



Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

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

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

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

- ☒ Dem/Der Vorschlagenden liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

siehe Nr. 7

5. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

(ggf. inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Klassentitel, Inklusiva, Exklusiva, Hinweise 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 2019 vor:

Kumulative Traumatische Belastungsstörung (KTBS)

inklusive Nr. F43.30 Mobbingyndrom 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 Mobbingssyndrom 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,
- eingengtes Denken an den Konflikt,
- hypervigilante Kognition betreffend den Mobbing-Konflikt,
- eingeschränkte Kognition im Alltag aufgrund des eingengten 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 Mobbingssyndroms dar. Dieses weist eine Mehrzahl der im Stadium 2 beschriebenen Charakteristika auf. Einige Symptome dieses Stadiums können auch bei den übrigen Stadien des Mobbingssyndroms 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 Extremlastung (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 Mobbingssyndroms wäre mit seinen bisherigen Schlüsseln zusätzlich zum Mobbingssyndrom 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 Mobbingssyndrom, 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 Mobbingssyndroms, aus der ärztlichen Praxis heraus angestoßen werden muss.

Auch die Justiz vermisst seit Jahren die Beschreibung eines „Mobbingssyndroms“:

- 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).

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“. Bei diesen Beispielen einer Anpassungsstörung handelt es sich um Folgen schicksalshafter Ereignisse, die in keinem Zusammenhang mit den Folgen einer psychischen Gewalt stehen.

Auch das zweite und in der Forschung gebräuchlichere „Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen –Textrevision –(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 (Mobbingsyndrom, Stalkingsyndrom, 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 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 „Mobbingsyndroms“ 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 Mobbingyndrom 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 aufzudecken, 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 gegen Verursacher psychischer Gewalt zu einer Verbesserung der Volksgesundheit führen.

Literaturverzeichnis

1 Bämayer A: Das Mobbingyndrom, 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 bei der Krankenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Rentenversicherung, die bisher mangels einer Erfassung der Krankheitsursache „psychische Gewalt“ 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 für die Jahre 2014 bis 2018 eingereicht. Seit bisher nun 5 Jahren sah sich die zuständige medizinische Fachgesellschaft DGPPN nicht in der Lage, meinen Vorschlag, der mit der länderübergreifenden und interdisziplinären „Initiative für mobbingfreie Gesundheit e.V.“ (i.G.) abgestimmt ist, abschließend zu bewerten, obwohl seitens der DGPPN großes Interesse an einer komplexen Sachverhaltsdarstellung über Hintergründe und Verläufe von Mobbinghandlungen am Arbeitsplatz betreffs Mobbingdiagnostik und Mobbingprävention bestehen würde.

Das um Hilfe gebetene Bundesministerium für Gesundheit schlägt im Schreiben vom 12. Dezember 2016 nach Rücksprache mit DIMDI vor, die derzeit in der ICD-10-GM Z60 zugeordneten „Kontaktanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung“ alternativ bilateral



mit DIMDI zu klären, „ob und inwieweit hier entsprechende 4-Steller in die ICD-10-GM übernommen und im Hinblick auf die Erfordernisse meines Antrags weiter 5-stellig ausdifferenziert werden könnten“.

Obwohl es sich bei meinem Vorschlag um präzisierte Diagnosen aus dem Kapitel F 43 „Reaktionen auf schwere Belastungen ...“ handelt

ICD-Nr. F 43.3 Kumulative Traumatische Belastungsstörung (KTBS)

inklusive Nr. F43.30 Mobbingssyndrom und

inklusive Nr. F43.31 Stalkingsyndrom und

inklusive Nr. F43.32 Häusliches Gewaltsyndrom,

die sich erheblich von „Kontaktanlässen mit Bezug auf die soziale Umgebung“ unterscheiden, bitte ich DIMDI um Vorschläge, wie diese Diagnosen innerhalb von „Kontaktanlässen mit Bezug auf die soziale Umgebung“ eingestuft werden könnten.

Da sich die Fachgesellschaft DGPPN grundlos und beharrlich weigert, mit mir in einen Dialog einzutreten, ja nicht einmal den Eingang meiner Schreiben bestätigt, bzw. beantwortet, nehme ich an, dass die DGPPN formal und inhaltlich überfordert ist, psychische Gewaltursachen von psychischen Erkrankung bei einer Steigerung in den Jahren 2011 bis 2015 von 26 Prozent AU-Fällen adäquat zu würdigen (siehe Tabelle):

Der Anstieg von AU-Fällen und AU-Tagen nach Diagnosen (F 32, F 33, F 41, F 43 und F 45) in Deutschland in den Jahren 2011 bis 2015

Diagnosenspektrum bei psychischer Gewalt	AU- Fälle im Jahr					Steigerung in % 2011 bis 2015
	2011	2012	2013	2014	2015	
F 32 Depressive Episode	452.131	470.504	459.107	470.681	507.880	12,33 %
F 33 Rezidivierende depressive Störung	80.007	92.592	94.774	98.088	116.862	46,06 %
F 41 andere Angststörungen	91.085	95.728	96.658	103.296	115.086	26,25 %



F 43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	432.166	470.371	490.490	541.697	617.880	42,97 %
F 45 Somatoforme Störungen	215.846	223.617	218.703	233.341	244.767	13,40 %
Summen	1271235	1352812	1359732	1447103	1602475	26,06 %

Die Zahlen entstammen dem Bundesministerium für Gesundheit: Arbeitsunfähigkeit: Fälle und Tage nach Diagnosen jeweils für die Jahre 2011 bis 2015 (Ergebnisse der Krankheitsartenstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/geschaeftergebnisse.html>,

Die Auswahl dieser Diagnosen trägt der Tatsache Rechnung, dass das psychiatrische Diagnosenregister nach dem ICD-10 vorrangig Symptomdiagnosen bereithält und nur in Einzelfällen Ursachen der Störungen benennt. Nur die Diagnose F 43 lässt die Ursache einer „schweren Belastung“, allerdings ohne Präzisierung, erkennen. Bei allen anderen Diagnosen einer depressiven Verstimmung (F 32 und F 33), einer Angstsymptomatik (F 41) und einer somatoformen Störungen (F 45) handelt es sich um Symptomdiagnosen, die meist auch bei der Ursache „psychische Gewalt“ in den Vordergrund gestellt werden, weil diese Symptome nahezu immer bei der Krankheitsursache „psychische Gewalt“, wie z.B. bei Mobbing, häusliche Gewalt und Stalking, zu finden sind. Diese Diagnosen (F 32, F 33, F 41 und F 45) sind zwar nicht falsch, aber derart unpräzise, dass sich aus der Diagnosenstatistik keine Rückschlüsse auf deren Verursachung zulassen. Hieran wird sich so lange nichts ändern, solange das ICD 10 keine präzise Diagnostik einer „kumulativen traumatischen Belastungsstörung“ mit den Unterdiagnosen „Mobbingyndrom“, „Häusliches Gewaltsyndrom“ und „Stalkingsyndrom“ zulässt.

Da ich nicht über die Mittel verfüge, die Untätigkeit der DGPPN zu beenden, bitte ich DIMDI, in Verbindung mit dem Bundesministerium für Gesundheit, meinen Antrag aufgrund der Brisanz ohne die DGPPN zu bearbeiten, zumal die zugrunde liegende Problematik so offensichtlich ist, dass sie sich sogar jedem Laien erschließt.

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