

## Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2015

### Hinweise zum Ausfüllen und Benennen des Formulars

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an [vorschlagsverfahren@dimdi.de](mailto:vorschlagsverfahren@dimdi.de). Die eingegebenen Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur strukturell unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments im DOC-Format angenommen werden.

#### Stellen Sie getrennte Anträge für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge!

Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß dem unten stehenden Beispiel. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. ß und Unterstrich):

#### **icd-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc**

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte dabei nicht länger als 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* sollte dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.

**Beispiel: icd-diabetesmellitus-mustermann.doc**

### Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das DIMDI nimmt mit diesem Formular Vorschläge zur ICD-10-GM entgegen, die in erster Linie der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme oder der externen Qualitätssicherung dienen. **Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den von ihm eingereichten Vorschlag komplett oder in Teilen verwendet.** Dies schließt notwendige inhaltliche oder sprachliche Änderungen ein. Im Hinblick auf die unter Verwendung des Vorschlags entstandene Version der Klassifikation stimmt der Einsender außerdem deren Bearbeitung im Rahmen der Weiterentwicklung der ICD-10-GM zu.

Die Vorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** (z.B. medizinische Fachgesellschaften, Verbände des Gesundheitswesens) eingebracht werden, um eine effiziente Problemerkennung zu gewährleisten. Das Einbringen von Änderungsvorschlägen über die Organisationen und Institutionen dient zugleich der Qualifizierung und Bündelung der Vorschläge und trägt auf diese Weise zu einer Beschleunigung der Bearbeitung und Erleichterung der Identifikation relevanter Änderungsvorschläge bei.

**Einzelpersonen, die Änderungsvorschläge einbringen** möchten, werden gebeten, sich unmittelbar an die entsprechenden Fachverbände (Fachgesellschaften [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de), Verbände des Gesundheitswesens) zu wenden. Für Vorschläge, die von Einzelpersonen eingereicht werden und nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, muss das DIMDI diesen Abstimmungsprozess einleiten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Abstimmung nicht mehr während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden kann. Diese Vorschläge können dann im laufenden Vorschlagsverfahren nicht mehr abschließend bearbeitet werden.

Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA, [www.aqua-institut.de](http://www.aqua-institut.de)) abgestimmt werden.

### Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung des Vorschlags

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben werden.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter [dsb@dimdi.de](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium  
für Gesundheit

**Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.**

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für klinisches Kodieren e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation *	DGKK e.V.
Internetadresse der Organisation *	www.dgkkev.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr
Name *	Ehlebracht
Vorname *	Michael
Straße *	Krähenweg 30
PLZ *	22459
Ort *	Hamburg
E-Mail *	info@dgkkev.de
Telefon *	040 55565920

### 2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation \*  
Offizielles Kürzel der Organisation \*  
Internetadresse der Organisation \*  
Anrede (inkl. Titel) \*  
Name \*  
Vorname \*  
Straße \*  
PLZ \*  
Ort \*  
E-Mail \*  
Telefon \*

### 3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? \* (siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

Dem Antragsteller liegt eine/liegen schriftliche Erklärung/en seitens der beteiligten Fachgesellschaft/en über die Unterstützung des Antrags vor.

### 4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) \*

Meibomdrüsendysfunktion

## 5. Art der vorgeschlagenen Änderung \*

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
- Neuaufnahme von Schlüsselnummern
  - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
  - Textänderungen bestehender Schlüsselnummern
  - Neuaufnahmen bzw. Änderungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten
  - Zusammenfassung bestehender Schlüsselnummern
  - Streichung von Schlüsselnummern

## 6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags \*

(inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Die Meibomdrüsendysfunktion (MDD) ist die häufigste Ursache des evaporativen trockenen Auges. Neben der aktuell existierenden Symptomatik kann die MDD auch zu einer unbemerkten degenerativen Drüsenzerstörung mit späteren, therapieresistenten trockenen Augen führen. Infolgedessen ist eine verstärkte Betrachtung des Krankheitsbilds der MDD sowie eine rechtzeitige Diagnose und adäquate Therapie vordringlich (1).

Bislang existiert zur Verschlüsselung der MDD kein eindeutiger ICD-10-GM-Kode im Kapitel VII „Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde“. Da MDD als eine häufige Form der hinteren Blepharitis gilt, wird sie aktuell unter dem ICD-10-GM-Kode H01.0 (Blepharitis) subsumiert. Alternativ findet die MDD eine Zuordnung zu der H19.3 (Keratitis und Keratokonjunktivitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten).

Aufgrund des Pathomechanismus sowie für die Ableitung spezifischer Therapieempfehlungen ist es jedoch erstrebenswert, die MDD zukünftig als eigenständiges Krankheitsbild zu erfassen. Bei der zukünftigen Beschreibung der MDD soll darüber hinaus eine Schweregradeinteilung Berücksichtigung finden.

Unter Berücksichtigung der MDD-Schweregradklassifikation nach der TFOS, wird folgende Neuaufnahme von Schlüsselnummern für die MDD sowie eine Neuaufnahme bzw. Änderung von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten vorgeschlagen:

H01.- Sonstige Entzündungen des Augenlides

H01.0 Blepharitis

Exkl.: Blepharokonjunktivitis (H10.5), Dysfunktion der Meibomschen Drüsen (H07.-)

H07.- Weitere sonstige Affektionen des Augenlides

Exkl.: Blepharitis (H01.0), Keratitis und Keratokonjunktivitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten (H19.3)

H07.0 Dysfunktion der Meibomschen Drüsen, asymptomatisch

H07.1 Dysfunktion der Meibomschen Drüsen, minimal-leicht

H07.2 Dysfunktion der Meibomschen Drüsen, moderat

H07.3 Dysfunktion der Meibomschen Drüsen, schwer

Literatur:

(1) Knop E. (2013): Meibomdrüsendysfunktion-Lipidersatz, eine unterschätzte Option in der Therapie des trockenen Auges. In: Optha, S. 266-270.

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

**a. Problembeschreibung** (inkl. Begründung von Vorschlägen, die primär 'klassifikatorisch' motiviert sind, z.B. inhaltliche oder strukturelle Vorschläge) \*

Bei Vorschlägen, die primär klassifikatorisch motiviert sind, sind grundsätzlich auch die Auswirkungen auf das Entgeltsystem zu prüfen, wir bitten daher auch in diesen Fällen um Beantwortung der unter 7b genannten Fragen.

Das trockene Auge zählt zu einer häufigen Erkrankung in der ophthalmologischen Praxis. Bei dem Krankheitsbild handelt es sich um eine komplexe Störung der funktionellen Anatomie der Augenoberfläche, welche zu Epithelschädigungen mit Trockenheitsgefühl und Reizungen bis hin zu schweren Entzündungen und Infektionen führen kann. Charakteristisch für dieses Krankheitsbild sind darüber hinaus Störungen der Sehschärfe mit schwankendem Visus.

Die Erkrankung basiert primär auf einem Lipidmangel des Tränenfilms infolge einer Dysfunktion der Öl-produzierenden Meibomdrüsen in der Tarsalplatte der Augenlider. Die in den Meibomdrüsen produzierten Lipide sorgen für eine Stabilität des Tränenfilms und für den Schutz und die Sauerstoffversorgung der Augenoberfläche. Liegt eine Funktionsstörung der Meibomschen Talgdrüsen in den Augenlidern infolge einer Verstopfung vor, so spricht man von einer Meibomdrüsendysfunktion (MDD). Diese Funktionsstörungen der Meibomdrüse gelten als Hauptursache für Benetzungstörungen im Sinne eines evaporatives trockenes Auge sowie dessen Folgeveränderungen (2).

Bei der MDD handelt es sich um eine chronische, meist durch Obstruktion verursachte Sekretionsstörung der Meibomdrüsen. Laut der „Tear Film and Ocular Surface Society“ (TFOS) ist eine MDD definiert als „eine chronische, diffuse Abnormalität der Meibomdrüsen, die gemeinhin durch eine Obstruktion der Drüsenausführungsgänge und/oder qualitative/quantitative Veränderungen des Drüsensekretes charakterisiert ist. Dies kann zu Veränderungen des Tränenfilms, Symptomen von Augenreizung, klinisch erkennbarer Entzündung und Augenoberflächenerkrankung führen.“ (3) Infolge der Verstopfung der Meibomdrüsen fehlen die physiologisch von ihnen abgegebenen Lipide im Tränenfilm, was zu einer schnelleren Verdunstung und schließlich zu einem Aufreißen des Tränenfilms führt. Letztlich entsteht ein Flüssigkeitsmangel an der Augenoberfläche. In der Folge werden vermehrt entzündliche Botenstoffe ausgeschüttet, die zu den typischen Beschwerden, wie Reiben und Brennen, führen. Außerdem können weitere Entzündungen des vorderen Augenabschnitts, wie eine Blepharitis, Konjunktivitis oder gar eine Keratitis, resultieren. Des Weiteren kann eine Nichtbehandlung der Ursache zu einem fortschreitenden Drüsenverlust mit irreversiblen Funktionsverlust der Meibomdrüsen (Atrophie) führen.

Bei der MDD handelt es sich um eine chronische Erkrankung aufgrund systemischer und externer Ursachen. Störungen der Meibomdrüsen werden in der Regel unter Blepharitis subsumiert, allerdings kann hierbei keine genaue Abgrenzung zwischen einer anterioren (vorderen) und einer posterioren (hinteren) Blepharitis vollzogen werden. Dies führt dazu, dass die hintere Blepharitis und MDD häufig als Synonyme in der medizinischen Praxis Anwendung finden. Dies liegt insbesondere darin begründet, dass die hintere Blepharitis Entzündungsvorgänge im Bereich des hinteren Lidrandes beschreibt, von denen MDD nur eine Ursache ist. In sehr frühen Stadien kann eine MDD auch ohne klinische Symptome einer hinteren Blepharitis verlaufen. In diesem Stadium können betroffene Patienten entweder symptomatisch aber auch asymptomatisch sein. Die Veränderung wird dann als subklinisch betrachtet. Schreitet die MDD weiter fort, entwickeln sich Symptome an der Lidkante, wie Verkrustungen oder Rötungen der Lidkante, bedingt durch Veränderung des Meibomdrüsensekrets. In diesem Fall spricht man vom Vorliegen einer MDD bedingten hinteren Blepharitis (3).

Dagegen weist die vordere Blepharitis stets deutliche Entzündungszeichen an der Wimpernregion auf, ist mit Hauterkrankungen (z.B. Rosacea) verbunden und führt häufig zu einer erhöhten Menge von abgesonderten festen Sekreten am Lidrand.

In Zukunft sollen Funktionsstörungen der Meibomdrüse (MDD) von entzündlichen Formen der hinteren Blepharitis und insbesondere von der entzündlichen vorderen Blepharitis unterschieden werden. Um die MDD als eigenständiges Krankheitsbild erfassen zu können, bedarf es daher einer eindeutigen Verschlüsselung der MDD als Diagnose in der ambulanten und stationären Versorgung. Vor dem Hintergrund weltweit existierender unterschiedlicher Behandlungspläne der MDD, soll darüber hinaus ein Einteilungssystem des klinischen Schweregrads der MDD (laut TFOS) dafür sorgen, zukünftig einen Behandlungsplan basierend auf den Krankheitsstadien der

MDD ableiten zu können (4). Dadurch ließen sich eine bessere Beschreibung des Krankheitsbildes, eine Ableitung eines einheitlichen Behandlungsplans unterschieden nach Krankheitsstadien, sowie zukünftige ökonomische Analysen (z.B. Krankschreibungen) realisieren.

Literatur:

- (2) Knop, E.; Knop N. (2011): Meibomdrüsendysfunktion. Lipidmangel und Trockenes Auge - Neue Optionen für Diagnostik und Therapie. In: Der Augenspiegel, Fachbeitrag, September 2011.
- (3) TFOS (2010): Report of the International Workshop on Meibomian Gland Dysfunction Executive Summary.
- (4) Kelly et al. (2011): The international workshop on meibomian gland dysfunction: executive summary. In: Investigative Ophthalmology & Visual Science, Vol. 52 (4), S. 1922-1929.

**b. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant? \***

- Wie viele Fälle sind in den jeweiligen Fallgruppen ('aktuell' vs. 'neu') voraussichtlich betroffen?
- Wie groß ist der Kostenunterschied zwischen den aktuellen Fallgruppen und den neuen Fallgruppen (neue Schlüsselnummern)?
- Mittels welcher Schlüsselnummernkombinationen (ICD/OPS) werden die im Vorschlag genannten Fallgruppen aktuell verschlüsselt?
- **Benennen Sie die maßgeblichen Kostenpositionen (inkl. ihres Betrags) zum ggf. geltend gemachten Behandlungsmehr- oder -minderaufwand. Stellen Sie diese auch gegenüber den bisher zur Verfügung stehenden ICD-/OPS-Schlüsselnummernkombinationen dar.**

**Sollten Ihnen keine genauen Daten bekannt sein, bitten wir um eine plausible Schätzung.**

Wir möchten speziell in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit verweisen, einer Veröffentlichung Ihres Antrags auf den Internetseiten des DIMDI zu widersprechen (siehe Seite 1).

Gegenwärtig existiert kein ICD-10-GM Kode zur Verschlüsselung einer MDD. Das Krankheitsbild für unkomplizierte Fälle wird aktuell in Selbstmedikation oder im ambulanten Bereich versorgt. Komplexe Fälle werden ebenfalls ambulant oder in Ausnahmefällen im stationären Bereich behandelt, welche jedoch infolge des fehlenden ICD-Schlüssels für die MDD gegenwärtig nicht erfassbar sind.

Aufgrund eines fehlenden eindeutigen Schlüssels für die MDD, ist nur eine Fallzahlschätzung möglich. So leiden laut Literatur über 10 Millionen Menschen in Deutschland an Symptomen von trockenen Augen (5). Bei 65-86% der trockenen Auge-Patienten liegt hierbei eine MDD mit klaren subjektiven und objektiven Beschwerden vor (6-10). Infolge veränderter Lebensbedingungen (z.B. Computerarbeit) und des demographischen Wandels ist mit einer zukünftigen Zunahme der Erkrankung zu rechnen.

Über die Kostensituation des Krankheitsbildes können nur Vermutungen getroffen werden. So wird die minimale bis leichte MDD in Selbstmedikation mit Tränenersatzstoffen versorgt, die keine Kosten verursachen; die mittlere bis schwere MDD wird im ambulanten Bereich mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln behandelt. Es gibt jedoch neuartige Verfahren in der ambulanten Behandlung von MDD mit länger anhaltender Wirkung (teilweise mit FDA-Zulassung), die Kosten in Höhe von zirka 600 EUR verursachen. Diese Kosten werden bei komplexen Fällen im ambulanten Bereich einschlägig. Darüber hinaus führt die MDD in Ihren unterschiedlichen Ausprägungen zu einer starken Einschränkung der Lebensqualität, zu Krankschreibungen von Betroffenen sowie teilweise unübersehbaren Kosten und Folgekosten (11).

Da das trockene Auge bisher stark banalisiert wurde aber ein komplexes Krankheitsbild darstellt, für das es eine zunehmende Zahl an hilfreichen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten gibt, soll ein neuer Schlüssel für die MDD mit Berücksichtigung einer wissenschaftlich anerkannten Klassifikation eingeführt werden.

Literatur:

- (5) Wienhues / Wienhues (2008): Das trockene Auge als Symptom einer systemischen Grunderkrankung. In: Forum Sanitas, das informative Magazin, 1. Ausgabe 2008, S. 9 ff.

- (6) Finis et al. (2012): Meibom-Drüsen-Dysfunktion. In: Klin Monatsbl Augenheilkd, 229, S. 506-513;  
Knop et al. (2009): Meibom-Drüsen, Teil III: Dysfunktion (MGD) - Plädoyer für ein eigenständiges Krankheitsbild und wichtige Ursache für das trockene Auge, Ophthalmologe, 106, S. 966-979.
- (7) Schaumberg et al. (2011): The international workshop on meibomian gland dysfunction: report of the subcommittee on the epidemiology of, and associated risk factors for, MGD. In: Invest Ophthalmol Vis Sci, 52, S. 1994-2005.
- (8) Schimazaki et al. (1995): Ocular surface changes and discomfort in patients with meibomian gland dysfunction. In: Arch Ophthalmol, 113(10), S. 1266-1270.
- (9) Heiligenhaus et al. (1995): Diagnostik und Differenzierung von Benetzungsstörungen. In: Der Ophthalmologe, 92, S. 6-11.
- (10) Lemp et al. (2012): Distribution of aqueous-deficient and evaporative dry eye in a clinic-based patient cohort: a retrospective study. In: Cornea, 31(5), S. 472-478.
- (11) Yu / Asche / Fairchild (2010): The economic burden of dry eye disease in the United States: a decision tree analysis. In: Cornea, 30(4), S. 379-378.

- c. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant?** (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) abgestimmt werden.)

- d. Inwieweit ist der Vorschlag für andere Anwendungsbereiche der ICD-10-GM relevant?**

**8. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)**