokumente sowie für Bild-Dokumente – konsolidierte Liste aller Kerndokumente klinischer sektorenübergreifender Dokumentation.¹¹

In der KDL waren und sind alle relevanten Dokumente und deren Informationen aus der Patientendokumentation verfügbar. Die Perspektive der klinischen Forscher wird bereits in Teilen in der aktuellen Version berücksichtigt, dennoch muss die KDL kontinuierlich erweitert und modifiziert werden.

2.3. DER WEG ZUR KLASSIFIKATION

Die Idee, eine Dokumentenliste für das Gesundheitswesen zu entwickeln, um technische Prozesse zu unterstützen, wurde bereits 2012 geboren. Erste Untersuchungen, bezogen auf die Synonyme verwendeter Dokumentenbezeichnungen anhand einer Klinikstichprobe von 50 deutschen Kliniken, führte zu einer Beta-Version der KDL. Diese entsprach einer einfachen Liste, die für eine gebundene Indexierung verwendbar war.

Bereits in den ersten Tests zur Machbarkeit zeigte sich, dass diese einfache Liste nicht ausreichend ist, um die Vision »automatisierte Prozessunterstützung durch IT« umzusetzen. Auch wurde bereits deutlich, dass dieser Ansatz nicht nur für die stationäre Versorgung, sondern auch für andere Sektoren relevant ist. Ein roter Faden zieht sich schließlich durch die gesamte medizinische Dokumentation, unabhängig, wer Leistungserbringer ist.

2.3.1. KDL BETA – 2014

Basis für die Entwicklungsarbeit waren 50 Krankenhäuser der DMI Archivorganisation, bei denen bereits Dokumente automatisiert inhaltlich erschlossen wurden. Ergebnis der automatisierten Indexierung war die Information, in welchem Register bzw. Unterregister der digitalen Patientenakte dieses Dokument abgelegt werden soll. Die erste Extraktion aus den Trainingsuniversen für die automatisierte Indexierung ergab eine Dokumentensammlung von über 18.000 Dokumenten. Eine Gruppierung in Dokumententypen gab es zu diesem Zeitpunkt noch nicht, weil der Fokus ausschließlich auf der Visualisierung der digitalen Patientenakte in Registern und Unterregistern bei den Krankenhäusern lag.

In der weiteren Betrachtung wurden insgesamt mehr als 4.500 verschiedene Register- und Unterregisterbezeichnungen festgestellt. Besonders auffällig beim Einsatz von Unterregistern in der digitalen Akte war die Vermischung mit Dokumententypen. Dieser individuelle, aus der Praxis entstammende »Wildwuchs« bestätigte die Notwendigkeit für die Entwicklung einer einheitlichen Terminologie, um die Basis für weitere Chancen und Möglichkeiten für die digitale Patientenakte zu schaffen. Einen ersten Aufschlag bildete eine einfache Liste, die zu diesem Zeitpunkt als Master-Dokumenten-Liste bezeichnet wurde. Diese erste KDL-Beta enthielt 705 Bezeichnungen mit jeweils einer numerischen dreistelligen Notation (Abb. 8).

001	24-Stunden-RR
002	3M DRG Datenblatt
003	A/KU/Verlauf
004	A-Akte
005	AB0-Identitätstest
...	...
020	AG-Krebsbekämpfung
021	Akte
...	...

Abb. 8: Auszug aus der KDL, Stand 07/2014

2.3.2. KDL 1.0 VON 2015

Die KDL-Beta wurde anschließend regelmäßig bearbeitet und mit Kliniken und weiteren Gremien besprochen. Als nächster Zwischenschritt wurde die Dokumententypliste weiter inhaltlich angepasst, übersichtlicher gestaltet und die Anzahl der Dokumententypen deutlich verringert. Daraufhin entstand eine weitere Version mit 219 Dokumententypen und einer nun vierstelligen numerischen Notation. Auch diese Liste war alphabetisch sortiert.

In dieser Version 1.0 machte sich die Arbeitsgruppe jedoch bereits Gedanken zur Notation. Die ersten beiden Stellen orientierten sich am Anfangsbuchstaben der Dokumententypbezeichnung und dessen Platzierung im Alphabet (Beispiel: 0104 Anästhesiedokumentation).

Die beiden letzten Stellen wurden fortlaufend durchnummeriert. Sobald sich die ersten beiden Stellen der Notation änderten, wurde bei den beiden letzten Stellen wieder bei 1 begonnen (Abb. 9).

0101	Abrechnungsdokumentation
0102	Ambulanzdokumentation
0103	Anamnese
0104	Anästhesiedokumentation
...	...
0127	Aufnahmedokumentation
0128	Aufträge
0129	Ausweise/Pässe
0201	Beatmungsdokumentation
0202	Befunde
0203	Behördendokumente
0204	Belehrungen
0205	Berufsgenossenschaftsdokumentation
0206	Berufsgenossenschaft Bericht
0207	Bescheinigungen ärztlich

Abb. 9: Auszug aus der KDL 1.0 März 2015

2.3.3. KDL 3.0 – 1. REVISION

Im Sommer 2015 wurde die KDL 1.0 erneut grundlegend überarbeitet. Die bisherigen Erfahrungen hatten gezeigt, dass eine reine Liste nicht ausreicht, um die weitergehenden Anforderungen zu erfüllen. Um eine dokumentarische Ordnung in die KDL zu bringen, wurde der Entschluss für die Entwicklung einer monohierarchischen Klassifikation getroffen. Der Fokus lag dabei darauf, dass

- sprechende alphanumerische Notationen eingesetzt werden,
- als Dokumentenklassen ausschließlich Dokumententypen aufgenommen werden,
- die KDL erweiterbar sein muss und
- zu 100 % jedes Dokument damit klassiert werden kann und damit die Bildung von Restklassen erforderlich ist.

2.4. AUFBAU DER KDL

Aus der anfänglich einachsigen, alphabetisch sortierten Liste wurde ab der Version KDL-2016 eine Klassifikation, bestehend aus einem alphabetischen sowie einem systematischen Teil.

Der systematische Teil ist 3-achsig und enthält die KDL-Klassen, KDL-Unterklassen und KDL-Dokumenten(typ)-Klassen. Der alphabetische Teil der KDL enthält die Dokumenten(typ)-Klassen in alphabetisch sortierter Reihenfolge.

Die KDL wird außerdem einer jährlichen Aktualisierung unterzogen. Im Rahmen dieses Leitfadens erfolgt die Erläuterung des Aufbaus des Klassifikationssystems anhand der Version 2021. Die KDL-2021 ist zur Veranschaulichung als Anhang beigelegt. Die jeweils aktuelle Version ist unter [Simplifier¹²](#) abrufbar. Wollen Sie regelmäßige Informationen zur KDL und jährlich die Zusendung der neuen Version, nehmen Sie bitte Kontakt mit dvmd@dvmd.de auf.

2.5. NOTATION

Die einzelnen Dokumentenklassen der KDL dienen als Werkzeug für die inhaltliche Erschließung medizinischer Dokumente. Sie entsprechen damit Deskriptoren (Schlagwörtern), die im Rahmen einer gebundenen Indexierung verwendet werden. Um sicherzustellen, dass sich beispielsweise die Rechtschreibkorrektur der Klassenbezeichnung nicht negativ auswirkt, wenn diese bereits verwendet wurde, ist jeder KDL eine Notation vorangestellt. Diese Notation beschreibt den Deskriptor eindeutig. Wird eine Dokumentenklasse deaktiviert, wird diese Notation auch nicht neu vergeben. Im Klassifikationssystem selbst entsteht eine Lücke. Wichtig ist, dass nur die Dokumentenklassen der KDL – in der Abb. 10 = AU010101 Anamnesebogen – für die Klassierung von Dokumenten verwendet werden dürfen.

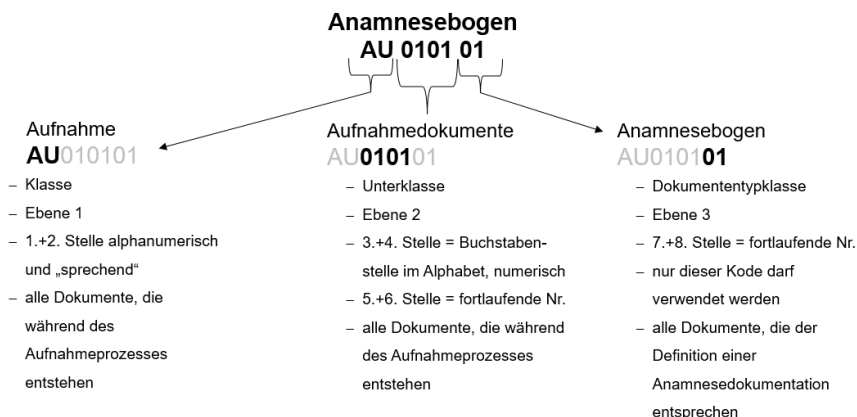


Abb. 10: Aufbau der Notation

2.5.1. KLASSEN DER KDL

Die KDL-2021 umfasst 13 Klassen (Abb. 11 und Anhang 1). Die Notation der Klassen ist zweistellig und alphanumerisch, besteht jedoch nur aus Buchstaben. Sie wird aus der Klassenbezeichnung abgeleitet.

Notation	Bezeichnung Klasse
AD	Arztdokumentation
AM	Administration
AU	Aufnahme
DG	Diagnostik
ED	Elektronische Dokumentation
...	...

Abb. 11: Auszug der Klassen der KDL-2021

2.5.2. UNTERKLASSEN DER KDL

Die KDL-2021 beinhaltet 57 Unterklassen (Anhang 1, Seite 75). Die Notation der Unterklasse ist alphanumerisch, wobei die ersten beiden Stellen die Klasse abbilden. Die 3. und 4. Stelle entspricht der Buchstabenplatzierung der Unterklassenbezeichnung im Alphabet, die letzten beiden Stellen werden fortlaufend nummeriert (Abb. 12).

AD0201 | Bescheinigungen

AD0201 = Klasse: Arztdokumentation

AD0201 = Unterklasse: Bescheinigungen

AD0201 = fortlaufende Nummer

Abb. 12: Herleitung Notation für die Unterklassen der KDL-2021

2.5.3. DOKUMENTENKLASSEN DER KDL

Mit der Version 2021 umfasst die KDL 381 Dokumentenklassen. Die Notation der Dokumentenklasse ist achtstellig; die ersten sechs Stellen entsprechen der Klasse und Unterklasse und die letzten zwei Stellen werden wieder fortlaufend nummeriert (Abb. 13).

AU050101 | Verordnung von Krankenhausbehandlung

→ **AU** Aufnahmedokumente

→ **AU0501** Einweisungs-/Überweisungsdokumente

→ **AU050101** fortlaufende Nummer

Abb. 13: Herleitung Notation für die Dokumentenklasse

Zu den Dokumentenklassen zählen auch 54 Resteklassen, die als Sonstige bezeichnet werden (Abb. 14). In den Resteklassen befinden sich Dokumente, die keiner passenden Dokumentenklasse zugeordnet werden können. Sie sind notwendig, um eine vollständige Klassierung der gesamten Dokumentation des Leistungserbringers zu gewährleisten.

Die Notation der Restklassen endet immer auf *99. Damit steht die Restklasse immer an letzter Position der Unterklasse und es ist problemlos möglich, weitere spezifische Dokumentenklassen einer Unterklasse hinzuzufügen.

Notation	Bezeichnung Dokumentenklasse
AD010199	Sonstiger Arztbericht
AD020199	Sonstige Bescheinigung
AD020299	Sonstige ärztliche Befunderhebung
AD060199	Sonstige Fallbesprechung
AM010199	Sonstige Abrechnungsdokumentation
AM010299	Sonstiger Antrag
AM010399	Sonstiger Aufklärungsbogen
...	
AM190299	Sonstiges Dokument Sozialdienst
AM220199	Sonstiger Vertrag
AU010199	Sonstige Aufnahmedokumentation

Abb. 14: Auszug der Restklassen

Betrachtet man die KDL-2021 (Anlage 2, Seite 78) genau, fällt auf, dass vereinzelt Lücken zwischen zwei aufeinanderfolgenden Notationen vorhanden sind. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass eine Notation einer inaktiven Dokumentenklasse nicht wiederverwendet werden darf. In den letzten Jahren wurden bereits einige Notationen im Rahmen der Weiterentwicklung der 3. Revision zusammengefasst oder ersetzt.

2.5.4. HILFSMITTEL ZUR KLASSIERUNG

Beschreibung der Dokumentenklassen

Jede Dokumentenklasse ist im alphabetischen Verzeichnis inhaltlich beschrieben, um die Klassierung zu erleichtern (Anlage 3, Seite 81). In den Beschreibungen sind eindeutige Merkmale beziehungsweise Unterschiede aufgelistet, um die richtige Dokumentenklasse wählen zu können.

Weiterhin werden Hinweise, Inklusiva und Exklusiva verwendet, um die Klassierung zu erleichtern.

Exklusiva

Gibt es zu einer KDL-Dokumentenklasse weitere ähnlich bezeichnete KDL-Dokumentenklassen, zu denen ein Dokument zugeordnet werden muss, werden diese im Exklusivum (Exkl.) aufgelistet. Der Anwender hat nun die Möglichkeit, die KDL-Zuordnung nochmal genau zu prüfen. Dadurch soll eine falsche oder ungenaue KDL-Zuordnung vermieden werden.

Inklusiva

Muss ein Dokument zwingend einer Dokumentenklasse zugeordnet werden, wird dies im Inklusivum (Inkl.) aufgeführt. In diesem Fall ist der gewählte KDL-Code zu verwenden.

Beispiel 3 »Klassierungshilfe über die Beschreibung des KDL-Typs«

TH060101 | Ergotherapieprotokoll

Beschreibung: Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Planung, Zielsetzung und Durchführung der ergotherapeutischen Behandlung.

Inklusivum: Abschlussbericht

Exklusivum: Anforderung Funktionstherapie

Der KDL-Dokumentenklasse »Ergotherapieprotokoll« dürfen keine Anmeldungen oder Anforderungen zugeordnet werden. Dafür gibt es die KDL-Dokumentenklasse »Anforderung Funktionstherapie«, welche Anmeldungen sowie Anforderungen zu therapeutischen Behandlungen beinhaltet. Eingeschlossen werden allerdings auch die Abschlussberichte der entsprechenden therapeutischen Behandlung, da dies im Inklusivum aufgelistet ist.

Beispiel 4 »Klassierungshilfe über die Beschreibung des KDL-Typs«

VL160106 | Pflegekurve

Beschreibung: Die Dokumentation beinhaltet Angaben über mehrere klinische Tage, zur Erfassung von Vitalzeichen, Medikamentengaben, Pflegemaßnahmen und Laborwerten. Vitalzeichen werden als Kurve dargestellt.

Exklusivum: Intensivpflegekurve, Säuglingskurve

Der KDL-Dokumentenklasse »Pflegekurve« dürfen keine Intensivkurven und Säuglingskurven zugeordnet werden, da diese im Exklusivum aufgelistet sind. Zu dieser KDL gibt es keine Dokumententypen, die eingeschlossen werden, da kein Inklusivum vorhanden ist.

2.6. AUSBLICK

Der Anteil an parallel der elektronisch-digitalen Hybrid-Patientenakte zugeführten papiergebundenen Originale wird durch die Verwendung der KDL fast gänzlich aufgehoben. Ohne zeitlichen, technischen oder organisatorischen Druck wird mit der zunehmenden Einführung originär elektronischer Prozesse der digitale (»ersetzend« gescannte) Dokumentenanteil in der archivierten Patientenakte reduziert. Völlig automatisch entwickelt sich somit aus der elektronisch-digitalen Hybrid-Archivierung ein rein elektronisches Archiv.

Das digitale Archiv bietet durch die Möglichkeit der Verwendung von dokument- und patientenaktenbezogenen Metadaten, in Verbindung mit der KDL-Klassierung, regelbasierte Auskünfte zur Vollzähligkeit und Vollständigkeit der Patientenakten.

Auf technischen Standards (IHE-Kompatibilität) basierende, rechtssichere, elektronisch/digitale Archive sind, in Verbindung mit geeigneten Kommunikationsstrukturen (TI-Infrastruktur, KV-Safenet, etc.), die Basis für eine permanente Sicherstellung der Compliance,

Interoperabilität und intersektoralen Kommunikation im Gesundheitswesen für jedes Gesundheitsunternehmen.

Die Zusammenführung der derzeit vorliegenden hybriden Akten (papierbasiert, digitalisiert, elektronisch) wird noch sehr viel Zeit beanspruchen, und für viele Kliniken wird der Weg lang sein von den papiergebundenen Dokumentationsprozessen und Papierarchiven über digitale Akten in Dokumentenmanagement-Systemen bis hin zur rein elektronischen datenbasierten Archivierung.

3. WEITERENTWICKLUNG KDL

Mit der Version 2018 und einer erfolgreichen dreijährigen Anwendungserfahrung durch DMS-Hersteller und im Rahmen der digitalen Langzeitarchivierung wurde die KDL an den DVMD (Der Fachverband für Dokumentation und Informationsmanagement in der Medizin e.V.) übergeben. Damit ist gewährleistet, dass die KDL von Anwendern und Experten im medizinischen Informationsmanagement objektiv und stetig weiterentwickelt wird.

Für die Weiterentwicklung organisiert sich innerhalb des DVMD die Arbeitsgruppe »Weiterentwicklung der KDL«.

3.1. DVMD-AG »WEITERENTWICKLUNG DER KDL«

Die KDL wird im ersten Quartal jeden Jahres kritisch betrachtet. Entsprechende Auffälligkeiten, unterjährige Änderungswünsche und neue Anforderungen werden zusammengetragen, gemeinsam in der Arbeitsgruppe »Weiterentwicklung der KDL« besprochen und die neue Version verabschiedet. Die Gültigkeit der KDL läuft vom 1. April eines Jahres bis 31. März des nächsten Jahres.

Das Kernteam der Arbeitsgruppe »Weiterentwicklung Klinische Dokumentenklassen-Liste« besteht aus Vertretern der stationären Versorgung, der privaten Abrechnung, einer Hochschule und der Industrie. Die Arbeitsgruppe wird vom Fachverband für Dokumentation und Informationsmanagement in der Medizin (DVMD e.V.) organisiert und geleitet. Die Teilnahme an der Arbeitsgruppe ist freiwillig. Rückmeldungen, Anregungen oder Erweiterungswünsche werden gern über dvmd@dvmd.de (Ansprechpartnerin: Annett Müller) oder Prozessentwicklung@dmf.de (Ansprechpartnerin: Susann Köhler) entgegengenommen.

3.2. QUANTITATIVE ENTWICKLUNG DER DOKUMENTEN- KLASSEN

Während die KDL-Klassen und KDL-Unterklassen bis auf einige Ausnahmen gleichgeblieben sind, hat sich die Anzahl der Dokumentenklassen in den letzten Jahren immer wieder verändert (Abb. 15). Dies ist auch gesetzlichen Anforderungen zuzuschreiben, wie z.B. Einführung Entlassmanagement, Einführung elektronischer Impfpass (eImpfpass), Medikationsplan (eMedikationsplan), Rezept (eRezept), etc.

Einen großen Einfluss auf die Anzahl der Dokumentenklassen hatte 2019 auch die Einführung einer Beschreibung pro Dokumentenklasse, um die Klassierung zu erleichtern. In diesem Zusammenhang fielen zum Beispiel Dubletten auf, die zu einem Ausschluss von zehn Dokumentenklassen führten.

Weiterhin fiel bei der quantitativen Auswertung verwendeter Dokumentenklassen auf, dass einige Dokumentenklassen gar nicht notwendig sind und nicht verwendet wurden. Auch dies führte zur Deaktivierung dieser Klassen.

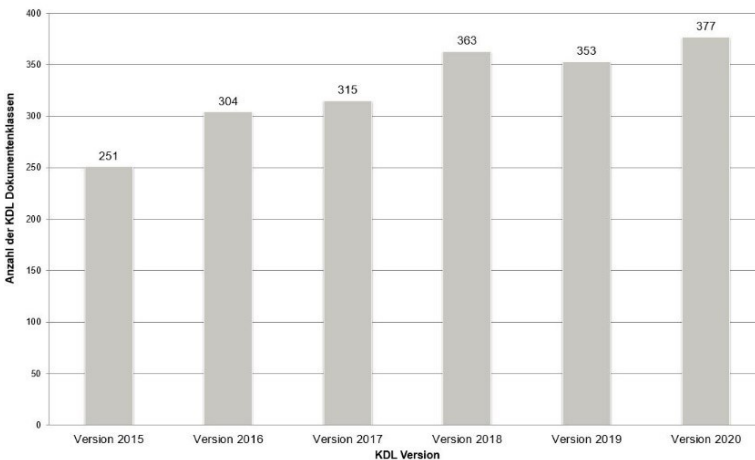


Abb. 15: KDL Dokumentenklassen

3.3. KDL-ANWENDERGRUPPE

Heute nutzen oder beschäftigen sich über 150 registrierte Anwender mit der KDL. Dies zeigt, dass sie als Standardisierungswerkzeug in der Branche anerkannt ist. Die Aufnahme in die KDL-Anwendergruppe ist freiwillig.

Die KDL-Anwendergruppe trifft sich einmal jährlich zum fachlichen Austausch im Rahmen des Interoperabilitätsforums. Bevor die KDL frei zur Verfügung gestellt wurde, bekamen lediglich die registrierten Anwender die jährlich neu verabschiedete KDL. Im ersten Jahr waren dies gerade 29 Anwender. Durch die öffentliche Bekanntmachung der KDL stieg die Zahl der Anwender auf über 150 Anwender an.

3.4. AUSBLICK

Für die KDL steht die Vision der Weiterentwicklung zu einer Ontologie im Raum.

»Ontologien in der Informatik sind meist sprachlich gefasste und formal geordnete Darstellungen einer Menge von Begrifflichkeiten und der zwischen ihnen bestehenden Beziehungen in einem bestimmten Gegenstandsbereich. Sie werden dazu genutzt, ›Wissen‹ in digitalisierter und formaler Form zwischen Anwendungsprogrammen und Diensten auszutauschen. Wissen umfasst dabei sowohl Allgemeinwissen als auch Wissen über sehr spezielle Themengebiete und Vorgänge.«¹³

Für die Weiterentwicklung der KDL beschäftigt sich die Arbeitsgruppe im nächsten Schritt mit der Fragestellung, ob es sinnvoll ist,

sie zu einer polyhierarchischen Begriffsstruktur oder einem Ontologiesystem auszubauen. Zu diesem Zweck arbeitet die DVMD-AG mit Mitgliedern des Interoperabilitätsforums zusammen.

Der Fortschritt des gemeinsamen Projektes ist unter HL7-Wiki¹⁴ nachvollziehbar.

4. RICHTLINIEN ZUR KLASSIERUNG MIT DER KDL

Um eine einheitliche, sektorenübergreifende und objektive Klassierung mittels KDL zu gewährleisten, wurden Richtlinien geschaffen und die einzelnen Dokumentenklassen definiert und beschrieben. Die Notwendigkeit dafür wird deutlich, wenn man sich bewusst macht, dass es vermutlich mehr als 740.000 Dokumententypen mit gleichem oder ähnlichem Inhalt in deutschen Krankenhäusern gibt. Diese Zahl berechnet sich aus der durchschnittlichen Anzahl von Dokumententypen pro Krankenhaus ($d=385$) und der Gesamtzahl der deutschen Krankenhäuser ($k=1.925$).¹⁵

Die KDL wird im stationären, pflegerischen und ambulanten Bereich der Gesundheitsversorgung angewendet. Bei der Klassierung der Dokumente aus diesen unterschiedlichen Versorgungsbereichen liegt die Schwierigkeit darin, die Zuordnung zu einer KDL-Dokumentenklasse bei der Vielzahl von ähnlichen Dokumenten, aber mit dennoch unterschiedlichem Inhalt, eindeutig zu ermöglichen. Dabei sollen die nun folgenden Richtlinien zur Klassierung helfen.

4.1. VORAUSSETZUNGEN FÜR EINE KLASSIERUNG

Die Zuordnung eines KDL-Kodes zu einem entsprechenden Dokument muss gewissenhaft vorgenommen werden. Auf einem Großteil der Dokumente sind eindeutige Bezeichnungen identifizierbar, die die Zuordnung erleichtern. Es sollte allerdings nicht nur die Bezeichnung bzw. Überschrift im Dokument für eine Klassierung berücksichtigt werden, vielmehr muss das gesamte Dokument inhaltlich erschlossen werden. Erst danach ist eine korrekte Auswahl eines KDL-Kodes möglich.

Zur Überprüfung des korrekten KDL-Kodes sind im Zweifel die jeweiligen Beschreibungen zu verwenden. Trifft die Beschreibung

inhaltlich mit dem zu klassierenden Dokument überein, ist der KDL-Kode korrekt gewählt.

4.2. LEITFADEN ZUR KLASSIERUNG

Die Verwendung einer »gemeinsamen Sprache« in Form von national und international anerkannten Terminologien und Klassifikationen ist eine essenzielle Basis, um den Prozess der digitalen Transformation voranzutreiben. Dies gilt nicht nur für Informationen, die in den genutzten elektronischen Informationssystemen entstehen, sondern auch für die – immer noch existente – Speicherung von Informationen auf Papier.

Die konsequente Nutzung der KDL in den letzten Jahren hat gezeigt, dass es notwendig ist, klare Richtlinien für die Klassierung von elektronisch entstandenen Dokumenten und papierdokumentierten Dokumenten zu erstellen. Mit den nachfolgenden Richtlinien werden konkrete Handreichungen zur Verfügung gestellt, damit die Klassierung der Dokumente in einer Institution mit der KDL einheitlich durchgeführt wird.

4.2.1. PAPIERGEFÜHRTE MEDIZINISCHE DOKUMENTATION

RKDL 001 Mitgebrachte Dokumente aus anderen Einrichtungen

In der Regel werden mitgebrachte Dokumente, zum Beispiel Arztbrief, Befunde, Pflegeüberleitungsbogen, in die elektronische Patientenakte gescannt und liegen damit zu diesem Zeitpunkt als digitalisierte Dokumente elektronisch vor.

In der KDL selbst sind die umgangssprachlich bezeichneten »internen« und »externen« Dokumententypen entsprechend berücksichtigt (Abb. 16). Damit besteht die Möglichkeit, quantitative Auswertungen zu mitgebrachten Dokumenten durchzuführen.

LB120102	Laborbefund extern
LB120103	Laborbefund intern
AB060103	Konsilbericht intern
AB060104	Konsilbericht extern
AD010106	Verlegungsbericht intern
AD010107	Verlegungsbericht extern

Abb. 16: Auszug Dokumententypen intern/extern

Die nachfolgenden Richtlinien berücksichtigen verschiedene Szenarien, die in diesem Zusammenhang auftreten können. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben dieses Vorgehen für die KDL-Klassierung bestätigt.

RKDL 001.01 Manuelle Auswahl des KDL-Kodes

Ermöglicht das verwendete Informationssystem vor der Speicherung des gescannten Dokumentes die Zuordnung zur KDL, ist der spezifische KDL-Code zu verwenden. Am folgenden Beispiel wird dies näher erläutert.

Beispiel 5 »Klassierung mitgebrachter Dokumente«

Ein Patient wird stationär aufgenommen und bringt von einem niedergelassenen Facharzt einen Arztbrief und Laborbefund mit. Beide Dokumente werden im ersten Schritt der physisch angelegten Patientenakte für die stationäre Behandlung zugeführt. Während des Aufenthaltes entstehen weitere Laborbefunde.

Im zweiten Schritt scannt die Patientenaufnahme beide Dokumente direkt in das genutzte Informationssystem zum Patientenaufenthalt ein. Beim Einscannen wird vor der Speicherung die Liste der KDL-Dokumentenklassen angezeigt und es muss der jeweilige spezifische KDL-Code ausgewählt werden.

Die Laborbefunde während des Aufenthaltes werden über eine Schnittstelle direkt in die elektronische Patientenakte übertragen. Dies gilt auch für den Abschlussbericht.

Arztbrief mitgebracht	KDL: Entlassungsbericht extern
Labor mitgebracht	KDL: Laborbefund extern

RKDL 001.02 Automatisierte Klassierung

Technologisch ist es möglich, dass beim Scannen medizinischer Dokumente anhand des erzeugten OCR-Containers der Dokumententyp des gescannten Dokumentes automatisiert festgelegt wird. Die Entscheidung für oder gegen einen Dokumententyp basiert auf den Inhalten des OCR-Containers.

Stellen wir uns nun zwei Arztbriefe aus verschiedenen Einrichtungen bzw. von verschiedenen Ärzten vor. Beide enthalten überwiegend dieselben inhaltlichen Merkmale und sind strukturell gleich aufgebaut. Der Mensch ist in der Lage zu erkennen, dass einer der beiden Arztbriefe aus einer anderen Einrichtung kommt und damit vom Patienten mitgebracht wurde. Für die Software dagegen handelt es sich bei beiden um den Dokumententyp Arztbrief. Ob dieser von einer anderen Einrichtung kommt, ist nur mit einem aufwändigen Training der Klassierungssoftware möglich.

Ist nicht zu 100 % sichergestellt, dass mitgebrachte Dokumente von intern erzeugten Dokumenten durch die Klassierungssoftware unterschieden werden können, erhalten beide Dokumente auch denselben Dokumententyp und dadurch auch dieselbe KDL. Um hier dennoch die Möglichkeit zu schaffen, mitgebrachte Dokumente von den intern erzeugten festzustellen, wurde folgenden Annahme getroffen:

Es ist davon auszugehen, dass überwiegend mitgebrachte Dokumente eingescannt werden. Die intern erzeugten Dokumente werden dagegen direkt über Schnittstellen in die elektronische Patientenakte übertragen. Aus diesem Grund werden digitalisierte Dokumente ausschließlich mit dem zugehörigen »externen« KDL-Kode klassiert.

Beispiel 6 »Klassierung mitgebrachter und über Schnittstellen über-trager Dokumente«

Ein Patient wird stationär aufgenommen und bringt aus einer anderen Klinik einen Verlegungsbericht und Laborbefund mit. Beide Dokumente werden im ersten Schritt der physisch angelegten Patientenakte für die stationäre Behandlung zugeführt. Während des stationären Aufenthaltes entstehen weitere Laborbefunde.

Die gesamte physische Patientenakte, die noch während der stationären Behandlung genutzt wurde, wird durch einen externen Dienstleister gescannt, um diese in der elektronischen Patientenakte verfügbar zu machen. In der Patientenakte sind auch ausgedruckte Laborbefunde enthalten, die parallel direkt über Schnittstellen in die elektronische Patientenakte übermittelt wurden.

Während des Scannens wird eine automatisierte Dokumententypklassierung eingesetzt. Diese erkennt, dass es sich u.a. um die Dokumententypen »Verlegungsbericht« und »Laborbefund« handelt und vergibt den jeweiligen Wert dafür. Beide Dokumententypen sind vorab mit der KDL für den »externen« Dokumententyp klassiert worden, da davon ausgegangen wird, dass sich nur noch mitgebrachte Dokumente in der physischen Patientenakte befinden.

Verlegungsbrief mitgebracht	KDL: Verlegungsbericht extern
Labor mitgebracht	KDL: Laborbefund extern
Labor Klinik gedruckt	KDL: Laborbefund extern
Labor Schnittstelle	KDL: Laborbefund intern

RKDL 002 Dokumente mit ähnlichen Merkmalen und Aufbau

Nutzt eine Einrichtung noch häufig die papiergeführte Dokumentation und will diese auch in der elektronischen Patientenakte verfügbar machen, ist der Weg in die elektronische Patientenakte für die Klassierung mit der KDL relevant.

Scannt die Einrichtung die Dokumente selbst ein und hat die Möglichkeit, manuell aus der KDL-Klassifikation den spezifischen KDL-

Kode zu wählen, ist mit der vorhandenen Fachkompetenz die korrekte Klassierung gesichert.

Wird beim Scannen Klassierungssoftware eingesetzt, sind die vorhandenen Grenzen hinsichtlich Dokumententypklassierung zu berücksichtigen. Dies spielt dann eine wichtige Rolle, wenn Dokumente bereits optisch viele ähnliche Merkmale aufweisen und gleich aufgebaut sind. Hier muss dann auf eine spezifische Klassierung mit der KDL-Klassifikation verzichtet werden.

RKDL 002.01 Klassierung von Arztbriefen

Gerade in der stationären Versorgung entstehen zu verschiedenen Zeitpunkten verschiedene Arten von Arztbriefen. Exemplarisch sollen hier folgende genannt werden:

- Abschlussbericht der Behandlung (aus eigener Klinik und aus anderer Klinik)
- Kurzarztbrief
- Vorläufiger Arztbrief
- Verlegungsbrief
- Ambulanzbrief

Legt man alle Arztbriefe nebeneinander, findet man eine auffallende inhaltliche, aber auch strukturelle Ähnlichkeit. Besonders ist nicht immer garantiert, dass im Betreff des Briefes die Art des Arztbriefes genannt ist. Dies führt im Rahmen einer automatisierten Dokumententypklassierung von gescannten Arztbriefen häufig zu Fehlklassierungen zwischen den einzelnen Arten.

In diesen Fällen ist es sinnvoll, die verschiedenen Ausprägungen von Arztbriefen unter einem Dokumententyp zusammenzufassen. Gleiches gilt für mitgebrachte und intern erstellte Arztbriefe. Ist nicht sichergestellt, dass automatisiert korrekt klassiert werden kann, greift *RKDL 001.02* .

Beispiel 7 »Klassierung verschiedener papierbasierter Arztberichte«

Ein Patient befindet sich in stationärer Behandlung und wird mehrmals intern verlegt. Es finden sich folgende Arztbriefe in der Papier-Patientenakte:

Kurzarztbrief Chirurgie
Epikrise Intensivmedizin
Arztbericht Kardiologie
Entlassungsbericht Chirurgie

KDL-Klassierung

Kurzarztbrief Chirurgie	KDL: Entlassungsbericht intern
Epikrise Intensivmedizin	KDL: Entlassungsbericht intern
Arztbericht Kardiologie	KDL: Entlassungsbericht intern
Entlassungsbericht	KDL: Entlassungsbericht intern

RKDL 002.02 Klassierung von Aufklärungsbögen

Erfolgt die Aufklärung noch auf vorgedruckten standardisierten Aufklärungsbögen inklusive manueller Dokumentation, werden die verschiedenen Arten der Aufklärungsbögen (Diagnostik, Therapie, Medikation, Operation) mit dem KDL-Kode AM010399 | Sonstiger Aufklärungsbogen klassiert. Bisherige Erfahrungen haben aber gezeigt, dass anästhesiologische Aufklärungen auch gut mit dem spezifischen KDL-Kode AM010301 | Anästhesieaufklärungsbogen klassiert werden können.

4.2.2. ELEKTRONISCHE MEDIZINISCHE DOKUMENTATION

RKDL 101

Die Klassierung elektronischer Dokumente hängt stark von den Voraussetzungen der eingesetzten Informationssysteme ab. Im Idealfall wird die Bezeichnung der KDL-Dokumentenklasse bereits für die Bezeichnung der entstehenden Dokumente verwendet und

lässt maximal nur eine weitere Dokumentenbeschreibung als Freitext oder einer individuellen Vorschlagsliste in einem separaten Feld zu.

Ist dies im Informationssystem nicht möglich, ist darauf zu achten, dass bei der Wahl der Dokumentenbezeichnung und Dokumentenbeschreibung nicht zu allgemeine Schlagwörter beim Speichern verwendet werden. Die nachgelagerte Klassierung mit der KDL in diesen Fällen erschwert es dem Fachpersonal ansonsten, den spezifischen KDL-Kode auszuwählen.

Ist die verwendete Dokumentenbezeichnung und/oder Dokumentenbeschreibung nicht aussagekräftig genug, muss auch bei der Klassierung von elektronischen Dokumenten der Inhalt des Dokumentes gesichtet werden.

Wichtig

Bei elektronischen Dokumenten ist immer ein spezifischer KDL-Kode zu verwenden.

4.2.3. ÖFFENTLICHE MAPPINGKONZEPTE

Die KDL-Klassifikation ist mittlerweile als weiteres Standardisierungswerkzeug in der Branche anerkannt.

Gemeinsam mit der Arbeitsgruppe »IHE-XDS Value Set« von IHE Deutschland e.V. wurden die Mappingkonzepte zwischen »KDL und IHE-XDS classCode«¹⁶ sowie »KDL und IHE-XDS typeCode«¹⁷ erarbeitet und verabschiedet (Abb. 17).

Source Code	Equivalence	Destination Code
AD010101 (Ärztliche Stellungnahme)	wider	BERI (Arztberichte)
AD010102 (Durchgangsarztbericht)	wider	BERI (Arztberichte)
AD010103 (Entlassungsbericht intern)	wider	BERI (Arztberichte)
AD010104 (Entlassungsbericht extern)	wider	BERI (Arztberichte)
AD010105 (Reha-Bericht)	wider	BERI (Arztberichte)
AD010106 (Verlegungsbericht intern)	wider	BERI (Arztberichte)
AD010107 (Verlegungsbericht extern)	wider	BERI (Arztberichte)
AD010108 (Vorläufiger Arztbericht)	wider	BERI (Arztberichte)
AD010109 (Ärztlicher Befundbericht)	wider	BERI (Arztberichte)
AD010110 (Ärztlicher Verlaufsbericht)	wider	BERI (Arztberichte)
AD010111 (Ambulanzbrief)	wider	BERI (Arztberichte)
AD010112 (Kurzarztbrief)	wider	BERI (Arztberichte)
AD010113 (Nachschaubericht)	wider	BERI (Arztberichte)
AD010199 (Sonstiger Arztbericht)	wider	BERI (Arztberichte)

Abb. 17: Auszug Mappingkonzept KDL vs. XDS typeCode

Die Aktualisierung der Mappingkonzepte erfolgt im Turnus der Versionierung der KDL-Klassifikation.

Für die Mappingkonzepte auf die IHE-XDS Value Sets gilt:

- Jeder KDL-Code darf nur einem classCode und typeCode zugeordnet werden.
- Die Resteklassen der Unterklasse »Sonstige Dokumentation« sind keinem classCode und typeCode zuzuordnen, da es keine Restekodes in den Value Sets gibt.

Wichtig

Die Resteklassen der Unterklasse »Sonstige Dokumentation« werden der Resteklasse UNK gemäß HL7-Deutschland e.V. zugeordnet. Diese ist jedoch kein Bestandteil der IHE-XDS Value Sets.

5. ZAHLEN, DATEN, FAKTEN – MEHR AKTEN- UND DOKUMENTENTRANSparenZ DURCH DEN EINSATZ DER KDL

Ist die KDL-Klassifikation konsequent im Einsatz, werden verschiedene Auswertungen in Bezug auf die eigene medizinische Dokumentation möglich.

Nachfolgend sollen verschiedene Fragestellungen exemplarisch beantwortet werden.

Datenbasis

Eine Klinik mit 583 Betten und 570 eingesetzten Dokumententypen im Rahmen der Patientenbehandlung. Die Auswertung basiert auf den gescannten und archivierten Patientenakten.

Welche Dokumententypen sind in der Einrichtung am häufigsten im Einsatz?

Die Abb. 18 zeigt bei dieser Klinik, dass die medizinische Dokumentation am häufigsten

Verlaufsdokumentation,
Durchführungsnachweise,
Aufnahmebögen,
Einverständniserklärungen Behandlung,
Pflegeüberleitungsbögen und
Informationsblätter

enthält. Daran lässt sich möglicherweise ableiten, dass in dieser Klinik »nur noch« die Pflegedokumentation und administrative Dokumentation papierbasiert erfolgt.

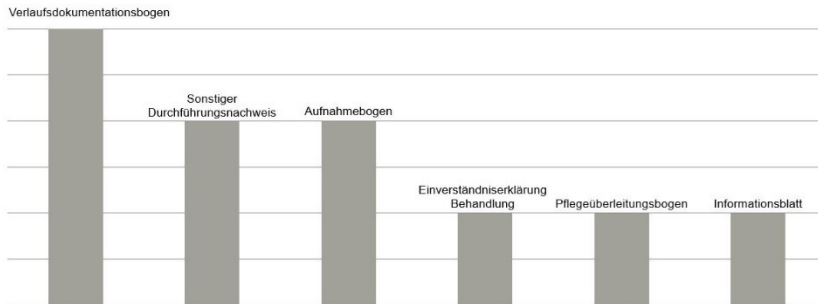


Abb. 18: TOP 6 der Dokumententypen gemäß KDL

Welche Dokumententypen werden in der Einrichtung ursprünglich elektronisch erstellt, aber im Verlauf wieder ausgedruckt, um im Anschluss wieder gescannt in die elektronische Patientenakte übertragen zu werden?

Abbildung 19 zeigt die Dokumententypen, die elektronisch in der Klinik entstanden sind, jedoch im Nachgang wieder ausgedruckt wurden, um sie dann in der physischen Patientenakte abzulegen. Diese Dokumententypen bergen ein hohes Potenzial, Papier einzusparen und diese direkt in die elektronische Patientenakte und damit auch ins elektronische Archiv zu übergeben.

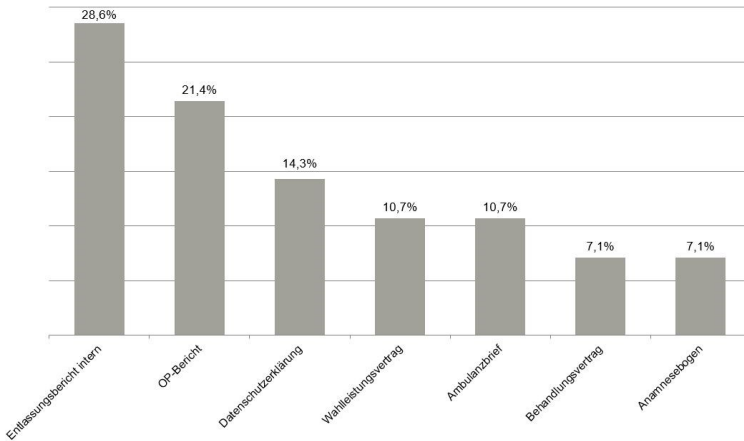


Abb. 19: Anteil und Arten der originär elektronisch entstandenen Dokumententypen

Welche Dokumententypen werden am häufigsten vom Patienten zur stationären Behandlung mitgebracht?

In Abb. 20 ist die prozentuale Verteilung interner und externer Dokumententypen zu sehen. Die Patientenakten dieser Klinik enthalten 3 % mitgebrachte Dokumententypen und 97 % intern entstandene Dokumententypen.

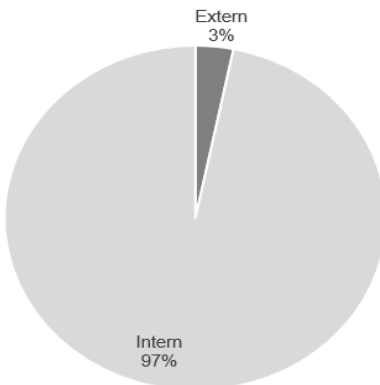


Abb. 20: Anteil der mitgebrachten Dokumente (»Extern«)

Entgegen der Annahme, dass es sich bei mitgebrachten Dokumenten überwiegend um externe Arztberichte handelt, steht die »Verordnung von Krankenhausbehandlung« in dieser Klinik im Vordergrund (Abb. 21), ebenso das Einsatzprotokoll der Notärzte und Schriftverkehr mit den Gerichten. Mitgebrachte Arztberichte folgen in diesem Beispiel erst auf Platz 4. Ziel dieser Auswertung ist u.a., die Prozesse in der Klinik zu optimieren und zu entscheiden, wie mitgebrachte Dokumentation in die digitale Archivierung überführt und rechtskonform aufbewahrt wird. Zukünftig wird dies möglicherweise auch durch den Einsatz der elektronischen Patientenakten (Kap. 1.7) gelöst.

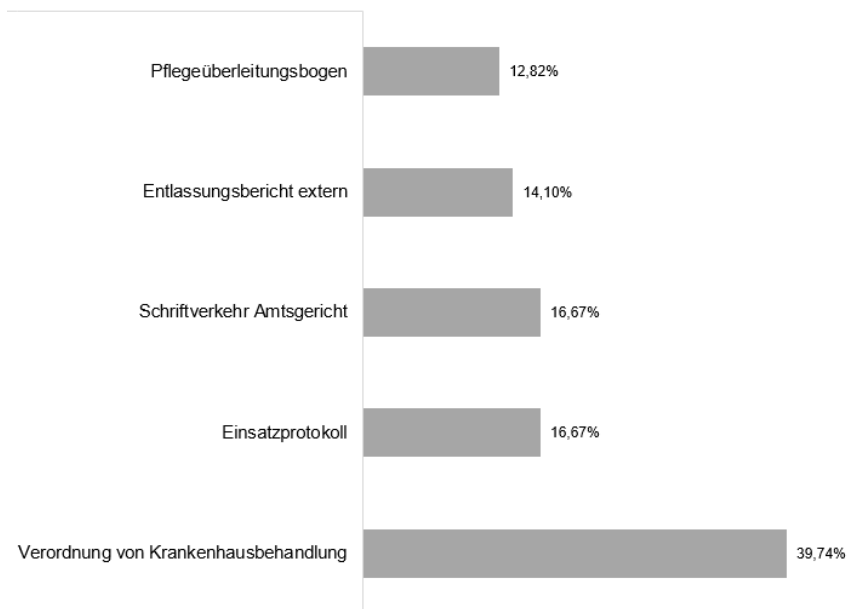


Abb. 21: TOP 5 der mitgebrachten Dokumententypen

6. ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Die KDL-Klassifikation umfasst den Kern der Dokumentation in der stationären Versorgung, ist aber auch in der ambulanten Versorgung einsetzbar. Mit dieser Klassifikation ist nachgewiesen, dass jedes medizinische Dokument in den verschiedenen Versorgungsformen und Versorgungsstufen damit klassierbar und standardisierbar ist.

Wichtigster Vorteil: Trotz standardisierter Bezeichnung muss die individuelle einrichtungsbezogene Bezeichnung von Dokumenten nicht verloren gehen. Die KDL-Klassifikation ist auch ausschließlich als technisches Werkzeug im Hintergrund einsetzbar. Für diesen Zweck sind die entsprechenden Mappingkonzepte entwickelt worden.

Die KDL-Klassifikation ist ein Instrument, um weitere Mehrwerte für Einrichtungen im Gesundheitswesen zu ermöglichen. Sie schafft die technische Voraussetzung, um Entwicklern u.a. die Möglichkeit zu geben, deskriptive und analytische Statistiken zu erstellen. Damit schafft sie Transparenz in der medizinischen Dokumentation auf Akten- und Dokumentenebene. Und alles erfolgt unabhängig von der Medienart der medizinischen Dokumentation.

Die KDL-Klassifikation hat die ursprüngliche Vision »Konsolidierung von papiergeführter und elektronischer Dokumentation« in die Praxis umgesetzt. Doch die letzten Jahre haben auch gezeigt, dass hier noch Potenzial enthalten ist.

In 2019 hat sich eine weitere Arbeitsgruppe gebildet, die die KDL nun prüft, um folgende Fragestellung zu beantworten:

Ist es möglich, die KDL vom Ordnungsprinzip der Klassifikation in ein ontologisches System auszubauen?

An der Antwort wird aktuell gemeinsam in den Gremien gearbeitet. Ob es eine 4. Revision der Klinischen Dokumentenklassen-Liste

geben und sie zur Ontologie transformiert wird, wird hoffentlich bald beantwortet werden können.

Bis dahin jedoch:

*»Viel Spaß beim Klassieren und Aufräumen der eigenen
heterogenen Dokumentenlandschaft. «*

Annett Müller
Vorsitzende DVMD e.V.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

dDok	digitalisiertes Dokument, welches eingescannt wurde
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DVMD	Der Fachverband für Dokumentation und Informationsmanagement in der Medizin
eDok	elektronisches Dokument, welches in einem elektronischen Informationssystem entstanden ist
FHIR	Fast Healthcare Interoperability Resources
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
ICD-10-WHO	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, World Health Organization
ICD-O-3	Internationale Klassifikation der Krankheiten für die Onkologie, 3. Revision
IHE	Integrating the Healthcare Enterprises
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KDL	Klinische Dokumentenklassen-Liste
KV	Krankenversicherung
MD	Medizinischer Dienst (ehemals MDK)
OCR	Optical Character Recognition
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel

PDF	Portable Document Format
pDok	papiergeführtes Dokument
TI	Telematik-Infrastruktur
TNM	Klassifikation für maligne Tumore T – Tumorausdehnung N – Nodulus (Fehlen/Vorhandensein/Ausdehnung von regionären Lymphknotenmetastasen) M – Metastasis (Fehlen/Vorhandensein von Fernmetastasen)
XDS	Cross-Enterprise Document Exchange

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1:	Beispiele Registerblätter.....	17
Abb. 2:	Archivverwaltungsprogramm (AVP), Fa. DMI GmbH & Co. KG	19
Abb. 3:	Pegasos, Fa. Nexus-Marabu GmbH.....	20
Abb. 4:	CGM Clinical Archiv, Fa. CompuGroup Medical SE	20
Abb. 5:	Zusammenhang Dokumente und Dokumententypen	25
Abb. 6:	Zusammenhang Dokumente und Dokumententypen	25
Abb. 7:	Zusammenhang Dokumententypen Leistungserbringer und KDL.....	27
Abb. 8:	Auszug aus der KDL, Stand 07/2014.....	39
Abb. 9:	Auszug aus der KDL 1.0 März 2015.....	40
Abb. 10:	Aufbau der Notation.....	42
Abb. 11:	Auszug der Klassen der KDL-2021	42
Abb. 12:	Herleitung Notation für die Unterklassen der KDL-2021	43
Abb. 13:	Herleitung Notation für die Dokumentenklasse.....	43
Abb. 14:	Auszug der Resteklassen.....	44
Abb. 15:	KDL Dokumentenklassen.....	50
Abb. 16:	Auszug Dokumententypen intern/extern	55
Abb. 17:	Auszug Mappingkonzept KDL vs. XDS typeCode	61
Abb. 18:	TOP 6 der Dokumententypen gemäß KDL	64
Abb. 19:	Anteil und Arten der originär elektronisch entstandenen Dokumententypen	65
Abb. 20:	Anteil der mitgebrachten Dokumente (»Extern«).....	65
Abb. 21:	TOP 5 der mitgebrachten Dokumententypen.....	66

QUELLENVERZEICHNIS

- 1 Dudenredaktion: Terminologie (o.J.), in: Duden online
<<https://www.duden.de/node/181187/revision/181223>>
(Stand 22.07.2021)
- 2 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM):
ICD-10-GM (2020), <<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm>> (Stand 11.08.2020)
- 3 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): OPS
(2020), <<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/ops/index.html>> (Stand 11.08.2020)
- 4 Gaus, Wilhelm (2006). Dokumentations- und Ordnungslehre:
Theorie und Praxis des Information Retrieval (eXamen.press), S. 68.
(5. Auflage). Springer
- 5 GKV-Spitzenverband (2021): Abrechnungsprüfung,
https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/krankenhaeuser_abrechnung/abrechnungspruefung/abrechnungspruefung.jsp (Stand 03.09.2021)
- 6 DKG (2021): eVV, https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.1_Digitalisierung_Daten/2.1.3_Elektronische_Datenuebermittlung/2.1.3.4_Datenuebermittlung_mit_dem_MD/2021_06_09_DTA_MD-KH_eVV_barrierefrei_web.pdf
(Stand 03.09.2021)
- 7 Müller-Mielitz, Stefan (2019): E-Health: IT-Grundlagen. Verlag
Gesundheit und Technik
- 8 IHE Deutschland: IHE-D Cookbook (o.D.), <<https://www.ihe-d.de/projekte/ihe-d-cookbook/>> (Stand 22.07.2021)
- 9 Müller-Mielitz, Stefan (2019): E-Health Strategie: Grundlagen.
Verlag Gesundheit und Technik
- 10 Verein Elektronische FallAkte: Die Elektronische Fallakte (2019),
<<http://www.fallakte.de/>> (Stand 22.07.2021)
- 11 Müller, Annett; Müller-Mielitz, Stefan (2016). Konsolidierte
Dokumenten Liste – Was ist die Kern-Dokumentation in deutschen
Krankenhäusern? [medizin://dokumentation/informatik/informationsmanagement/](https://dokumentation.informatik/informationsmanagement/) 20(1), 13 ff
- 12 DVMD e.V. (2021): KDL-Implementierungsleitfaden,
<<https://simplifier.net/KDL>> (Stand 28.07.2021)

- 13 Wikipedia: Ontologie (Informatik) (2021),
<[https://de.wikipedia.org/wiki/Ontologie_\(Informatik\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Ontologie_(Informatik))>
(Stand 22.07.2021)
- 14 HL7 Deutschland (2020): Projekt KDL.
<[https://wiki.hl7.de/index.php?title=KDL_\(Projekt\)](https://wiki.hl7.de/index.php?title=KDL_(Projekt))>
(Stand: 06.09.2021)
- 15 Statista: Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland in den Jahren
2000 bis 2018 (2020),
<<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2617/umfrage/anzahl-der-krankenhaeuser-in-deutschland-seit-2000/>>
(Stand 12.01.2021)
- 16 KDL Implementierungsleitfaden: Mapping von KDL nach IHE-XDS
ClassCode (2021), <<https://simplifier.net/guide/kdl/hauptseite>>
(Stand 28.07.2021)
- 17 KDL Implementierungsleitfaden: Mapping von KDL nach IHE-XDS
TypeCode (2021), < <https://simplifier.net/guide/kdl/hauptseite>>
(Stand 28.07.2021)

ANHANG

ANH. 1: KLASSEN UND UNTERKLASSEN DER KDL-2021 (SORTIERT NACH NOTATION)

Notation	Klasse
AD	Arztdokumentation
AM	Administration
AU	Aufnahme
DG	Diagnostik
ED	Elektronische Dokumentation
LB	Labor
OP	Operation
PT	Pathologie
SD	Spezielle Dokumentation
SF	Studien/Forschung
TH	Therapie
UB	Sonstiges
VL	Verlauf

Notation	Unterklasse
AD0101	Arztberichte
AD0201	Bescheinigungen
AD0202	Befunderhebungen
AD0601	Fallbesprechungen
AM0101	Abrechnungsdokumente
AM0102	Anträge
AM0103	Aufklärungen
AM0301	Checklisten Administration

Notation	Unterklasse
AM0501	Einwilligungen/Erklärungen
AM1601	Patienteneigene Dokumente
AM1602	Patienteninformationen
AM1603	Poststationäre Verordnungen
AM1701	Qualitätssicherungen
AM1901	Schriftverkehr
AM1902	Sozialdienst
AM2201	Verträge
AU0101	Aufnahmedokumente
AU0501	Einweisungs-/Überweisungsdokumente
AU1901	Rettungsstelle
DG0201	Bildgebende Diagnostiken
DG0601	Funktionsdiagnostiken
DG0602	Funktionstests
ED0101	Audiodokumentation
ED0201	Bilddokumentation
ED1101	KIS
ED1901	Schriftverkehr elektronisch
LB0201	Blut
LB1201	Laborbefunde
LB1301	Mikrobiologie
LB2201	Virologie
OP0101	Anästhesie
OP1501	OP-Dokumente
OP2001	Transplantationsdokumente
PT0801	Histopathologie
PT1301	Molekularpathologie

Notation	Unterklasse
PT2601	Zytopathologie
SD0701	Geburtendokumente
SD0702	Geriatrische Dokumente
SD1101	Komplexbehandlungen
SD1301	Maßregelvollzug
SD1501	Onkologische Dokumente
SD1601	Psychische Dokumente
SF0601	Forschungsdokumente
SF1901	Studiendokumente
TH0201	Bestrahlungstherapien
TH0601	Funktionstherapien
TH1301	Medikamentöse Therapien
TH1601	Patientenschulungen
TH2001	Transfusionsdokumente
UB9999	Sonstige Dokumentation
VL0101	Assessmentbögen
VL0401	Diabetesdokumente
VL0402	Dialysedokumente
VL0403	Durchführungsnachweise
VL0901	Intensivmedizinische Dokumente
VL1601	Pflegedokumente
VL2301	Wunddokumente

ANH. 2: SYSTEMATISCHES VERZEICHNIS KDL-2021

Klasse	Unterklasse
Aufnahme	Aufnahmedokumente Rettungsstelle Einweisungs-/Überweisungsdokumente
Arztdokumentation	Arztberichte Bescheinigungen Befunderhebungen Fallbesprechungen
Diagnostik	Bildgebende Diagnostiken Funktionsdiagnostiken Funktionstests
Labor	Blut Laborbefunde Mikrobiologie Virologie
Pathologie	Histopathologie Molekularpathologie Zytopathologie
Operation	Anästhesie OP-Dokumente Transplantationsdokumente
Therapie	Bestrahlungstherapien Funktionstherapie Medikamentöse Therapien Patientenschulungen Transfusionsdokumente
Verlauf	Assessmentbögen Diabetesdokumente Dialysedokumente Durchführungsnachweise Intensivmedizinische Dokumente Pflegedokumente Wunddokumente

Klasse	Unterklasse
Spezielle Dokumentation	Geburtendokumente Geriatrische Dokumente Komplexbehandlungen Maßregelvollzug Onkologische Dokumente Psychische Dokumente
Studien/Forschung	Studiendokumente Forschungsdokumente
Administration	Abrechnungsdokumente Anträge Aufklärungen Checklisten Administration Einwilligungen/Erklärungen Patienteneigene Dokumente Patienteninformationen Poststationäre Verordnungen Qualitätssicherungen Schriftverkehr Sozialdienst Verträge
Elektronische Dokumentation	KIS Schriftverkehr elektronisch Bilddokumentation Audiodokumentation
Sonstiges	Sonstige Dokumentation

ANH. 3: ALPHABETISCHES VERZEICHNIS KDL-2021 INKL. BESCHREIBUNG DER DOKUMENTENKLASSEN

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
6-Minuten- Gehtest	DG060205	Die Dokumentation beinhaltet Messwerte der Herzfrequenz, des Blutdrucks und der Sauerstoffversorgung des Blutes vor und nach dem Zurücklegen einer Strecke. Inkl.: Gehstreckentest, Anforderung 6-Minuten-Gehtest
Aachener Aphasie Test	VL010105	Die Dokumentation beinhaltet Testaufgaben, für Erwachsene und Jugendliche ab dem 14. Lebensjahr, zur Diagnose und zum Verlauf einer erworbenen Sprachstörung bzw. zentralen Schädigung des Gehirns.
Abrechnungsschein	AM010105	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die als Nachweis über die erfolgte ambulante Behandlung und deren Abrechnung dient. Inkl.: KBV Muster 5 Exkl.: Notfall-/Vertretungsschein, Überweisungsschein
Abschlussbericht Sozialdienst	AM190204	Die Dokumentation beinhaltet einen Bericht bzw. eine Zusammenfassung eines Patientenfalls bezüglich der nachstationären Betreuung oder weiteren Behandlung.
Aktenlaufzettel	AM030101	Die Dokumentation beinhaltet einen Nachweis über den aktuellen Verbleib sowie den Aktenlauf.
Allergiepass	AM160106	Die Dokumentation beinhaltet eine vollständige Auflistung zu bekannten Allergien in Form eines Ausweises.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Allergietest	DG060203	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse eines Verfahrens, mit dem man natürliche Abwehrreaktionen des Körpers nachweisen können. Inkl.: Anforderung Allergietest
Ambulanzbrief	AD010111	Die Dokumentation beinhaltet die Zusammenfassung einer ambulanten Behandlung in Briefform.
Anamnese- bogen	AU010101	Die Dokumentation beinhaltet medizinische, relevante Informationen zur Vorgeschichte und dem aktuellen Zustand. Inkl.: Krankengeschichte
Anästhesie- aufklärungs- bogen	AM010301	Die Dokumentation beinhaltet Angaben über die Aufklärung der geplanten Anästhesie. Inkl.: Anamnese, Begleitmedikation, geplanter Eingriff, Vitaldaten, Präoperative Visite
Anästhesie- protokoll intraoperativ	OP010101	Die Dokumentation beinhaltet Angaben über die Schmerzausschaltung und Bewusstseinslage während eines Eingriffs, Operation. Exkl.: Aufwachraumprotokoll, Präoperative Visite
Anatomische Skizze	AD020201	Die Dokumentation beinhaltet anatomische Abbildungen, die zur Befunderhebung dienen.
Anforderung bildgebende Diagnostik	DG020101	Die Dokumentation beinhaltet die Anforderung oder Anmeldung einer Diagnostik durch ärztliches Personal, bei der die Untersuchungsergebnisse bildlich dargestellt werden.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Anforderung Blutkonserven	TH200101	Die Dokumentation beinhaltet die Anforderung von benötigten Blutkonserven bei einer Blutbank.
Anforderung Funktions- diagnostik	DG060101	Die Dokumentation beinhaltet die Anforderung oder Anmeldung von Diagnostiken ohne bildgebende Darstellung.
Anforderung Funktions- therapie	TH060104	Die Dokumentation beinhaltet die Anforderung bzw. Anmeldung einer therapeutischen Behandlung.
Anforderung Labor	LB120104	Die Dokumentation beinhaltet die Anforderung einer Diagnostik zu Untersuchungen verschiedenster Materialien durch ein Labor auf standardisiertem KBV Formular (10A). Exkl.: Histologieanforderung, Zytologieanforderung, Molekularpathologieanforderung, Überweisungsschein Labor
Anforderung Medikation	TH130101	Die Dokumentation beinhaltet die Anforderung von Arzneimitteln an eine dafür zuständige Ausgabestelle.
Anforderung Unterlagen	AM190101	Die Dokumentation beinhaltet eine Anforderung von Unterlagen, die für den aktuellen Behandlungsverlauf relevant sind.
Angiographie- befund	DG020102	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse einer speziellen radiologischen Untersuchung, bei der Arterien, Venen oder Lymphbahnen bildlich dargestellt und ausgewertet werden. Inkl.: Phlebographiebefund Exkl.: Herzkatheterprotokoll

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Anmeldung Aufnahme	AU010102	Die Dokumentation beinhaltet persönliche und organisatorische Angaben zur Aufnahme.
Anordnung/ Verordnung	AD060108	Die Dokumentation beinhaltet die Festlegung therapeutischer Maßnahmen. Inkl.: KBV Muster 63 (Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung) Exkl.: Heil-/Hilfsmittelverordnung, Rezept, Psychologische Therapieanordnung, Verordnung von Krankenhausbehandlung, Postoperative Verordnung, Bestrahlungsverordnung
Antrag auf Betreuung	AM010202	Die Dokumentation beinhaltet eine Anfrage auf eine gesetzliche Vormundschaft durch das Gericht.
Antrag auf gesetzliche Unterbringung	AM010203	Die Dokumentation beinhaltet eine Anfrage bei Gericht auf Unterbringung in eine geschlossene Einrichtung durch einen Arzt, wenn eine Eigen- und Fremdgefährdung besteht.
Antrag auf Kurzzeitpflege	AM010209	Die Dokumentation beinhaltet einen Antrag zur Inanspruchnahme einer begrenzten oder vollstationären Pflege einer pflegebedürftigen Person.
Antrag auf Leistungen der Pflegever- sicherung	AM010208	Die Dokumentation beinhaltet einen Antrag zur Inanspruchnahme von Leistungen, welche durch die Pflegeversicherung übernommen werden sollen. Bsp.: Pflegegeld, Pflegehilfsmittel.
Antrag auf Pflegeein- stufung	AM010206	Die Dokumentation beinhaltet eine Anfrage an den MD zur Genehmigung eines Pflegegrades bei Pflegebedürftigkeit.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Antrag auf Psychotherapie	AM010205	Die Dokumentation beinhaltet eine Anfrage für eine gezielte professionelle Behandlung psychischer Störungen.
Antrag auf Rehabilitation	AM010201	Die Dokumentation beinhaltet eine Anfrage an den zuständigen Kostenträger für Maßnahmen zum Erhalt oder Verbesserung des Gesundheitszustandes. Inkl.: KBV Muster 25 (Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten)
Antrag Maßregel- vollzug	SD130102	Die Dokumentation beinhaltet Anträge im Rahmen des Maßregelvollzuges. Exkl.: Antrag auf Rehabilitation, Antrag auf Betreuung, Antrag auf gesetzliche Unterbringung, Verlängerungsantrag, Antrag auf Psychotherapie, Antrag auf Pflegeeinstufung, Kostenübernahmeantrag, Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung
Apotheken- buch	TH130102	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zum Medikament, verabreichte Menge, Chargennummer, Applikationsweg, Verabreichungsdatum, Empfänger. Inkl.: Auszüge aus einem Apothekenbuch
Arbeitsun- fähigkeits- bescheinigung	AD020101	Die Dokumentation beinhaltet Angaben über die Arbeitsunfähigkeit. Inkl.: KBV Muster 1, AU KV 52

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Ärztliche Bescheinigung	AD020104	Die Dokumentation beinhaltet Bescheinigungen vom Arzt über z.B. die stationäre Behandlung, Atteste, Krankheitszustand. Inkl.: KBV Muster 3 (Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung), 9 (Bescheinigung einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes), 21 (Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes), 55 (Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung) Exkl.: Arbeitsunfähigkeit
Ärztliche Stellungnahme	AD010101	Die Dokumentation beinhaltet die ärztliche Einschätzung zum Gesundheitszustand für nachfolgende Zwecke. Inkl.: Gutachten, Unfallanzeige Exkl.: MDK-Gutachten
Ärztlicher Befundbericht	AD010109	Die Dokumentation beinhaltet die ausführliche ärztliche Zusammenfassung von Befunden. Exkl.: Befundbogen
Ärztlicher Fragebogen	AD020207	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zu gezielten Fragen, die ausschließlich durch einen Arzt beantwortet werden, z.B. Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme in die vollstationäre Pflege, Kurzzeitpflege oder Tagespflege.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Ärztlicher Verlaufsbericht	AD010110	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben zum chronologischen Verlauf der Erkrankung und zu durchgeführten Maßnahmen aus Sicht des Arztes. Inkl.: Standardisierte Formulare zur ärztlichen Verlaufsdocumentation Exkl.: Visitenprotokoll
Audiometrie- befund	DG060102	Die Dokumentation beinhaltet Ergeb- nisse über die Messung der Funktionalität des Gehörs.
Aufenthalts- bescheinigung	AD020107	Die Dokumentation beinhaltet den Nachweis, in welchem Zeitraum der stationäre Aufenthalt stattgefunden hat.
Aufforderung zur Heraus- gabe der medizinischen Dokumentation	AM050109	Die Dokumentation beinhaltet eine Anweisung, die Akte/Daten des Mandanten herauszugeben (Art. 15 DSGVO).
Aufforderung zur Löschung der medizinischen Dokumentation	AM050110	Die Dokumentation beinhaltet eine Anweisung, die Akte/Daten des Mandanten zu löschen (Art. 17 DSGVO).
Aufklärungs- bogen Therapie	AM010304	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben über die Aufklärung der geplanten Therapie, inklusive anamnestischer Erhebungen.
Aufnahme- bogen	AU010103	Die Dokumentation beinhaltet den Befund des aktuellen Zustands bei Aufnahme und Informationen zur Vorgeschichte. Inkl.: Aufnahmebefund, Aufnahme- blatt, Krankenblatt

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Aufwachraum- protokoll	OP010102	Die Dokumentation beinhaltet Angaben über die Aufwachphase nach einem Eingriff, Operation.
Augenunter- suchung	DG060121	Die Dokumentation beinhaltet die Ergebnisse von diversen Untersuchungen des Auges. Exkl.: OCT-Befund, Messungsprotokoll Augeninnendruck
Ausweiskopie	AM160110	Die Dokumentation beinhaltet die Kopie eines Ausweisdokumentes. Exkl.: Herzschrittmacherausweis, Implantat-Ausweis
Auszug aus den medizinischen Daten	VL160101	Die Dokumentation beinhaltet Angaben über Diagnostik, Krankheits- und Behandlungsverlauf eines ausgewählten Zeitraumes, chronologisch erfasst.
Barthel Index	SD070201	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Ermittlung der eventuell benötigten Hilfestellung im Alltag. Die Auswertung erfolgt durch ein Punktesystem.
Beatmungs- protokoll	VL090101	Die Dokumentation beinhaltet standardisierte Angaben zur Art und Dauer von Beatmungsepisoden.
Befund evozierter Potenziale	DG060103	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse von neurophysiologischen Untersuchungen, bei der Veränderungen der elektrischen Aktivität von Nerven, Rückenmark oder Gehirn dargestellt und ausgewertet werden, z.B. VEP, AEP, SEP.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Befund extern	AD020208	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse von verschiedenen ärztlichen Untersuchungen, welche in vorbehandelnden Einrichtungen entstanden sind, aber nicht durch eine spezifischere KDL abgebildet werden kann. Exkl. Laborbefund extern
Befundbogen	AD020202	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung. Exkl.: Funktionsdiagnostik, bildgebende Diagnostik, Funktionstest, Ärztlicher Befundbericht
Behandlungspfad	ED110101	Die Dokumentation beinhaltet den im KIS definierten Behandlungsablauf. Elektronische Dokumentation, ggf. informativer Ausdruck in Papierkrankenakte.
Behandlungsplan	VL040309	Die Dokumentation beinhaltet eine Übersicht von geplanten Maßnahmen zur Behandlung. Inkl.: KBV Muster 70 (Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung)
Behandlungsvertrag	AM220101	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zum Umfang einer Behandlung und die damit verbundenen Rechte und Pflichten zwischen Einrichtung und Patient.
Belastungs- erprobung	AD020206	Die Dokumentation beinhaltet die Regelung zur Art und Dauer der Rückkehr in das Berufsleben. Inkl.: KBV-Formular F3110 und F3112
Belehrung	AM160201	Die Dokumentation beinhaltet eine Aufklärung bzw. Anweisung wie, wann und wo eine bestimmte Handlung bzw. ein Verhalten auszuführen ist.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Beratungs- bogen Sozialer Dienst	AM190201	Die Dokumentation beinhaltet Angaben des Sozialdienstes zu empfohlenen Maßnahmen. Beinhaltet auch Notizen des Gesprächsverlaufes und festgelegte Vereinbarungen.
Bericht Gesundheits- untersuchung	AD020203	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung, die von öffentlichen Trägern vorgegeben wird. Inkl.: Ergänzungsberichte D-Arzt (z.B. F1002, F1004, F1006), Vorsorge- untersuchungen Exkl.: Krebsfrüherkennung, Durch- gangsarztbericht, Nachschaubericht, Ärztlicher Befundbericht
Bestrahlungs- plan	TH020101	Die Dokumentation beinhaltet die individuelle Planung einer Bestrahlungstherapie mit Angaben über Lokalisation, Zeitraum und Dosis.
Bestrahlungs- protokoll	TH020102	Die Dokumentation beinhaltet den Nachweis über die Durchführung einer Bestrahlungstherapie.
Bestrahlungs- verordnung	TH020103	Die Dokumentation beinhaltet die Anweisung einer Bestrahlungstherapie zur Behandlung.
Betreueraus- weis	AM160112	Die Dokumentation beinhaltet Angaben über einen gesetzlichen Vertreter einer Person.
Beurlaubung	AD020102	Die Dokumentation beinhaltet die Erklärung über die Unterbrechung des stationären Aufenthaltes über einen festgelegten Zeitraum.
Blutdruck- protokoll	DG060104	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse von Messungen des arteriellen und venösen Drucks in den Blutgefäßen.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Blutgasanalyse	LB020101	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse zur Gasverteilung im Blut.
Blutgruppen- ausweis	AM160101	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Blutgruppe und zum Rhesusfaktor.
Blutkulturen- befund	LB020102	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse einer mikrobiologischen Untersuchung des Blutes, um Erreger nachzuweisen oder auszuschließen. Exkl.: Mikrobiologiebefund, Urinbefund, Virologiebefund
Blutspende- protokoll	TH200102	Die Dokumentation beinhaltet alle relevanten Angaben zur Durchführung der Blutabgabe und des Spenders.
Bluttransfu- sionsprotokoll	TH200103	Die Dokumentation beinhaltet alle relevanten Angaben zur Übertragung von Blut oder Blutbestandteilen an den Empfänger.
Bogen abrechnungs- relevanter Diagnosen/ Prozeduren	AM010101	Die Dokumentation beinhaltet alle Diagnosen und Leistungen während eines Krankenhausaufenthaltes, welche die Grundlage zur Abrechnung beim jeweiligen Kostenträger bilden.
Chargen- dokumentation	OP150101	Die Dokumentation beinhaltet den Nachweis über verwendete Medizinprodukte und Arzneimittel während eines Eingriffes/Untersuchung. Exkl.: OP-Zählprotokoll
Checkliste Anästhesie	OP010103	Die Dokumentation beinhaltet Angaben über die Voraussetzungen für die Durchführung einer Anästhesie.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Checkliste Aufnahme	AU010104	Die Dokumentation beinhaltet Angaben über erforderliche medizinische, organisatorische Maßnahmen zum Aufnahmezeitpunkt. Erfolgte Durchführungen werden gekennzeichnet.
Checkliste bildgebende Diagnostik	DG020115	Die Dokumentation beinhaltet Angaben über Voraussetzungen, den Ablauf oder erforderliche bildgebende Diagnostiken. Erfolgte Durchführungen werden gekennzeichnet.
Checkliste Entlassung	AM030102	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, ob die zur Entlassung notwendigen Dokumente/Gegenstände vollständig sind.
Checkliste Funktions- diagnostik	DG060118	Die Dokumentation beinhaltet Angaben über Voraussetzungen, den Ablauf oder erforderliche funktionelle Diagnostiken. Erfolgte Durchführungen werden gekennzeichnet.
Chemothera- pieprotokoll	TH130103	Die Dokumentation beinhaltet den Nachweis über die verabreichte Dosis der Zytostatika und die Anzahl der Zyklen.
CRF-Bogen	SF190101	Die Dokumentation beinhaltet Erhebungen für Klinische Studien. Diese sind inhaltlich unterschiedlich und abhängig von der Fragestellung der durchzuführenden Studie.
CT-Befund	DG020103	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse einer speziellen radiologischen Untersuchung. Es entsteht ein mehrdimensionaler Querschnitt von Knochen und Weichteilen, welcher bildlich dargestellt und ausgewertet wird. Exkl.: PET-Befund

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
CTG-Ausdruck	DG060105	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse von Messungen der Herztöne des ungeborenen Kindes sowie die Wehentätigkeit der Mutter.
Datenblatt für den Pädiater	SD070112	Die Dokumentation beinhaltet klinische sowie administrative Angaben des Neugeborenen wie Geburtenbuch-Nr., Geburtsdauer, Geburtsgewicht, Apgar und Angaben zu Vater und Mutter. Die Daten werden auf einem standardisierten Formular erfasst. Exkl.: Geburtenbogen
Datenschutz- erklärung	AM050101	Die Dokumentation beinhaltet eine Erklärung zum Schutz von sensiblen Daten und deren Verwendung.
Dekubitus- risiko- einschätzung	VL010101	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Einschätzung des Risikos, ein Druckgeschwür zu entwickeln.
Dem Tect	SD070202	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Untersuchung von kognitiven Fähigkeiten, zur Früherkennung von Demenz. Die Auswertung erfolgt durch ein Punktesystem.
Diabetiker Kurve	VL040101	Die Dokumentation beinhaltet Messungen zur Kontrolle des Blutzuckers über einen bestimmten Zeitraum.
Diagnostischer Aufklärungs- bogen	AM010302	Die Dokumentation beinhaltet Angaben über die Aufklärung der geplanten Diagnostik, inklusive anamnestischer Erhebungen.
Dialyse- anforderung	VL040201	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Anmeldung oder Anforderung eines Blutreinigungsverfahrens.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Dialyse- protokoll	VL040202	Die Dokumentation beinhaltet die Durchführung eines Blutreinigungs- verfahrens.
Dokumentation ambulantes Operieren	OP150109	Die Dokumentation beinhaltet alle Formulare im Bereich des ambulanten Operierens, die nicht in einer spezi- fischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden kann.
Dokumenta- tionsbogen Feststellung Hirntod	DG060106	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben zu den Voraussetzungen, den klinischen Symptomen und dem Irreversibilitätsnachweis zur Fest- stellung des Hirnfunktionsausfalls.
Dokumenta- tionsbogen Herzschritt- macher- kontrolle	DG060107	Die Dokumentation beinhaltet Ergeb- nisse einer Nachsorgeuntersuchung nach dem Einsetzen eines Herzschritt- macherimplantats.
Dokumenta- tionsbogen Lungenfunk- tionsprüfung	DG060108	Die Dokumentation beinhaltet Ergeb- nisse einer Untersuchung zur Fest- stellung der Leistungsfähigkeit der Lunge. Inkl.: Bodyplethysmographie, Spirometrie
Dokumenta- tionsbogen Meldepflicht	AM170101	Die Dokumentation beinhaltet melde- pflichtigen Daten an Dritte. Inkl.: Infektionserkrankungen, Krankheitserreger, unerwünschte Ereignisse durch Medizinprodukte.
Durchgangs- arztbericht	AD010102	Die Dokumentation beinhaltet die ärzt- liche Beurteilung des Arbeits- bzw. Wegeunfalls auf standardisiertem Formular. Exkl.: Nachschaubericht

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
eArbeits- unfähigkeits- bescheinigung	ED110107	Die Dokumentation beinhaltet Angaben über die Arbeitsunfähigkeit, welche den Anforderungen der KBV und Gematik entspricht, in ausschließlich elektronischer Form! Exkl.: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (papierbasiert)
eArztbrief (bvitg)	ED110104	Die Dokumentation beinhaltet einen KV-Connect-Arztbrief: Spezielles Modul in der Praxissoftware niedergelassener Ärzte, um den eArztbrief direkt auszutauschen. Entspricht den Anforderungen der Telematikinfrastruktur.
Echokardio- graphiebefund	DG020104	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse einer ultraschallgestützten Untersuchung der Struktur und Funktion des Herzens, welche bildlich dargestellt und ausgewertet werden.
EEG- Auswertung	DG060109	Die Dokumentation beinhaltet die Ergebnisse sowie die visuelle Darstellung der Aufzeichnung und Messung der elektrischen Ströme des Gehirns.
eImpfpass	ED110105	Die Dokumentation wird laut KBV als »das erste medizinische Informationsobjekt definiert« und soll in der Zukunft »die Datenbasis für ein Impfmanagement darstellen«. Die Impfdaten werden in elektronischer Form erfasst. (Quelle: www.mio.kbv.de Stand 17.03.2020)
Ein- und Ausfuhr- protokoll	VL040301	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zu Ein- und Ausfuhrmengen in einem bestimmten Zeitraum. Exkl.: Medikamentenplan, Sondenplan

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Einsatz- protokoll	AU190101	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben über den notarztspezifischen Einsatz.
Einschätzung Sozialdienst	AM190203	Die Dokumentation beinhaltet eine Einschätzung eines Patienten durch den Sozialdienst.
Einverständ- niserklärung Abrechnung	AM050104	Die Dokumentation beinhaltet die schriftliche Erlaubnis, sensible Daten zu Abrechnungszwecken an Dritte weiterzugeben.
Einverständ- niserklärung Behandlung	AM050105	Die Dokumentation beinhaltet die schriftliche Erlaubnis um eine geplante Behandlung durchführen und dokumentieren zu können. Inkl.: Einwilligungserklärung Fotodokumentation, Einverständnis- erklärung Neugeborenenenscreening.
Einwilligung Studie	SF190102	Die Dokumentation beinhaltet die unterzeichnete Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einer Studie.
Einwilligung und Datenschutz- erklärung Entlassungs- management	AM050106	Die Dokumentation beinhaltet ein bundeseinheitliches Formular zu Inhalten und Zielen des Entlass- management mit schriftlicher Einwilli- gung zur Datenübermittlung an die Krankenkasse mit Widerruf.
Einwilligung/ Einverständ- niserklärung Maßregelvoll- zug	SD130104	Die Dokumentation beinhaltet Einwilli- gungen und Einverständniserklä- rungen im Rahmen des Maßregelvoll- zuges. Exkl.: Schweigepflichtentbindung, Datenschutzerklärung, Einverständnis- erklärung Abrechnung, Einverständniserklärung Behandlung

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
EKG- Auswertung	DG060111	Die Dokumentation beinhaltet die Ergebnisse sowie die visuelle Darstellung der Aufzeichnung und Messung der elektrischen Aktivität des Herzens. Exkl.: Ergometriebefund, Belastungs-EKG
E-Mail Arztauskunft	ED190103	Die Dokumentation beinhaltet den Informationsaustausch per E-Mail – direkt elektronisch oder ausgedruckt in Papierkrankenakte. Schwerpunkt: Arztauskunft ohne Befundergebnisse
E-Mail Befundauskunft	ED190101	Die Dokumentation beinhaltet den Informationsaustausch per E-Mail – direkt elektronisch oder ausgedruckt in Papierkrankenakte. Schwerpunkt: Befundergebnisse
E-Mail Juristische Beweissicherung	ED190102	Die Dokumentation beinhaltet den Informationsaustausch per E-Mail – direkt elektronisch oder ausgedruckt in Papierkrankenakte. Schwerpunkt: Juristische Beweissicherung
E-Mail Sonstige	ED190104	Die Dokumentation beinhaltet den Informationsaustausch per E-Mail – direkt elektronisch oder ausgedruckt in Papierkrankenakte - die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden kann.
EMG-Befund	DG060110	Die Dokumentation beinhaltet die Ergebnisse sowie die visuelle Darstellung der Aufzeichnung und Messung der elektrischen Muskelaktivität.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Empfangs- bestätigung	AM190107	Die Dokumentation beinhaltet einen Nachweis für den Empfang von Dokumenten, Medikamenten, Hilfsmittel usw.
Endoskopie- befund	DG020105	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse einer Untersuchung bei der Körperhöhlen und Hohlorgane von innen bildlich dargestellt und ausgewertet werden.
Entlassung gegen ärztlichen Rat	AM050108	Die Dokumentation beinhaltet die schriftliche Einwilligung, die stationäre Behandlung vorzeitig gegen ärztlichen Rat abzubrechen.
Entlassungs- bericht extern	AD010104	Die Dokumentation beinhaltet die endgültige Zusammenfassung des stationären Aufenthaltes. Erstellt von einer vorbehandelnden Einrichtung. Exkl.: Verlegungsbericht extern
Entlassungs- bericht intern	AD010103	Die Dokumentation beinhaltet die endgültige Zusammenfassung des stationären Aufenthaltes. Erstellt von der entlassenden Einrichtung. Exkl.: Verlegungsbericht intern
Entlassungs- plan	AM030103	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Vorbereitung einer Entlassung nach stationärem Aufenthalt.
ePflegebericht	ED110109	Die Dokumentation beinhaltet die elektronische Berichterstattung zum pflegerischen Zustand während eines bestimmten Behandlungszeitraums, welche den Anforderungen der KBV und Gematik entspricht, in ausschließlich elektronischer Form! Exkl. Pflegebericht (papierbasiert)

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
eRezept	ED110108	Die Dokumentation beinhaltet die Verschreibung des Arztes von Arznei- oder Heilmitteln, welche den Anforderungen der KBV und Gematik entspricht, in ausschließlich elektronischer Form! Exkl.: Rezept (papierbasiert)
Ergometrie- befund	DG060119	Die Dokumentation beinhaltet die Messergebnisse mittels EKG, bei der unter körperlicher Belastung die Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislaufsystems getestet wird. Inkl.: Spiroergometrie, Belastungs-EKG Exkl.: EKG-Auswertung
Ergotherapie- protokoll	TH060101	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Planung, Zielsetzung und Durchführung der ergotherapeutischen Behandlung. Inkl.: Abschlussbericht Exkl.: Anforderung Funktionstherapie
Ernährungs- plan	VL160102	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur geplanten Ernährung.
Ernährungs- screening	VL010104	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Einschätzung des Ernährungszustands. Inkl.: Ernährungsanamnese
eZahnärztliches Bonusheft	ED110106	Die Dokumentation wird lt. KBV »eines der ersten medizinischen Informationsobjekte« sein und soll als »Datensatz in der elektronischen Patientenakte abgebildet werden«. (Quelle: www.mio.kbv.de Stand 17.03.2020)
Fallbesprechung Bezugspflegekraft	VL160113	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zum aktuellen Pflegezustand und Planung von weiteren Maßnahmen.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Fax Arzt- auskunft	ED190107	Die Dokumentation beinhaltet den Informationsaustausch per Fax – direkt elektronisch oder ausgedruckt in Papierkrankenakte. Schwerpunkt: Arztauskunft ohne Befundergebnisse
Fax Befund- auskunft	ED190105	Die Dokumentation beinhaltet den Informationsaustausch per Fax – direkt elektronisch oder ausgedruckt in Papierkrankenakte. Inhaltlicher Schwerpunkt: Befundergebnisse
Fax Juristische Beweis- sicherung	ED190106	Die Dokumentation beinhaltet den Informationsaustausch per Fax – direkt elektronisch oder ausgedruckt in Papierkrankenakte. Schwerpunkt: Juristische Beweissicherung
Fax Sonstige	ED190108	Die Dokumentation beinhaltet den Informationsaustausch per Fax – direkt elektronisch oder ausgedruckt in Papierkrankenakte - die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden kann.
Fixierungs- protokoll	VL040302	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zu Art und Dauer einer freiheits-entziehenden Maßnahme. Inkl.: Fixierungsanordnung
Follow-Up- Bogen	SD150101	Die Dokumentation beinhaltet Angaben im Rahmen der Nachsorge zur Erfassung der Verlaufskontrolle nach Abschluss der Behandlung.
Forschungs- bericht	SF060101	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zu allen Forschungsvorhaben in einem Zeitraum, die in einer Einrichtung durchgeführt wurden.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Foto-/Video- dokumentation Sonstige	ED020199	Die Dokumentation beinhaltet die digitale direkte Foto- oder Video-dokumentation, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden kann. Bsp.: Anforderung Fotolabor, Dermatologische Fotografie
Foto- dokumentation Dermatologie	ED020102	Die Dokumentation beinhaltet die digitale direkte Fotodokumentation – Schwerpunkt: Dermatologie
Foto- dokumentation Diagnostik	ED020103	Die Dokumentation beinhaltet die digitale direkte Fotodokumentation – Schwerpunkt: Diagnostik
Foto- dokumentation Operation	ED020101	Die Dokumentation beinhaltet die digitale direkte Fotodokumentation – Schwerpunkt: Operation
Foto- dokumentation Wunden	VL230103	Die Dokumentation beinhaltet den fotografierten Hautdefekt. Hier sind nur gedruckte Fotografien zu klassifizieren. Exkl.: Fotodokumentation Dermatologie
G-AEP Kriterien	AM010102	Die Dokumentation beinhaltet festgelegte Kriterien zur Feststellung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung.
Geburten- bericht	SD070101	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zum Ablauf der Entbindung und unmittelbar danach, mit Angaben zur Mutter und zum Kind. Die Erfassung erfolgt nicht standardisiert als Freitext. Inkl.: Geburtenprotokoll

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Geburtenbogen	SD070109	Die Dokumentation beinhaltet standardisierte Angaben, die im Rahmen einer Entbindung erhoben werden. Exkl.: Geburtenverlaufskurve, Geburtenbericht
Geburten- verlaufskurve	SD070103	Die Dokumentation beinhaltet Angaben über den Zeitraum der Entbindung. Vitalzeichen werden als Kurve dargestellt. Exkl.: Pflegekurve, Säuglingskurve
Geburtsanzeige	AD020108	Die Dokumentation beinhaltet administrative Angaben über die Eltern sowie das neugeborene Kind, welche an das Standesamt übermittelt werden.
Geriatrische Assessment- dokumentation	SD070206	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Erfassung von erhaltenen Funktionen sowie Problemen im Alter. Inkl.: Uhrentest Exkl.: Barthel-Index, Tinetti-Test, GDS, DemTect, MMST
Geriatrische Depressions- skala	SD070205	Die Dokumentation beinhaltet Fragen, um Hinweise auf eine evtl. vorhandene Altersdepression zu ermitteln. Die Auswertung erfolgt durch ein Punktesystem.
Geriatrische Komplex- behandlungs- dokumentation	SD110101	Die Dokumentation beinhaltet eine ganzheitliche interdisziplinäre geriatrische Beurteilung mit Festlegung von Maßnahmen im Behandlungsverlauf.
Gesamt- dokumentation ambulante Versorgung	UB999998	Die Dokumentation beinhaltet eine Sammlung verschiedener Dokumententypen im Rahmen der ambulanten Versorgung. Diese KDL ist nur in Einzelfällen zu verwenden. Bsp.: elektronischer Austausch der gesamten Ambulanzakte

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Gesamt- dokumentation stationäre Versorgung	UB999997	Die Dokumentation beinhaltet eine Sammlung verschiedener Dokumententypen im Rahmen der stationären Versorgung. Diese KDL ist nur in Einzelfällen zu verwenden. Bsp.: elektronischer Austausch der gesamten Patientenakte
Glasgow Coma Scale	VL010106	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Einschätzung einer Bewusstseins- und Hirnfunktionsstörung bei Erwachsenen nach Schädel-Hirn-Trauma.
Glukose- toleranz- testprotokoll	LB120101	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse, wie gut der Körper eine festgelegte Menge Zucker verarbeiten kann.
H2 Atemtest	DG060202	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse einer Untersuchung der Atemgase zur Diagnostik von Magen-Darm-Erkrankungen. Inkl.: Anforderung H2 Atemtest
Handschrift- liche Notiz	AM190108	Die Dokumentation beinhaltet ausschließlich handschriftliche Informationen auf einem formlosen Bogen.
Handschrift- liches Patienten- tagebuch	SD160101	Die Dokumentation beinhaltet eine persönliche, schriftliche Schilderung von Erlebnissen zur Therapieunterstützung.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Heil- /Hilfsmittel- verordnung	AM160301	Die Dokumentation beinhaltet eine ärztliche Anweisung zur Durchführung von therapeutischen Behandlungen (Bsp. Physiotherapie, Ergotherapie, Logotherapie) sowie die Verordnung von Hilfsmitteln zur therapeutischen Unterstützung (Bsp. Bandagen, Gehhilfen, Prothesen). Inkl.: KBV Muster 8 (Sehhilfenverordnung), 8a (Verordnung von vergrößernden Sehhilfen), 13 (Hilfsmittelverordnung Physikalische Therapie), 14, 15 (VO einer Hörhilfe), 18 (VO Ergotherapie), 28 (VO Sozialdienst)
Heimvertrag	AM220103	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zum Vertrag zwischen einer Einrichtung und einem Bewohner.
Herstellungs- und Prüfproto- koll von Blut und Blutprodukten	LB020103	Die Dokumentation beinhaltet Angaben im Rahmen der Herstellung von Blut und Blutprodukten. Mindestinhalte sind: Datum, verantwortliche Person, Art des Blutes bzw. Blutproduktes.
Herzkatheter- protokoll	DG020106	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse einer minimalinvasiven Untersuchung des Herzens, unter radiologischer Kontrolle, über einen speziellen Katheter. Exkl.: Angiographieprotokoll
Herzschrift- macherausweis	AM160107	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zum implantierten Schrittmacher einer Person in Form eines Ausweises.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Histologie- anforderung	PT080101	Die Dokumentation beinhaltet die Anforderung einer Untersuchung zur Bestimmung von Veränderungen anhand von Gewebeproben. Inkl.: Obduktionsantrag Exkl.: Laboranforderung, Zytologieanforderung, Molekularpathologieanforderung
Histologie- befund	PT080102	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse einer Untersuchung zur Bestimmung von Veränderungen anhand von Gewebeproben.
Hormonthera- pieprotokoll	TH130104	Die Dokumentation beinhaltet den Nachweis über die verabreichte Dosis der Hormone und die Anzahl der Zyklen.
Hygiene- standard	AM170102	Die Dokumentation beinhaltet eine festgelegte Leitlinie bezüglich der Durchführung von Hygienemaßnahmen zum Vermeiden von Gesundheitsschäden durch Erreger.
ICD-Kontrolle	DG060122	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse einer Nachsorgeuntersuchung nach dem Einsetzen eines Defibrillators auf seine Funktion.
Impfausweis	AM160102	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zu durchgeführten Impfungen mit Angaben zur Charge.
Implantat- Ausweis	AM160111	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zu Implantaten einer Person.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Infektions- dokumenta- tionsbogen	VL040310	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben zum Screening einer Infektion, Art und Dauer der Behandlung von Infek- tionskrankheiten und Erregern. Inkl.: MRSA/MRE Screening und Sanierung Exkl.: Nosokomialdokumentation
Informations- blatt	AM160202	Die Dokumentation beinhaltet wichtige Hinweise, die für eine Behandlung oder stationären Aufenthalt notwendig sind.
Informations- blatt Entlassungs- management	AM160203	Die Dokumentation beinhaltet Infor- mationen, die den Patienten über die lückenlose Anschlussversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt aufklären.
Insulinplan	VL040102	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben über die Verabreichungsdauer und Verabreichungsart von Insulin.
Intensivdoku- mentations- bogen	VL090105	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben zur standardisierten Erfassung unter anderem von: Vitalzeichen, Medikamentenverabreichung, Pflege- maßnahmen, Beatmungssituation und Laborwerten.
Intensivkurve	VL090102	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben über einen Zeitraum von 24 Stunden während einer intensiv- medizinischen Versorgung. Vital- zeichen werden als Kurve dargestellt. Weitere Inhalte sind unter anderem: Medikamentenverabreichung, Pflegetmaßnahmen, Beatmungs- situation und Laborwerte. Inkl.: Stroke Unit Kurve, IMC Kurve Exkl.: Pflegekurve, Säuglingskurve

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Intensivmedi- zinische Komplex- behandlungs- dokumentation	SD110102	Die Dokumentation beinhaltet alle Angaben zu den intensivtherapeutischen Leistungen, die über einen Zeitraum von 24h erfasst wurden (u.a. Score Dokumentation von TISS10 und SAPS II)
Intensivpflege- bericht	VL090103	Die Dokumentation beinhaltet Angaben des Allgemeinzustands und der durchgeführten Maßnahmen während der intensivmedizinischen Versorgung. Die Erfassung erfolgt nicht standardisiert als Freitext. Exkl.: Pflegebericht
IPSS (Inter- national Pros- tata Symptom Score)	VL010108	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Einschätzung des Harnverhalts. Die Auswertung erfolgt mittels Punktesystem.
ISAR Screening	AU190105	Die Dokumentation beinhaltet Angaben für das Screening zur Ermittlung des geriatrischen Hilfebedarfs.
Isolierungs- protokoll	VL040303	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Art und Dauer der Isolierungsmaßnahmen während der Behandlung.
Kardioversion	VL040314	Die Dokumentation beinhaltet eine kurze Zusammenfassung des Procedere, welches elektronisch oder medikamentös durchgeführt werden kann. Dokumentiert wird in Freitext oder auf standardisiertem Formular. Weitere Inhalte können Angaben zu den Vitaldaten und zur Sedierung während der Durchführung sein.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Katheter- dokument	VL040313	Die Dokumentation beinhaltet Angaben über die Sondierung, Entleerung oder Spülung eines Hohlorgans. Weitere Inhalte können auch die Anlage oder Entfernung eines Venenkatheters sein. Exkl.: Katheterdokumentation zur Schmerztherapie, Dialyse, Herzkatheter
Kipptisch- untersuchung	DG060120	Die Dokumentation beinhaltet die Ergebnisse eines medizinischen Verfahrens, das zur Klärung von Synkopen dient, um die Veränderung von Blutdruck und Puls zu testen.
Konserven- begleitschein	TH200104	Die Dokumentation beinhaltet alle relevanten Daten zu einer angeforderten Blutkonserve.
Konsil- anforderung	AD060101	Die Dokumentation beinhaltet die Anforderung/Anmeldung einer Befundung durch einen Facharzt aus einem weiteren Leistungsbereich.
Konsilbericht extern	AD060104	Die Dokumentation beinhaltet die Zusammenfassung der Befundung und Empfehlung eines Facharztes für den weiteren Behandlungsverlauf. Erstellt von einer Fremdeinrichtung. Inkl.: KBV Muster 22 (Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie)
Konsilbericht intern	AD060103	Die Dokumentation beinhaltet die Befundung und Empfehlung eines konsiliarischen Facharztes für den weiteren Behandlungsverlauf. Erstellt von der entlassenden Einrichtung.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Kostenüber- nahmeantrag	AM010207	Die Dokumentation beinhaltet eine Anfrage zur Kostenübernahme für eine geplante Behandlung. Inkl.: KBV Muster 56
Kostenüber- nahmever- längerung	AM010103	Die Dokumentation beinhaltet die Bestätigung zur Kostenübernahme bei Weiterführung der Behandlung. Inkl.: Kostenübernahmeerklärung
Krankentrans- portschein	AM160302	Die Dokumentation beinhaltet den Nachweis über durchgeführte oder geplante Krankenförderungen. Inkl.: KBV Muster 4 (Verordnung einer Krankenförderung)
Krebsfrüh- erkennung	AD020204	Die Dokumentation beinhaltet Ergeb- nisse von empfohlenen Untersuch- ungen gemäß § 25 SGB V zur Krebs- früherkennung. z.B. Brustkrebs, Prostata Inkl.: KBV Muster 39 (Krebsfrüherkennung Zervix- Karzinom) und 40 (Krebsfrüherkennung Männer)
Kurzarztbrief	AD010112	Die Dokumentation beinhaltet die Zusammenfassung des stationären Aufenthaltes in Kurzform.
Laborbefund extern	LB120102	Die Dokumentation beinhaltet Ergeb- nisse von Untersuchungen verschie- denster Materialien durch ein Fremd- labor. Exkl.: Laborbefund intern, Mikrobiologiebefund, Serologischer Befund

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Laborbefund intern	LB120103	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse von Untersuchungen verschiedenster Materialien durch ein haus-eigenes Labor. Inkl.: Kumulativbefund Exkl.: Laborbefund extern, Mikrobiologiebefund, Serologischer Befund
Lagerungsplan	VL040304	Die Dokumentation beinhaltet Angaben über festgelegte Lagerungsinter- valle. Inkl.: Dekubitusprophylaxe, Bewegungsplan
Lieferschein	AM190109	Die Dokumentation beinhaltet Angaben über eine Lieferung.
Logopädie- protokoll	TH060102	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Planung, Zielsetzung und Durchführung der logopädischen Behandlung. Inkl.: Abschlussbericht Exkl.: Anforderung Funktionstherapie
Lyse Dokument	TH130111	Die Dokumentation beinhaltet Angaben über die Durchführung einer medikamentösen Therapie zur Lösung von Blutgerinnseln. Inkl.: Checkliste Lysetherapie Exkl.: Dialyse
Mammogra- phiebefund	DG020114	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse einer radiologischen Untersu- chung, bei der mittels Röntgenstrahlen das Brustgewebe durchleuchtet, bild- lich dargestellt und ausgewertet wird. Exkl.: Röntgenbefund

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Manometrie- befund	DG060112	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse und die visuelle Darstellung einer physikalischen Druckmessung von Hohlorganen. Exkl.: Zystometrie, Rhinomanometrie
MDK Gutachten	AM010108	Die Dokumentation beinhaltet das Ergebnis einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen.
MDK Prüfauftrag	AM010107	Die Dokumentation beinhaltet die schriftliche Ankündigung zur Überprüfung eines abrechnungsrelevanten Sachverhaltes durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse. Exkl.: Schriftverkehr MDK Kasse, MDK Gutachten, Schriftverkehr MDK Arzt
Medikamenten- plan intern/extern	TH130107	Die Dokumentation beinhaltet eine Übersicht über verordnete Arzneimittel. Exkl.: Medikamentenplan elektronisch (eMP) = bundeseinheitlicher Medikationsplan
Medikations- plan elektro- nisch (eMP)	ED110103	Die Dokumentation beinhaltet einen Bundeseinheitlichen Medikationsplan mit Barcode, der sämtliche Arzneimittel enthält, die verordnet wurden und der den Anforderungen der Telematikinfrastruktur entspricht. Dazu werden unter anderem der Wirkstoff, die Dosierung, der Einnahmegrund und sonstige Hinweise zur Einnahme aufgeführt. (Quelle: www.kbv.de/html/medikationsplan.php , Stand: 29.10.2018)

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Meldebogen Krebsregister	SD150102	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Meldung von Krebserkrankungen an das Krebsregister.
Messblatt	AD020205	Die Dokumentation beinhaltet Messungen von Teilen des Körpers, Gewicht und Körpergröße. Exkl.: Perzentilkurve
Messungs- protokoll Augeninnen- druck	DG060113	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse der Messung des Augeninnendrucks (Tonometrie) mittels Applationstonometer.
Mikrobiologie- befund	LB130101	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse der Untersuchung von Proben auf Bakterien, Pilze oder Viren und dessen Empfindlichkeit gegenüber Antiinfektiva. Exkl.: Urinbefund, Virologiebefund, Blutkulturenbefund
Mini Mental Status Test inkl. Uhrentest	VL010102	Die Dokumentation beinhaltet Testaufgaben zur Feststellung von Defiziten der Wahrnehmung, des Denkens sowie der kognitiven Fähigkeiten. Die Auswertung erfolgt über ein Punktesystem.
Mobilitätstest nach Tinetti	SD070207	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Messung des Sturzrisikos im Alter, nach festen Kriterien. Bewertet werden Gleichgewichtssinn und Gangbild. Die Auswertung erfolgt durch ein Punktesystem. Exkl.: Sturzrisikoerfassungsbogen

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Molekular- pathologie- anforderung	PT130101	Die Dokumentation beinhaltet die Anforderung einer Untersuchung zur Bestimmung von Veränderungen der Erbinformation. Exkl.: Histologieanforderung, Anforderung Labor, Zytologieanforderung
Molekular- pathologie- befund	PT130102	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse einer Untersuchung der Erbinformationen auf Veränderungen. Inkl.: Zytogenetikbefund, PCR-Befund
Monitoring- ausdruck	VL090104	Die Dokumentation beinhaltet Aufzeichnungen von Vitalzeichen und der Sauerstoffsättigung. Der Ausdruck wird elektronisch über einen Vitaldatenmonitor erstellt. Exkl.: Überwachungsprotokoll
MRSA Kom- plexbehand- lungsdoku- mentation	SD110103	Die Dokumentation beinhaltet Angaben über den Mehraufwand bei einer Infektion durch multiresistente Keime.
MRT-Befund	DG020107	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse einer speziellen radiologischen Untersuchung, bei der Schnittbilder von Knochen und Weichteilen im menschlichen Körper, mit Hilfe von Magnetfeldern, bildlich dargestellt und ausgewertet werden.
Mutterpass (Kopie)	AM160109	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, in dem alle relevanten Daten zum Schwangerschaftsverlauf erfasst werden.
Nachlass- protokoll	AM160108	Die Dokumentation beinhaltet ein Übergabeprotokoll mit dem aufgelisteten Nachlass.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Nachschau- bericht	AD010113	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben zur Nachbehandlung eines Arbeits- bzw. Wegeunfalls durch den Durchgangsarzt auf standardisiertem Formular. Exkl.: Durchgangsarztbericht
Neugeboren- enscreening	SD070104	Die Dokumentation beinhaltet Unter- suchungen vom Neugeborenen auf angeborene Stoffwechselerkrank- ungen. Dazu gehören Blutunter- suchung, Hörtest und Sonographie der Hüften. Inkl.: Apgar
Neurographie- befund	DG060114	Die Dokumentation beinhaltet die Ergebnisse der Messung der Nerven- leitgeschwindigkeit peripherer Nerven. Dazu zählen Nerven, die Muskeln ver- sorgen sowie Nerven für Sinnes- empfindungen.
Neurologische Komplexbe- handlungs- dokumentation	SD110104	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben über eine mindestens 24-stündige Behandlung auf einer Stroke Unit Station, unter Gewährleistung von ständiger Anwesenheit eines Neuro- logen, zur kontinuierlichen Betreuung und Überwachung.
NIH Stroke Scale	VL010107	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben zur Beurteilung eines akut auf- getretenen Schlaganfalls. Die Auswer- tung erfolgt mittels Punktesystem.
Nosokomial- dokumentation	VL040311	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben zur Art und Dauer der Behandlung von im Krankenhaus erworbenen Infektionskrankheiten und Erregern. Exkl.: Infektionsdokumentationsbogen

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Notaufnahme- bericht	AU190102	Die Dokumentation beinhaltet den ärztlichen Bericht über die Behandlung in der Notaufnahme.
Notaufnahme- bogen	AU190103	Die Dokumentation beinhaltet den Befund des aktuellen Zustands in der Notaufnahme (inkl. Triage).
Notfall-/ Vertretungs- schein	AD020105	Die Dokumentation beinhaltet Diagnosen, Befunde, Therapien im Rahmen einer ambulanten Notfall-/Vertretungsbehandlung (KBV Muster 19). Exkl.: Abrechnungsschein, Überweisungsschein
Notfalldaten- management (NFDm)	ED110102	Die Dokumentation beinhaltet für den Notfall wichtige Daten des Patienten – gespeichert auf der elektronischen Gesundheitskarte.
OCT-Befund	DG020108	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse einer tomographischen Untersuchung, bei der mehrdimensionale Aufnahmen des Auges bildlich dargestellt und ausgewertet werden. Exkl.: Augenuntersuchung
OP-Anmel- dungsbogen	OP150102	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Anmeldung eines Patienten für einen operativen Eingriff.
OP-Bericht	OP150103	Die Dokumentation beinhaltet die Zusammenfassung des Operationsverlaufes durch einen Arzt.
OP-Bilddoku- mentation	OP150104	Die Dokumentation beinhaltet ausschließlich die bildliche Dokumentation, die während eines operativen Eingriffes entstanden ist.
OP-Checkliste	OP150105	Die Dokumentation beinhaltet Angaben über die Voraussetzungen und den Ablauf eines operativen Eingriffes.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Operations- aufklärungs- bogen	AM010303	Die Dokumentation beinhaltet Angaben über die Aufklärung der geplanten Operation, inklusive anamnestischer Erhebungen.
OP-Protokoll	OP150106	Die Dokumentation beinhaltet zusätzliche Angaben im Rahmen einer Operation. Inhalte sind u.a. OP-Team, Schnitt-Naht-Zeit, Materialverbrauch.
OP-Zähl- protokoll	OP150108	Die Dokumentation beinhaltet Angaben über die Vollzähligkeit des verwendeten Materials während einer Operation. Exkl.: Chargendokumentation
Palliativmedi- zinische Komplex- behandlungs- dokumentation	SD110105	Die Dokumentation beinhaltet standardisierte Angaben zu Symptom -und Schmerzlinderung bei geringer Lebenserwartung durch eine unheilbare Krankheit. Dies erfolgt unter Beteiligung unterschiedlicher ärztlicher und therapeutischer Fachbereiche. Inkl.: Palliativmedizinisches Basis- Assessment
Partogramm	SD070105	Die Dokumentation beinhaltet die graphische Darstellung zur Geburtensituation und der Eröffnung des Muttermundes bei Entbindung.
Patientenfrage- bogen	AM170103	Die Dokumentation beinhaltet Fragen bzgl. relevanter Informationen zur Verbesserung eines Behandlungsprozesses. Inkl.: Fragebogen Beckenboden präoperativ, Fragebogen zur Tages-schläfrigkeit, Patientenumfragen

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Patientenlauf- zettel	AM030104	Die Dokumentation beinhaltet einen Nachweis über Terminvereinbarungen, durchgeführte Diagnostiken, Behandlungen o.ä. während des Aufenthaltes.
Patienten- verfügung	AM160104	Die Dokumentation beinhaltet den vorsorglich festgehaltenen letzten Willen.
Perzentilkurve	SD070110	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zum Verlauf von Gewicht, Länge und Kopfumfang. Exkl.: Messblatt
PET-Befund	DG020109	Die Dokumentation der Positronen-Emissions-Tomographie beinhaltet Ergebnisse einer nuklearmedizinischen Untersuchung, welche zum größten Teil im Rahmen der Tumordiagnostik eingesetzt wird. Die Stoffwechselvorgänge im Gewebe werden bildlich dargestellt und ausgewertet. Exkl.: CT-Befund, SPECT-Befund, Szintigraphie
Pflegeanam- nesebogen	VL160104	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zum aktuellen Pflegezustand bei Aufnahme.
Pflegebericht	VL160105	Die Dokumentation beinhaltet eine freitextliche Berichterstattung zum pflegerischen Zustand während eines bestimmten Behandlungszeitraums. Exkl.: Intensivpflegebericht
Pflegekurve	VL160106	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, über mehrere klinische Tage, zur Erfassung von Vitalzeichen, Medikamentengaben, Pflegemaßnahmen und Laborwerten. Vitalzeichen werden als Kurve dargestellt. Exkl.: Intensivpflegekurve. Säuglingskurve

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Pflegenachweis	VL160114	Die Dokumentation beinhaltet einen Nachweis von pflegerischen Leistungen. Exkl.: Pflegebericht
Pflegeplanung	VL160107	Die Dokumentation beinhaltet einen Maßnahmenplan, der die strukturierte und zielgerichtete Vorgehensweise von Pflegekräften bei der Versorgung beschreibt.
Pflegestandard	AM170104	Die Dokumentation beinhaltet standardisierte Vorgaben zur Durchführung von Pflegemaßnahmen.
Pflegeüber- leitungsbogen	VL160108	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zu sämtlichen pflegerrelevanten Daten in Abhängigkeit von den Defiziten und Ressourcen. Sie dienen als Grundlage für die weiterbehandelnde Einrichtung.
Pflegevisite	VL160112	Die Dokumentation beinhaltet die Erfassung von Änderungen im Pflegeprozess und den daraus resultierenden Maßnahmen.
Physiothera- pieprotokoll	TH060103	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Planung, Zielsetzung und Durchführung der physiotherapeutischen Behandlung. Inkl.: Abschlussbericht Exkl.: Anforderung Funktionstherapie
PKMS-Doku- mentation	SD110106	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Abbildung hochaufwendiger Pflegemaßnahmen in definierten Leistungsbereichen (Standardisierter Pflegekomplexmaßnahmenscore).

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Postoperative Verordnung	OP150107	Die Dokumentation beinhaltet Anweisungen für den weiteren Behandlungsverlauf nach einem operativen Eingriff.
Prämedika- tionsprotokoll	TH130110	Die Dokumentation beinhaltet Angaben über die Anordnung und Verabreichung von Medikamenten vor einer Maßnahme. Exkl.: Anästhesieaufklärungsbogen
Protokoll Ein- und Ausschluss- kriterien	SF190103	Die Dokumentation beinhaltet präzise Kriterien, die eine Teilnahme an einer Studie ermöglichen oder ausschließen.
Protokoll Ernährungs- beratung	TH160101	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zu empfohlenen Nahrungsmitteln aufgrund verschiedener Indikationen.
Prüfplan	SF190104	Die Dokumentation beinhaltet die Beschreibung und Festlegung der wichtigsten Merkmale des Forschungsvorhabens.
Psychologische Therapie- anordnung	SD160103	Die Dokumentation beinhaltet eine therapeutische Anordnung durch den Arzt zur Behandlung einer psychischen Erkrankung.
Psychologi- scher Erhebungsbogen	SD160102	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Feststellung einer psychischen Erkrankung sowie deren Schweregrad. Die Auswertung erfolgt durch ein Punktesystem.
Psychologi- scher Verlaufsbogen	SD160105	Die Dokumentation beinhaltet Angaben über den Verlauf der psychologischen Behandlung, gekennzeichnet durch Einträge zu verschiedenen Zeitpunkten.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Psycholo- gisches Therapiege- sprächs- protokoll	SD160104	Die Dokumentation beinhaltet Gesprächsinhalte, die im Rahmen einer psychologischen Therapiesitzung aufgekommen sind.
Punktions- protokoll	VL040305	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben zum Verlauf einer Punktion, sowie Nachweise von Biopsien und Check- listen. Inkl.: diagnostischer oder therapeu- tischer Punktion, Anmeldung zur Punktion
Qualitäts- sicherungs- bogen	AM170105	Die Dokumentation beinhaltet gesetz- lich vorgeschriebene Qualitäts- sicherungsverfahren laut IQTIG.
Radiojodthera- pieprotokoll	TH020104	Die Dokumentation beinhaltet den Nachweis der nuklearmedizinischen Therapie zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen. Exkl.: Therapieprotokoll mit Radio- nukliden
Reanimations- protokoll	VL040307	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben zur Art und Dauer der durchge- führten Wiederbelebensmaßnahme.
Rechnung ambulante/ stationäre Behandlung	AM010106	Die Dokumentation beinhaltet eine individuelle Kostenerstellung der erbrachten Leistungen an den jeweiligen Kostenträger.
Reha-Bericht	AD010105	Die Dokumentation beinhaltet die Zusammenfassung des Aufenthaltes während der Rehabilitation.
Rezept	TH130108	Die Dokumentation beinhaltet die Verschreibung des Arztes auf einem standardisierten Formular von Arznei- oder Heilmitteln. (Muster 16 KBV)

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Rhinometrie- befund	DG060115	Die Dokumentation beinhaltet die Ergebnisse der Darstellung des Nasenquerschnittes um Engstellen zu lokalisieren und zu messen.
Röntgenbefund	DG020110	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse einer radiologischen Untersuchung bei welcher Körperstrukturen wie Knochen, Gefäße und innere Organe mit Hilfe eines Röntgen-Gerätes durchleuchtet, bildlich dargestellt und ausgewertet werden. Exkl.: Mammographie, Angiographie-befund
Säuglingskurve	SD070108	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Erfassung von Vitalzeichen, Trinkverhalten, Laborwerten und Pflegemaßnahmen des Säuglings/ Neugeborenen. Vitalzeichen werden als Kurve dargestellt. Inkl.: Neugeborenendokumentationsbogen Exkl.: Pflegekurve, Intensivkurve
Schellong Test	DG060201	Die Dokumentation beinhaltet Messergebnisse von Herzfrequenz und Blutdruck nach dem Wechsel aus der liegenden Position in den Stand. Inkl.: Anforderung Schellong Test
Schlaflabor- dokumenta- tionsbogen	DG060116	Die Dokumentation beinhaltet die Ergebnisse und Auswertung des Schlafverhaltens.
Schluckunter- suchung	DG060117	Die Dokumentation beinhaltet die Ergebnisse einer Prüfung des Schluckverhaltens.
Schmerzer- hebungsbogen	VL010103	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zu Lokalisation, Stärke sowie Ursache von Schmerzen.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Schmerzthe- rapieprotokoll	TH130109	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben über die Durchführung einer medikamentösen schmerzlindernden Therapie. Inkl.: Therapieplan Schmerztherapie
Schriftverkehr Amt/ Behörde/ Anwalt	AM190110	Die Dokumentation beinhaltet sämt- liche Korrespondenzen von Ämtern, Behörden oder Anwälten. Inkl.: Schriftverkehr Strafverfolgung und Schadenersatz Exkl.: Schriftverkehr Amtsgericht
Schriftverkehr Amtsgericht	AM190102	Die Dokumentation beinhaltet sämt- liche Korrespondenz zwischen medizinischer Einrichtung und Amtsgericht. Inkl.: Bestellungsurkunde Betreuer
Schriftverkehr Deutsche Rentenver- sicherung	AM190105	Die Dokumentation beinhaltet sämt- liche Korrespondenz zwischen medi- zinischer Einrichtung und der deutschen Rentenversicherung.
Schriftverkehr Krankenkasse	AM190104	Die Dokumentation beinhaltet sämt- liche Korrespondenz zwischen medizinischer Einrichtung und Krankenkasse.
Schriftverkehr Maßregelvoll- zug	SD130103	Die Dokumentation beinhaltet sämt- liche Korrespondenzen im Rahmen des Maßregelvollzuges. Exkl.: Schriftverkehr Amtsgericht, Schriftverkehr MDK Arzt, Schrift- verkehr Krankenkasse, Schriftverkehr Deutsche Rentenversicherung, Schriftverkehr MDK Kasse

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Schriftverkehr MDK Arzt	AM190103	Die Dokumentation beinhaltet sämtliche Korrespondenz zwischen Arzt und Medizinischen Dienst. Inkl.: KBV Muster 11 (Bericht für den Medizinischen Dienst), Muster 86 (Weiterleitungsbogen für angeforderte Befunde an den MDK)
Schriftverkehr MDK Kasse	AM010104	Die Dokumentation beinhaltet sämtliche Korrespondenz in Bezug auf MDK relevante Fälle zwischen MDK und Krankenkasse. Exkl.: MDK Prüfauftrag, MDK Gutachten, Schriftverkehr MDK Arzt
Schweige- pflichtent- bindung	AM050107	Die Dokumentation beinhaltet die schriftliche Einwilligung um medizinische Daten, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, an Dritte weitergeben zu dürfen.
Sendebericht	AM190106	Die Dokumentation beinhaltet den Nachweis über das Versenden eines Fax.
Serologischer Befund	LB020104	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse einer Untersuchung, bei der das Blut auf Antigene und Antikörper getestet wird.
Sondenplan	VL040308	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Art und Dauer der zu verabreichenden Sondennahrung.
Sonographie- befund	DG020111	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse einer Untersuchung mittels Ultraschall, bei der organisches Gewebe bildlich dargestellt und ausgewertet werden. Inkl.: Doppler-, Duplexsonographie, Endosonographie Exkl.: Echokardiographie

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Sonstige Abrechnungsdokumentation	AM010199	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Dokumentation erbrachte Leistungen (GOÄ), Einzahlungsquittung, Individual-Checkliste, Liquidation, Zahlungsaufforderung, Checkliste Abrechnung, Entlassungsschein
Sonstige Anästhesiedokumentation	OP010199	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Anästhesieausweis, PCEA Protokoll
Sonstige ärztliche Befunderhebung	AD020299	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können.
Sonstige Audio- dokumentation	ED010199	Die Dokumentation beinhaltet ausschließlich Audiodokumentation.
Sonstige Aufnahmedokumentation	AU010199	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Aufnahmegespräch, Übersicht über bisherigen Behandlungsverlauf, Mitteilung Termin stationäre Aufnahme

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Sonstige Bescheinigung	AD020199	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. z.B. Bescheinigungen, die auch von nicht-ärztlichen Berufsgruppen ausgestellt werden. Beratungsbescheinigung, administrative Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt, Schulbescheinigung Inkl.: KBV Muster 85 (Nachweis der Anspruchsberechtigung)
Sonstige Checkliste Administration	AM030199	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Aktendeckblatt, Aktencheckliste, Checkliste zur Archivierung der Krankengeschichte
Sonstige Diabetes- dokumentation	VL040199	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Diabetes Verlaufsdokumentation, Diabetologische Empfehlungen, Diabetesberatung
Sonstige Dialysedoku- mentation	VL040299	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Dialysebegleitschreiben, Dialysevisite
Sonstige Dokumentation bildgebende Diagnostik	DG020199	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Kapillarmikroskopie

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Sonstige Dokumentation Blut	LB020199	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können.
Sonstige Dokumentation Funktions- diagnostik	DG060199	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: PH-Metrie, CNG-Analyse
Sonstige Dokumentation KIS	ED110199	Die Dokumentation beinhaltet alle elektronischen Daten und Dokumententypen, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können, jedoch elektronisch direkt ausgetauscht wird.
Sonstige Dokumentation Rettungsstelle	AU190199	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: ZNA-Notfallschein, Checkliste Notfallambulanz
Sonstige Einwilligung/ Erklärung	AM050199	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Abtretungserklärung, Aushändigung der Explantate, Einwilligung zum Tragen des Patientenidentifikationsarmbandes, Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung, Zustimmungserklärung

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Sonstige Fall- besprechung	AD060199	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Angehörigengespräch, Gesprächsnotiz
Sonstige Forschungs- dokumentation	SF060199	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können.
Sonstige Geburten- dokumentation	SD070199	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Dokumentationsbogen Schulter- dystokie, Geburtsplanung, Still-/ Ernährungsprotokoll, Entnahme Nabelschnurblut
Sonstige Komplexbe- handlungs- dokumentation	SD110199	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Multimodale Komplexbehand- lung bei Diabetes mellitus, Rheuma- tologische Komplexbehandlung, Parkinson Komplexbehandlung
Sonstige medizinische Dokumentation	UB999999	Die Dokumentation beinhaltet alle Dokumententypen, die nicht in einer spezifischeren KDL aller Unterklassen abgebildet werden können. Inkl.: Patientenetiketten, Visitenkarte, Registerblätter

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Sonstige OP- Dokumentation	OP150199	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Begleitschein für Explantate, OP Begleitzettel, OP Übergabeprotokoll, OP Vorbereitungsbogen, HLM Protokoll
Sonstige poststationäre Verordnung	AM160399	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: KBV Muster 61, Verordnung von medizinischer Rehabilitation, Ärztliche Verordnung zur nachstationären Versorgung
Sonstige Studien- dokumentation	SF190199	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können.
Sonstige Trans- plantations- dokumentation	OP200199	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Anmeldung zur Transplantation, Transplantationsbegleitschein, Checkliste Transplantation
Sonstige Wund- dokumentation	VL230199	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Anamnese Wunddokumentation, Aufnahme- und Kurzprotokoll Wundtherapie, Wundmanagement

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Sonstiger Antrag	AM010299	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Antrag auf Haushaltshilfe, Obduktionsantrag
Sonstiger Arztbericht	AD010199	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: KBV Muster 52, DUV F2222, Autopsiebericht, Obduktionsbericht, Ärztliche Information (Briefform)
Sonstiger Assessment- bogen	VL010199	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Atemskala, COPD Assessment, Delirium Screening, Finnegan Score, Hornheider Screening Instrument, Karnofsky Index, Wortfindungstest, Schreibprobe, Dubowitz Score
Sonstiger Aufklärungs- bogen	AM010399	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Aufklärung Zentralvenöser Katheter, Aufklärungsbogen Geburtseinleitung, Aufklärung Anwesenheit des Vaters / einer Vertrauensperson bei der Entbindung, Aufklärung Eigenblutspende einschl. Eigenblutrückübertragung

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Sonstiger Durchführ- rungsnachweis	VL040399	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Blasenspülprotokoll, Cardio- version, Inhalationsplan
Sonstiger elektronischer Schriftverkehr	ED190199	Die Dokumentation beinhaltet den rein elektronischen Schriftverkehr, der nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden kann.
Sonstiger Funktionstest	DG060299	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Kopfpulstest, Riechtest, Gehstreckentest
Sonstiger Intensivdoku- mentations- bogen	VL090199	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Häodynamische Verlaufs- dokumentation, PICCO Protokoll.
Sonstiger Laborbefund	LB120199	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können.
Sonstiger onkologischer Dokumenta- tionsbogen	SD150199	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Checkliste für Tumorpatienten, Psychoonkologische Basis- dokumentation, Tumorverlaufsblatt

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Sonstiger Pflegedoku- mentations- bogen	VL160199	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können.
Sonstiger Schriftverkehr	AM190199	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: KBV Muster 53 (Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähig- keitszeiten), Mitteilung Aufnahmetermin, Übersendung Unterlagen
Sonstiger Vertrag	AM220199	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Allgemeine Vertragsbedingungen, Individuelle Vereinbarungen
Sonstiges Bestrahlungs- therapiepro- tokoll	TH020199	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Anmeldung zur Strahlentherapie, Verlaufsbericht Strahlentherapie
Sonstiges Dokument medikament- öser Therapie	TH130199	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Sonstiges Dokument Sozialdienst	AM190299	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Anforderung Sozialdienst, Meldung an Sozialdienst, Verlaufs- dokumentation Sozialdienst
Sonstiges Einweisungs-/ Überweisungs- dokument	AU050199	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Telefonische Überweisung, Patient Admission Form
Sonstiges Funktions- therapieproto- koll	TH060199	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Fototherapie, Hypothermie- bogen, Kunsttherapie
Sonstiges geriatrisches Dokument	SD070299	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können.
Sonstiges Maßregelvoll- zugdokument	SD130199	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können.
Sonstiges patienten- eigenes Dokument	AM160199	Die Dokumentation beinhaltet Angaben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Ausweis Antikoagulanzen- behandlung, Urkunde (Notar), Zeugnis

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Sonstiges Patienteninfor- mationsblatt	AM160299	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können.
Sonstiges Protokoll Patienten- schulung	TH160199	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Anmeldung Patientenschulung Exkl.: Diabetesberatung
Sonstiges psycholo- gisches Dokument	SD160199	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Psychischer Untersuchungs- befund, Psychopathologischer Befund, Therapieplan Psy
Sonstiges Qualitäts- sicherungs- dokument	AM170199	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Komplikationsbogen, Leitfäden, Nachbehandlungsschema
Sonstiges Transfusions- dokument	TH200199	Die Dokumentation beinhaltet Anga- ben, die nicht in einer spezifischeren KDL dieser Unterklasse abgebildet werden können. Inkl.: Bericht über Transfusions- reaktion, Checkliste Transfusion, Konservenausgabeprotokoll
SOP-Bogen	SF190105	Die Dokumentation beinhaltet Arbeits- anweisungen zur Sicherstellung einheitlicher Arbeitsabläufe im Rahmen des Forschungsvorhabens.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Soziotherapeutischer Betreuungsplan	AM190202	Die Dokumentation beinhaltet Angaben mit Therapiezielen, verordneten empfohlenen Maßnahmen usw., welche durch den Sozialen Dienst an die Krankenkasse weitergeleitet werden (KBV Muster 27).
SPECT-Befund	DG020112	Die Dokumentation der Einzelphotonen-Emissionscomputertomographie beinhaltet Ergebnisse einer nuklearmedizinischen Untersuchung, welche zum größten Teil im Rahmen der Tumordiagnostik eingesetzt wird. Die Stoffwechselvorgänge im Gewebe werden grafisch dargestellt und ausgewertet. Exkl.: CT-Befund, PET-Befund, Szintigraphie
Spenderdokument	OP200102	Die Dokumentation beinhaltet alle relevanten Angaben zum Spender für eine Transplantation. Exkl.: Blutspendeprotokoll
Stammblatt	AU010105	Die Dokumentation beinhaltet zusammengefasst administrative und persönliche Daten im Überblick.
Stomadokumentation	VL040312	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Erst- und Folgeversorgung eines künstlichen Ausganges.
Studienbericht	SF190106	Die Dokumentation beinhaltet die Veröffentlichung einer durchgeführten Studie.
Sturzprotokoll	VL160109	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zu einem Sturz und den daraus resultierenden Maßnahmen.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Sturzrisiko- erfassungsbogen	SD070204	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Ermittlung der Sturzgefahr und Festlegung vorbeugender Maßnahmen. Die Auswertung erfolgt durch ein Punktesystem. Exkl.: Mobilitätstest nach Tinetti
Szintigraphie- befund	DG020113	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse einer nuklearmedizinischen Untersuchung, mittels Gabe einer radioaktiven Substanz, bei welcher Entzündungen oder Tumore in Organen und Knochen bildlich dargestellt und ausgewertet werden. Exkl.: PET-Befund, SPECT-Befund
Teambesprechungs- protokoll	AD060107	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zu einer interdisziplinären Beratung über den aktuellen Gesundheitszustand und der Planung des weiteren Verlaufes. Exkl.: Tumorkonferenzprotokoll
Therapie- protokoll mit Radionukliden	TH020105	Die Dokumentation beinhaltet den Nachweis der nuklearmedizinischen Behandlung, bei der Patienten radioaktive Substanzen verabreicht bekommen. Exkl.: Radiojodtherapie
Timed Up and Go Test	SD070208	Die Dokumentation beinhaltet die Erhebung und/oder die Beurteilung der Fortbeweglichkeit in einem bestimmten Zeitraum. Exkl.: Sturzrisikoerfassung, Mobilitätstest nach Tinetti

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Todesbescheinigung	AD020103	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zum Verstorbenen, zur Feststellung des Todes, zur Todesart sowie weiteren Zusatzangaben. Inkl.: Leichenbegleitschein, Sterbefallanzeige
Transplantationsprotokoll	OP200101	Die Dokumentation beinhaltet Nachweise über die Transplantation von Gewebe, Organen oder Körperteilen.
Tumorkonferenzprotokoll	SD150103	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse des Zusammentreffens von verschiedenen Fachärzten, über die Beratung der weiteren Behandlung von Tumorerkrankungen.
Tumorklassifikationsbogen	SD150104	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur Erfassung der Tumormorphologie – überwiegend manuelle Skizze.
Überwachungsprotokoll	VL160110	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur engmaschigen, pflegerischen Überwachung über einen bestimmten Zeitraum. Exkl.: Monitoringausdruck
Überweisungsschein	AU050102	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur geplanten Behandlungsart, Fachabteilung, Diagnosen, Behandlungsauftrag, Vertragsarzt. Inkl.: Standardisierter Überweisungsschein gem. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV Muster 6 und 7), Überweisung D-Arzt. Exkl.: Abrechnungsschein, Notfall-/Vertretungsschein

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Überweisungs- schein Labor	LB120105	Die Dokumentation beinhaltet den Auftrag zur Befundung verschiedenster Materialien durch ein Labor auf standardisiertem KBV Formular (10) Exkl.: Anforderung Labor, Histologieanforderung, Zytologieanforderung, Molekularpathologieanforderung
Urinbefund	LB130102	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse der Untersuchung mittels Urinstix, um Erkrankungen der Harnorgane und Stoffwechselstörungen festzustellen. Exkl.: Mikrobiologiebefund, Laborbefund intern/extern
Uroflowmetrie	DG060124	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse einer urologischen Untersuchungsmethode, bei der eine Messung der Menge und Dauer des Harnflusses vorgenommen wird. Inkl.: Urodynamische Untersuchung
Verlängerungs- antrag	AM010204	Die Dokumentation beinhaltet eine Anfrage zur Übernahme der Kosten bei Weiterführung der Behandlung/Rehabilitation.
Verlaufsdoku- mentations- bogen	VL160111	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zum chronologischen Verlauf des Gesundheitszustandes und der durchgeführten Maßnahmen. Exkl.: Ärztlicher Verlaufsbericht
Verlegungs- bericht extern	AD010107	Die Dokumentation beinhaltet die endgültige Zusammenfassung des stationären Aufenthaltes für die Verlegung von einer anderen Einrichtung. Erstellt von der vorbehandelnden Einrichtung. Exkl.: Entlassungsbericht extern

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Verlegungs- bericht intern	AD010106	Die Dokumentation beinhaltet die endgültige Zusammenfassung des stationären Aufenthaltes für die Verlegung auf eine andere Station, Fachbereich oder Einrichtung. Exkl.: Entlassungsbericht intern, Verlegungsschein intern
Verlegungs- schein intern	AU050104	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zur krankenhausinternen Verlegung auf eine andere Station oder einen Fachbereich. Exkl.: Verlegungsbericht, Ärztliche Stellungnahme
Verordnung häusliche Krankenpflege	AM160303	Die Dokumentation beinhaltet eine ärztliche Anweisung für die Krankenpflege zu Hause (KBV Muster 12).
Verordnung von Krankenhaus- behandlung	AU050101	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zum Grund der stationären Aufnahme. Standardisiertes Einweisungsdokument gemäß Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV Muster 2).
Vertrag Maßregel- vollzug	SD130101	Die Dokumentation beinhaltet Verträge im Rahmen des Maßregelvollzuges. Inkl.: Darlehensvertrag Exkl.: Behandlungsvertrag, Wahlleistungsvertrag, Heimvertrag
Videodoku- mentation Operation	ED020104	Die Dokumentation beinhaltet die digitale direkte Videodokumentation – Schwerpunkt: Operation
Virologie- befund	LB220102	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse aus der Bestimmung von Viren in Untersuchungsmaterialien. Exkl.: Mikrobiologiebefund, Blutkulturenbefund

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Visiten- protokoll	AD060105	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zu einer ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Besprechung zum aktuellen Zustand sowie weitere Maßnahmen. Visiten erfolgen in der Regel direkt im Beisein des zu Behandelnden. Exkl.: Ärztlicher Verlaufsbericht, Pflegevisite
Vorläufiger Arztbericht	AD010108	Die Dokumentation beinhaltet die vorläufige Fassung des Entlassungsberichtes.
Vorsorge- vollmacht	AM160103	Die Dokumentation beinhaltet die schriftliche Bevollmächtigung, bestimmte Interessen Dritter zu vertreten.
Wahlleistungs- vertrag	AM220102	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zu zusätzlich gewählten Leistungen, während einer Behandlung, zwischen Einrichtung und Patient.
Wertgegen- ständeverwaltung	AM160105	Die Dokumentation beinhaltet eine Sachauflistung zu Gegenständen, die bei Aufnahme mit in die Einrichtung gebracht wurden.
Wiedereinglie- derungsplan	AD020106	Die Dokumentation beinhaltet Maßnahmen zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (KBV Muster 20).
Wiegekarte	SD070106	Die Dokumentation beinhaltet die Kontrolle des Geburts- und Verlaufsgewichtes im 1. Lebensjahr.
Wunddoku- mentations- bogen	VL230101	Die Dokumentation beinhaltet Angaben zu Hautdefekten, deren Lokalisation, Versorgung und Beschreibung.

Dokumenten- klasse	KDL-Kode	Beschreibung
Zahlenver- bindungstest	DG060204	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse eines Tests auf kognitive Fähigkeiten beim Verbinden von Zahlen in einer bestimmten Reihenfolge. Dabei werden Dauer und Richtigkeit ausgewertet. Inkl.: Trail Making Test, Anforderung Zahlenverbindungstest
Zystometrie	DG060123	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse einer Untersuchung, bei der Druck und Volumen der Harnblase gemessen wird.
Zytologie- anforderung	PT260101	Die Dokumentation beinhaltet die Anforderung einer Untersuchung zur Bestimmung von Veränderungen anhand von Zellproben. Exkl.: Histologieanforderung, Laboranforderung, Molekularpathologieanforderung
Zytologie- befund	PT260102	Die Dokumentation beinhaltet Ergebnisse einer Untersuchung zur Bestimmung von Veränderungen anhand von Zellproben.

ÜBER DIE AUTOREN

Susann Köhler

War als Medizinische Dokumentationsassistentin seit 2013 maßgeblich mit am Aufbau des Fachbereiches Medizinische Dokumentation (FMD) der DMI Archivorganisation GmbH & Co. KG in Leisnig beteiligt. Heute ist sie in der Prozess- und Softwareentwicklung bei DMI beschäftigt. Mit der Qualifizierung zur Medizinischen Dokumentarin plant sie ihre persönlichen und auch fachlichen Kompetenzen nachzuweisen und weiter auszubauen. Sie engagiert sich aktiv in der AG Weiterentwicklung KDL und bringt ihre Expertise und Erfahrungen aus dem operativen Geschäft mit ein. Ebenso engagiert sie sich auch im DVMD e.V.

Kontakt zur Autorin: susann.koehler@dmi.de

Annett Müller

Seit mehr als 20 Jahren als Medizinische Dokumentarin und Fachwirtin im Sozial- und Gesundheitswesen tätig. Der berufliche Einstieg umfasste bereits 1998 Aufgaben rund um die elektronische Patientenakte und deren Archivierung. Der Schwerpunkt lag auf dem Support, des Consultings sowie der Konfiguration der elektronischen Patientenakte eines DMS-Herstellers. Operative Tätigkeiten im Krankenhaus folgten von 2003 bis 2013 in den Bereichen Medizincontrolling, Qualitätsmanagement, Tumordokumentation, Softwareentwicklung sowie Aus- und Weiterbildung. Seit 2013 liegt der berufliche Schwerpunkt wieder in der elektronischen Archivierung medizinischer Dokumentation und der strategischen Entwicklung innovativer Produkte.

Kontakt zur Autorin: amuellerdvmd@gmail.com

Stefan Müller-Mielitz

Dipl.-Volkswirt mit Zertifikat »Medizinische Informatik«. Geschäftsführer der IEKF GmbH IT · Effizienz · Kommunikation · Forschung in Ibbenbüren. Er ist Zertifikatsinhaber »Medizinische Informatik« der Berufsverbände GMDS e.V. und GI e.V. Herr Müller-Mielitz ist Mitglied bei BVMI, DGGÖ, GMDS und IHE.

Kontakt zum Autor: stefan.mueller-mielitz@iekf.de

ÜBER DEN DVMD E.V.

»Der Fachverband für Dokumentation und Informationsmanagement in der Medizin« (DVMD) ist die Interessenvertretung für alle Berufsgruppen in der Dokumentation und im Informationsmanagement in der Medizin. Das medizinische Informationsmanagement ist ein vielfältiges und teilweise noch relativ junges Fachgebiet, das im Wesentlichen vier Fachbereiche beheimatet. Diese sind Epidemiologie, Tumordokumentation, Klinische Forschung und klinische Dokumentation im Krankenhaus. Der 1972 gegründete Verband zählt derzeit rund 900 Mitglieder, darunter Privatpersonen und Unternehmen. Das Fachgebiet und die Menschen im medizinischen Informationsmanagement werden repräsentiert vom DVMD e.V.

Durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit machen wir das Berufsbild bekannt. Wir setzen uns für hohe Qualitätsstandards in Ausbildung und Studium ein. Die fachliche Weiterentwicklung unserer Mitglieder ist uns besonders wichtig. Hierfür organisieren wir Tagungen und Workshops. Wir informieren unsere Mitglieder und die interessierte Öffentlichkeit regelmäßig durch unsere Fachzeitschrift mdi. Zahlreiche Kooperationen mit verwandten Verbänden und Gesellschaften ermöglichen uns die Bildung von Netzwerken auf nationaler und internationaler Ebene.

In der Schriftenreihe des DVMD sind folgende weitere Titel erschienen, die im Buchhandel erhältlich sind:

Bettina Busse: ICD-10 und OPS. ISBN: 978-3-8482-1376-4

Dagmar Chase: Klinische Studien: Regelwerke, Strukturen, Dokumente, Daten. Voraussichtliches Erscheinungsdatum Januar 2022.

