

Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2017

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:
icd2017-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.docx
kurzbezeichnungdesinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein
namedesverantwortlichen sollte dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen
Beispiel: icd2017-diabetesmellitus-mustermann.docx
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2016** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten haben, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

Einzelpersonen werden gebeten, ihre Vorschläge vorab mit allen für den Vorschlag relevanten Fachverbänden (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den 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.

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung der personenbezogenen Daten

- ☒ Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben werden.

- ☒ Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** der personenbezogenen Daten (Seite 1 und 2 des Vorschlagsformulars, Name des Verantwortlichen im Dateinamen) auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *

Offizielles Kürzel der Organisation
(sofern vorhanden)

Internetadresse der Organisation
(sofern vorhanden)

Anrede (inkl. Titel) *

Dr.

Name *

Bämayr

Vorname *

Argeo

Straße *

Postfach 1364

PLZ *

96403

Ort *

Coburg

E-Mail *

drbaemayr@ungwana.de

Telefon *

09561-24522

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation

Offizielles Kürzel der Organisation
(sofern vorhanden)

Internetadresse der Organisation
(sofern vorhanden)

Anrede (inkl. Titel)

Name

Vorname

Straße

PLZ

Ort

E-Mail

Telefon

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 1 und 2 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 1. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 3, also ab hier, veröffentlicht.

3. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen)

Aufnahme ICD-Nr.F43.3 Kumulative Traumatische Belastungsstörung inkl. Mobbingsyndrom

4. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

- ☒ Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Antrags seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

siehe Nr. 7

5. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

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

Hiermit schlage ich die Aufnahme der ICD-Nr. F 43.3 im ICD-10- GM 2017 vor:

Kumulative Traumatische Belastungsstörung (KTBS)

inklusive Nr. F43.30 Mobbingsyndrom und

inklusive Nr. F43.31 Stalkingsyndrom und

inklusive Nr. F43.32 Häusliches Gewaltsyndrom

6. 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 die Entgeltsysteme zu prüfen, wir bitten daher auch in diesen Fällen um Beantwortung der unter b genannten Fragen.

Die durch eine kumulierend wirkende psychische Gewalt verursachte kumulative traumatische Belastungsstörung (KTBS) (z.B. Mobbingssyndrom, Stalkingsyndrom, Häusliches Gewaltsyndrom usw.) ist in der Kategorie F 43 „Reaktion auf schwere Belastung“ nicht repräsentiert, obwohl sie erfahrungsgemäß deutlich häufiger zu beobachten ist als

die „akute Belastungsreaktion“ (F43.0),

die „posttraumatische Belastungsstörung“ (F43.1) und

die „Anpassungsstörung“ (F43.2).

Da hierdurch wertvolle Informationen im therapeutischen und gutachterlichen Bereich nicht berücksichtigt werden können, kommt es häufig zu Fehldiagnosen, teils mit bagatellisierendem, teils mit stigmatisierendem Charakter.

Einen Ausweg aus diesem Dilemma erlaubt die Einführung der Diagnose einer KTBS im ICD-10, welche in einer Unterordnung den Zentralkonflikt benennen kann. Dies kann am Beispiel des „Mobbingssyndroms“ aufgezeigt und problemlos auf weitere Syndrome wie z.B. das „Stalkingsyndrom“ und das Häusliche Gewaltsyndrom übertragen werden.

Unter dem Dach der KTBS, die den Schlüssel F43.3 erhalten könnte, lässt sich das Mobbing-Syndrom in einer eigenen Untergruppe F43.30 im zeitlichen Verlauf in 4 Stadien beschreiben:

Das Mobbingssyndrom in 4 Stadien

Stadium 1:

akute Belastungsreaktion (F 43.0), (Vorstufe des Mobbingssyndroms)

(Das Stadium 1 ist definitionsgemäß nach 4 Wochen beendet. Mehrere „akute Belastungen“ können jedoch bei gleicher Zielsetzung zum Stadium 2 führen und werden daher besser als Vorstufe zum „Mobbing-Syndrom“ bezeichnet).

Stadium 2:

Kumulative traumatische Belastungsstörung (KTBS)

- biphasisches Auftreten von Depression und Angst im Wechsel mit Aggressionen und eventuell damit einhergehenden Suizidgedanken,
- einbrechendes Selbstwertgefühl mit Selbstzweifeln und Schuldgefühlen,

- zunehmendes Vermeidungsverhalten,
- Schlafstörungen mit Grübelzwängen,
- Substanzmissbrauch aufgrund von Angst und Schlafstörungen,
- eingeeengtes Denken an den Konflikt,
- hypervigilante Kognition betreffend den Mobbing-Konflikt,
- eingeschränkte Kognition im Alltag aufgrund des eingeeengten Denkens an den Konflikt,
- psychosomatische Funktionsstörungen (vor allem im Bewegungs-/ Magen-Darm-Bereich),
- Entwicklung einer Phobie gegen Fremdbestimmung.

(Das Stadium 2 ist die Folge von mehreren akuten Belastungsreaktionen des Stadium 1. Diese nach Fischer und Riedesser im Kapitel „Mobbing“ bezeichnete „kumulierende Traumatisierung“ (3) stellt den eigentlichen Beginn des „Mobbingsyndroms“ dar. Dieses weist eine Mehrzahl der im Stadium 2 beschriebenen Charakteristika auf. Einige Symptome dieses Stadiums können auch bei den übrigen Stadien des Mobbingsyndroms gefunden werden. Die in 20-jähriger Erfahrung herausgearbeiteten Kriterien bestätigen und konkretisieren die in drei Ländern (Schweden, Deutschland, Österreich) erhobenen Symptome bei Mobbing-Opfern.

Stadium 3:

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (F 43.1),

Stadium 4:

- Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F 62.0)
- Ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung (F 60.6),
- Paranoide Persönlichkeitsstörung (F 60.0),
- Obsessive Persönlichkeitsstörung (F 60.0).

Das Stadium 1,3 und 4 des Mobbingsyndroms wäre mit seinen bisherigen Schlüsseln zusätzlich zum Mobbingsyndrom F43.30 zu verschlüsseln.

Für das Stalkingsyndrom schlage ich die ICD-Nr. F 43.31 vor.

Weitere Syndrome mit der Ursache einer psychischen Gewalt und einer hieraus resultierenden psychosozialen Destabilisierung, die die Kriterien der kumulativen traumatischen Belastungsstörung erfüllen, könnten sich bei Bedarf anschließen, wie vor allem das Häusliche Gewaltsyndrom mit der Nr. F 43.32 usw.

Folgende eingehende Begründung verdeutlicht die Erforderlichkeit einer klaren und

eindeutigen diagnostischen Zuordnung bei psychischen Erkrankungen, die durch oft lange andauernden Psychoterror verursacht werden:

Problembeschreibung und Begründung des Änderungsvorschlags

Es gibt eine hunderttausendfach auftretende ätiologisch klar definierbare psychiatrische Erkrankung, die man in keinem medizinischen Wörterbuch und in keinem Diagnosenregister finden kann. Es ist die durch „psychische Gewalt“ hervorgerufene „Kumulative Traumatische Belastungsstörung“ (KTBS), unter welche z.B. das Mobbing-Syndrom, das Stalkingsyndrom, das Häusliche Gewaltsyndrom usw. zu subsumieren ist.

Obwohl bereits der 100. Deutsche Ärztetag im Jahre 1997 die Folgen von Mobbing als ein „zentrales Gesundheitsproblem“ bezeichnete und gezielte Maßnahmen in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung, von Kranken- und Rentenversicherungsträgern sowie von den Verantwortlichen in Betrieben gefordert hatte (3), haben sich diesbezüglich in den letzten 15 Jahren keine entscheidenden universitären medizinischen Fortschritte erkennen lassen, so dass meines Erachtens die Erkennung und Beschreibung einer KTBS, versus eines Mobbing-Syndroms, aus der ärztlichen Praxis heraus angestoßen werden muss.

Auch die Justiz vermisst seit Jahren die Beschreibung eines „Mobbing-Syndroms“:

- Wickler P (Hrsg), Coseriu P, Hänsch B, Schwan H: Handbuch Mobbing-Rechtsschutz, C.F. Müller Verlag, Heidelberg, 2004 (9)

- Wickler P: Mobbing als Noxe in: Der medizinische Sachverständige 2/2004:64-69 (10).

Hausärzte, Psychosomatiker, Psychiater, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, insbesondere Gutachter stehen bisher vor dem Problem, dieses häufige Krankheitsbild einer KTBS klar zu erkennen, zu diagnostizieren und entsprechend dem ICD-10 (4) korrekt einzuordnen. Die Folge hiervon ist eine Sprachverwirrung, die sich in einer Vielzahl von Diagnosen widerspiegelt, die weder die Ätiologie, noch die zeitliche Abfolge einer einwirkenden „psychischen Gewalt“, noch den zeitlichen Verlauf der Krankheitssymptomatik berücksichtigt. Besonders gravierend ist die Ausblendung der Ätiologie und der Betrachtung der kumulierenden Wirkung im Längsschnitt, wenn die „psychische Gewalt“ zum Zeitpunkt des Kontakts mit dem Therapeuten oder dem Gutachter weiterhin auf Patienten gesundheitsschädlich einwirkt.

Die KTBS ist eine Störung, die zweifellos eine „Reaktion auf eine schwere Belastung“ darstellt. Der im ICD-10 aufgeführte Schlüssel-Nr. F43.- „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ listet jedoch nur drei Diagnosen auf:

F43.0 Akute Belastungsreaktion,

F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und

F43.2 Anpassungsstörungen.

Die wesentlich häufigere Erkrankung einer KTBS ist bisher in Ermangelung einer eindeutigen Klassifizierung im ICD-10 hilfsweise entweder als „Sonstige Reaktion auf schwere Belastung“ (F43.8) oder als „Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher

bezeichnet“ (F43.9) einzustufen. Damit gehen wertvolle Informationen verloren.

Die im ICD-10 aufgeführten Kriterien der „akuten Belastungsreaktion“ und der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ sind bei einer KTBS meist nicht erfüllt. Entweder geht die KTBS über die kurz andauernde „akute Belastungsreaktion“ zeitlich weit hinaus oder erfüllt noch nicht die Kriterien einer PTBS, ganz davon abgesehen, dass die PTBS durch das Adjektiv „posttraumatisch“ (post=nach) einen Zustand nach einem abgeschlossenes Trauma impliziert.

Wenn – wie so oft – bei einer vorliegenden KTBS die Diagnose einer „Anpassungsstörung“ gestellt wird, handelt es sich durchgängig um eine Fehldiagnose. Diese Fehldiagnose verkennt die Realität eines durch psychische Gewalt hervorgerufenen „objektiven“ Bedrängnisses im Widerspruch zum definitionsgemäßen „subjektiven“ Bedrängnis der Anpassungsstörung (F43.2). Bei dieser handelt es sich „um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten. Unter anderem gehören hierzu „Hospitalismus bei Kindern, Kulturschock, Trauerreaktion“.

Auch das zweite und in der Forschung gebräuchlichere „Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen –Textrevison –(DSM-IV-TR) (7) beschreibt in den Diagnostischen Kriterien für „Anpassungsstörungen“ unter Punkt B

„Diese (emotionalen) Symptome oder Verhaltensweisen sind insofern klinisch bedeutsam, als sie zu deutlichem Leiden führen, welches über das hinausgeht, was man bei Konfrontation mit diesem Belastungsfaktor erwarten würde, ...“

Bei der KTBS (Mobbing-Syndrom, Stalking-Syndrom, Häusliches Gewaltsyndrom usw.) liegt keine Unstimmigkeit zwischen einem geringen Belastungsfaktor und einer oft bis zur Arbeitsunfähigkeit oder gar zum Suizid führenden psychischen Erkrankung vor! Eine kumulierend wirkende psychische Gewalt ist kein geringer Belastungsfaktor, sondern Psychoterror. Eine Resistenz gegen Psychoterror gibt es nicht. Der Psychoterror zerstört alle intrapsychischen Schutzmechanismen und die Legislative bietet keinen adäquaten Schutz, da z.B. die psychische Gewalt mit Ausnahme von Stalking in Deutschland nicht strafbar ist und eine körperliche „Notwehr“ eher Tätern in die Hände spielt.

Durch den psychischen Gewaltcharakter ist das „Bedrängnis“ z.B. bei Mobbing durch den psychischen Gewaltcharakter „objektiv“ und nicht „subjektiv“. Niemand kann sich einem Psychoterror in einer Täter-Opfer-Konstellation mit dem Zweck der psychosozialen Destabilisierung ohne Erkrankung „anpassen“. Überdies befindet sich die Mehrzahl der Opfer eines Psychoterrors noch mitten im traumatisierenden Prozess und nicht **nach** einer entscheidenden Lebensveränderung oder **nach** einem belastenden Lebensereignis.

Die Fehldiagnose einer „Anpassungsstörung“ stellt eine klassische diskriminierende Opferbeschuldigung dar, indem man dem Opfer vorwirft, sich dem Psychoterror nicht anpassen zu können. Diese und weitere Diagnosen haben den führenden Mobbingforscher Leyman dazu veranlasst, in seinem 5-phasigen Mobbingmodell die Phase 4 den stigmatisierenden Diagnosen zu widmen (6). Bestätigt wird diese Einstufung durch die Lehre der Psychotraumatologie, die das Phänomen der Opferbeschuldigung ausführlich behandelt (5).

Aufgrund der bisher ausstehenden Einführung der Diagnose einer KTBS im ICD-10 ist jeder Therapeut bei der Abrechnung und der Ausstellung einer AU-Bescheinigung und jeder Gutachter gezwungen entweder auf die bereits genannten Diagnosen aus dem Spektrum der „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ oder auf andere Diagnosen auszuweichen, die meist als Symptomdiagnosen einzustufen sind.

Folgende erfahrungsbelegte Beispiele liefern eine nicht erschöpfende Auswahl von vorgefundenen Symptomdiagnosen bei Opfern mit einer KTBS, die alle nur einen Teilaspekt der Erkrankung beschreiben und dadurch die Komponente der kumulativ wirkenden psychischen Gewalt entweder nicht erkennen oder bagatellisieren.

- Affektive Störungen (F30-F39):

depressive Episode (F32),

rezidivierende depressive Störung (F33),

Dysthymie (F34.1),

- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)

Soziale Phobien (F40.1),

Arbeitsplatzphobie (F40.2),

Panikstörung (F41.1),

Generalisierte Angststörung (F41.1),

Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2),

Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang (F42.0),

Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1),

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), (Kopfschmerz, Rückenschmerz),

- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)

Die lückenhafte und dadurch mangelhafte Beschreibung einer tatsächlich vorliegenden KTBS erschwert eine ärztliche Kommunikation, besonders auch zwischen Therapeuten und Gutachtern mit hieraus resultierenden insuffizienten oder gar falschen Therapieentscheidungen.

Gutachter von Patienten mit einer KTBS können eine Falschbegutachtung de facto praktisch nicht umgehen, da diese wie Therapeuten an den ICD gebunden sind, in dem sich aber keine passende Diagnose für die KTBS finden lässt. Dieses Manko besteht besonders bei der entwürdigenden Unsitte einer psychiatrischen Begutachtung nach Aktenlage aber auch bei der persönlichen Begutachtung, wenn entweder Symptomdiagnosen oder Fehldiagnosen (z.B. Anpassungsstörung) unkontrolliert übernommen oder selbst gestellt werden müssen, weil der ICD nichts Passendes hergibt. Da haben sich schon Gutachter von Mobbing-Opfern selbst bis zu paranoiden Störungen verstiegen, aufgrund deren Fehlbegutachtungen z.B. vier Steuerfahnder in den vorzeitigen Ruhestand entlassen wurden (8) oder gar für Jahre in einer psychiatrischen

Klinik weggesperrt werden (Fall Mollath). Fehlentscheidungen finden sich gehäuft bei Beendigungen der AU oder Zwangsrehabilitationen durch den MDK. Aber auch abgelehnte Psychotherapieanträge im Gutachterverfahren nach Aktenlage hinterlassen zwangsläufig den Eindruck der Willkür, wenn die Therapie nur deshalb abgelehnt wird, weil es die KTBS offiziell nicht gibt und obendrein eine indizierte Methodenvielfalt hinsichtlich unterschiedlicher Psychotherapieverfahren unzulässig ist.

Einen Ausweg aus diesem Dilemma erlaubt die Einführung der Diagnose einer KTBS im ICD-10, welche in einer Unterordnung den Zentralkonflikt benennen kann. Dies kann am Beispiel des „Mobbingssyndroms“ aufgezeigt und problemlos auf weitere Syndrome wie z.B. das „Stalkingsyndrom“ oder das „Häusliche Gewaltsyndrom“ übertragen werden.

Unter dem Dach der KTBS, die meines Erachtens den Schlüssel F43.3 erhalten könnte, lässt sich das Mobbing-Syndrom im zeitlichen Verlauf in den bereits oben beschriebenen 4 Stadien beschreiben (1,2).

Abhängig von der Verwundbarkeit des Mobbing-Opfers durch seine primäre Persönlichkeitsstruktur, Vorerkrankungen oder einer Behinderung und der Schwere und Häufigkeit der Mobbinghandlungen müssen nicht alle Stadien durchlaufen werden. Sie können sich überlappen und sind mit Ausnahme des 4. Stadiums meist erst nach Beendigung einer Mobbingkonstellation erfolgreich zu therapieren.

Die Einführung der Diagnose einer KTBS würde einen ersten wichtigen Schritt darstellen, die gesundheitlichen Folgen von psychischer Gewalt der Realität entsprechend so deutlich darzustellen, dass der Gesetzgeber veranlasst wird, die psychische Gewalt genau so zu sanktionieren wie die körperliche Gewalt. Gemeinsam könnten so die Ärzteschaft und der Gesetzgeber einen nahezu kostenlosen Beitrag zur Prävention leisten, um die erschreckend zunehmenden Auswirkungen auf den Gesundheitszustand mit seinen Folgekosten (Fehlzeiten im Betrieb, Behandlungskosten in der ambulanten und stationären Medizin, dem Krankengeld, Reha-Maßnahmen, vorzeitiger Berentung usw.) einzudämmen. Subsumiert man weitere krankmachende Noxen wie länger dauernde unsachgemäße individuelle und strukturelle Fremdbestimmungen, Demütigungen, Ausgrenzungen, Diskriminierungen usw. unter psychische Gewaltelemente, die in der Tat in Deutschland eine Vielzahl von Menschen betreffen, dann könnten Sanktionen dagegen zu einer Verbesserung der Volksgesundheit führen.

Literaturverzeichnis

1 Bämayer A: Das Mobbingssyndrom, Diagnostik, Therapie und Begutachtung im Kontext zur in Deutschland ubiquitär praktizierten psychischen Gewalt, Bochum: Europäischer Universitätsverlag 2012

2 Bämayer A: Mobbing, Klassifikation des Erkrankungsverlaufs, in: Neurotransmitter 11/2006: 22 (Offizielles Organ des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte, des Berufsverbandes Deutscher Neurologen und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater)

3 Dt Ärztebl 1997; 94: A 1663 [Heft24].

4 Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI):

ICD-10-GM Version 2013, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) –German Modification ,

- 5 Fischer G, Riedesser P: Lehrbuch der Psychotraumatologie, München, Basel 1998; Reinhard-Verlag
- 6 Leymann H: Der neue Mobbing-Bericht, Reinbek bei Hamburg 1995; Rowohlt
- 7 Saß H, Wittchen H, Zaudig M: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV, Göttingen 1996; Hogrefe,
- 8 Verwaltungsgericht Giessen: Urteil wegen Falschbegutachtung, Az 21 K 1220/09.GL.B
- 9 Wickler P (Hrsg), Coserio P, Hänsch B, Schwan H: Handbuch Mobbing-Rechtsschutz, C.F. Müller Verlag, Heidelberg, 2004
- 10 Wickler P: Mobbing als Noxe, in: Der medizinische Sachverständige 2/2004:64-69

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 (mit den vorgeschlagenen neuen 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.

Die Erfassung der bisher bereits vorhandenen Erkrankungsfälle führt meines Erachtens zu keinen Mehrkosten.

Die Einführung dieser neuen Diagnoseschlüssel erlaubt eine Beurteilung des tatsächlichen Ausmaßes der spezifischen Morbidität und deren Kosten im Sozialsystem insbesondere durch Mobbing bei der Krankenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Rentenversicherung, die bisher mangels einer Erfassung völlig im Dunkeln liegt. Aufgrund dieser Daten kann der Gesetzgeber Maßnahmen ergreifen, die die Ursache der durch Psychoterror entstandenen Kosten sogar zu reduzieren vermögen. Sanktionen von Mobbing über das Strafrecht und über Schadenersatzforderungen gegenüber Mobbern führen zwangsläufig zu weniger Mobbing-Opfern und entlasten die Sozialkassen.

c. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? *

(Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

entfällt

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

Wie bereits oben ausgeführt, vermisst die Arbeitsgerichtsbarkeit die medizinische Erfassung der gesundheitlichen Auswirkungen von Mobbing in Form eines medizinisch fassbaren Mobbingssyndroms (s.Literaturverzeichnis Nr.9 und 10 (Seite 65))

- Wickler P (Hrsg), Coserio P, Hänsch B, Schwan H: Handbuch Mobbing-Rechtsschutz, C.F. Müller Verlag, Heidelberg, 2004 (9),
- Wickler P: Mobbing als Noxe in: Der medizinische Sachverständige 2/2004:64-69 (10)

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Der Vorschlag wurde bereits vor drei Jahren eingereicht. Auf meine Rückfrage haben Sie mir am 27.1.2016 wie folgt geantwortet:

„Da Ihr Vorschlag nicht mit der inhaltlich zuständigen Fachgesellschaft abgestimmt war, hatten wir Ihren Vorschlag zur Änderung der ICD-10-GM seinerzeit an die zuständige medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft (DGPPN) weitergeleitet, die Ihren Vorschlag allerdings nicht abschließend bewertet hat.

Wir empfehlen Ihnen deshalb, Ihren Vorschlag mit der DGPPN fachlich-inhaltlich abzustimmen und dann ggf. erneut bei uns einzureichen.

Sie können im Rahmen unseres Vorschlagsverfahrens zur ICD-10-GM 2017 noch bis zum 29.2.16 Vorschläge einreichen.“

Ich habe mich nun auch an die DGPPN gewandt und darum gebeten, sich dieser Thematik anzunehmen. Da ich nicht mit einer Antwort bis zum 29.2.16 rechne, bitte ich Sie, meinen jetzigen leicht modifizierten Vorschlag zeitnah nochmals der DGPPN zu einer Stellungnahme vorzulegen.

Für Rückfragen und eine Einbindung in den Entscheidungsprozess – falls gewünscht – stehe ich gerne zur Verfügung.