

## 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 Tinnitus-Liga e.V.  
Offizielles Kürzel der Organisation \* DTL  
Internetadresse der Organisation \* www.tinnitus-liga.de  
Anrede (inkl. Titel) \* Herr Prof. Dr.med., 1.Sprecher des Fachbeirats der DTL  
Name \* Goebel  
Vorname \* Gerhard  
Straße \* am Lohsiepen 18  
PLZ \* 42369  
Ort \* Wuppertal  
E-Mail \* G.Goebel@tinnitus-liga.de  
Telefon \* 016096878658

### 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)

Deutsche Gesellschaft Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)  
Deutsche Gesellschaft für Hals- Nasen- und Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DG-HNO)  
Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Audiologen und Neurootologen (ADANO)  
Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM)  
Deutsche Ärztl. Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)  
Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM)

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) \*

Chronische Tinnitusstörung mit somatischen & psychischen Faktoren (Tinnituspatient)

## 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)

F-45.5 Chronische Tinnitusstörung mit somatischen & psychischen Faktoren

A. Tinnitus als ein- oder beidseitiges Ohr- oder Kopfgeräusch steht im Vordergrund des klinischen Bildes und ist von ausreichendem Schweregrad, um klinische Beachtung zu rechtfertigen.

B. Der Tinnitus verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

C. Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Tinnitusstörung beigemessen.

Beispiele für mögliche beteiligte psychische Faktoren sind:

- \* Gedankliche Einengung auf die Tinnituswahrnehmung
- \* Katastrophisieren von Körperempfindungen und Krankheitsfolgen
- \* Rumination, Grübeln über tinnitus- hörassozierte Inhalte
- \* rigide Attribution der Ursachen auf organische Faktoren
- \* Schon- und Vermeidungsverhalten

D. Das Symptom wird nicht absichtlich vorgetäuscht (wie bei der Vorgetäuschten Störung oder Simulation).

E. Die Tinnitusstörung kann nicht besser durch eine Affektive, Angst-, Somatisierungs- oder Psychotische Störung erklärt werden und erfüllt nicht die Kriterien für Halluzinationen/ Pseudohalluzinationen.

F. Die Komplexität des Krankheitsbildes führt in der Regel zum Versagen monodisziplinärer Behandlungen und erfordert ein abgestimmtes multidisziplinäres Vorgehen mit integrativen Behandlungsstrukturen.

Chronisch: Dauer mindestens drei Monate.

Eine mögliche somatische Ätiologie des Tinnitus spielt für diese Diagnose keine Rolle; Tinnitus als Symptom ohne Störungscharakter soll unter der Sektion H klassifiziert bleiben.

F. In der Diagnostik müssen indikationsbezogen sowohl subjektive als auch objektive Testverfahren zum Einsatz kommen, die die verschiedenen Aspekte der Tinnituswahrnehmung überprüfen. Sie unterscheiden sich von denen bei H93.1 durch zusätzliche psychodiagnostische Verfahren: Zur Bewertung, ob eine Tinnitusstörung im Sinne des Antrags besteht, hat eine Gesamtschau der Befunde standardisierter und nicht-standardisierter Testergebnisse, der Beobachtungen und der Anamnese vor dem Hintergrund der allgemeinen kognitiven, emotionalen und verhaltensrelevanten Fähigkeiten des zu untersuchenden Patienten zu erfolgen. Der Nachweis oder Ausschluss einer schwergradigen Tinnitusbelastung hat mittels validierter Fremdeinschätzungsinstrumenten (z.B. Strukturiertes Tinnitus Interview) als auch validierter Selbsteinschätzungsinstrumenten (z.B. Tinnitus-Fragebogen) zu erfolgen. Entsprechend der bisherigen Evaluationsstudien und Erfahrung entspricht das Störungsbild den publizierten Quartilen II (mittlgradig) bis III (schwergradig).

G. Ziel der Diagnostik muss es sein, den Schweregrad des symptomatische Beschwerdebilds

möglichst exakt einzugrenzen und damit über die allgemeine Symptomebene Tinnitus (H93.1) zu kategorisieren. Der Hinweis auf die Ursache (einschließlich Lokalisation wie peripherer Tinnitus, zentraler Tinnitus etc.) ist für die Definition Tinnitusstörung nicht relevant. Nosologisch ist es klar, die Tinnitusstörung im Sinne des Veränderungsantrags klinisch gegenüber anderen Erkrankungen, z.B. Halluzination, Pseudohalluzination, objektiver Tinnitus (Körpergeräusch), Auswirkungen durch Schwerhörigkeit und Hyperakusis abzugrenzen. Stehen Depression, Angsterkrankungen somatoforme Störungen etc. im Vordergrund und erklären das Leiden durch den Tinnitus vollständig, so haben diese Diagnosen den Vorrang.

## 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.

Die Komplexität des Krankheitsbildes führt in der Regel zum Versagen monodisziplinärer Behandlungen und erfordert ein abgestimmtes multidisziplinäres Vorgehen mit integrativen Behandlungsstrukturen. Besteht als komorbide Problematik eine Depression oder Angsterkrankung, so können diese über die Komorbiditätsdiagnosen kategorisiert werden. In vielen Fällen sind jedoch diese klinisch- psychiatrischen Syndrome nicht voll ausgebildet, obwohl ein entsprechendes Leiden vorliegt und eine substanzielle Beeinträchtigung nachweisbar ist. Aus diesen Gründen ist eine neue Zusatzdiagnose in der F -Sektion notwendig, die einen besonderen Behandlungsbedarf im psychiatrischen, psychosomatischen und/oder psychotherapeutischen Bereich zum Ausdruck bringt. Diese Zusatzdiagnose darf nicht dazu führen, dass psychische Komorbiditäten nicht diagnostiziert werden. Eine klare Ätiologieannahme bezüglich des Tinnitus ist zweitrangig. Alternativen wie die Diagnose F-54 sind schlecht ausformuliert und treffen nur bei schwacher Beeinträchtigung zu.

7b. Neben den somatischen Komorbiditäten (Hyperakusis, vestibuläre Störungen, Hörstörungen etc.) besteht ein Behandlungsbedarf bezüglich der Tinnitusstörung im psychiatrischen, psychosomatischen und/oder psychotherapeutischen Bereich, auch wenn keine komorbide Angst- oder affektive Störung vorliegt.

### 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).

Tinnitus als Symptom (H93.1) ist in Anbetracht der Verbreitung und des Nichtleidens der großen Mehrheit der chronisch (s.o.) Tinnitusbetroffenen allenfalls im Akutstadium (s.o.) eine relevante Kostenposition.

Nach epidemiologischen Schätzungen sind etwa 1 % der Bevölkerung zu dieser Kategorie zu rechnen. Diese Patienten sind jedem HNO-Arzt und sozialmedizinischen Gutachter bekannt.

Das bestehende System der Finanzierung von Krankenhäusern zwingt zu einer verbesserten Diagnostik psychosozialer Begleitprobleme von chronischem Tinnitus. Durch die beantragte neue Kodierung wäre es erstmals möglich, den bei der chronischen Tinnitusstörung im Sinne des Änderungsvorschlag anfallenden Behandlungsindikationen bzw. den daraus resultierenden Behandlungsmehraufwand einzuschätzen. Desweiteren wird mit dieser Diagnose auf die Notwendigkeit einer interdisziplinärer Therapie verwiesen, wie sie bereits nach den Empfehlungen des Arbeitskreis der Arbeitsgemeinschaft deutscher Audiologen und Neurootologen (ADANO) als "Tinnitus Retraining-Therapie" (TRT nach ADANO) definiert und in zahlreichen ambulanten Zentren der BRD und spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen sowie psychosomatischen Krankenhäusern etabliert sind.

- 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.)

(nur bei Vorschlägen für den OPS)

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

(nur bei Vorschlägen für den OPS)

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

Literatur:

Goebel,G. & Hiller,W. (1994) Verhaltensmedizinische Diagnostik bei chronischem Tinnitus mit Hilfe des Tinnitus-Fragebogens (TF) Diagnostica 2:155-167

Goebel,G. & Hiller,W. (1998) Tinnitus-Fragebogen (TF) Ein Instrument zur Erfassung von Belastung und Schweregrad bei Tinnitus. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle

Wise,K., Rief,W. Goebel,G. (1998) Meeting the expectations of chronic tinnitus patients: Comparison of a structured group therapy program for tinnitus management with a problem- solving group. Journal of Psychosomatic Research 44: 681- 685

Hiller,W., Goebel,G., Schindelman,U. (2000) Studie zur systematischen Fremdbeurteilung von Patienten mit chronischem Tinnitus (Strukturiertes Tinnitus- Interview STI) Diagnostica: 46: 93- 102

Goebel,G. & Hiller,W. (2001) Verhaltensmedizinische Tinnitus-Diagnostik - Eine praktische Anleitung zur Erfassung medizinischer und psychologischer Merkmale mittels des Strukturierten Tinnitus-Interview (STI) Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle

von Wedel H, von Wedel UC (2000) Eine Bestandsaufnahme zur Tinnitus-Retraining-Therapie. HNO 48: 887-901

Zirke,N., Goebel,G., Mazurek,B. (2010) Tinnitus und psychische Komorbiditäten. HNO 58: 726- 732

Goebel,G. (2010) Psychische Komorbidität bei Tinnitus. Psychiatrie und Psychotherapie up2date 4: 389- 409

