

Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2014

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. 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, 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) 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 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

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	entfällt
Offizielles Kürzel der Organisation *	entfällt
Internetadresse der Organisation *	entfällt
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr.
Name *	Bämayr
Vorname *	Argeo
Straße *	Postfach 1364
PLZ *	96403
Ort *	Coburg
E-Mail *	mobbingsyndrom@gmail.com
Telefon *	09561-24522

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)**

entfällt

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) *

Aufnahme ICD F43.3 „kumulative traumatische Belastungsstörung“ inkl. „Mobbingsyndrom“

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)

Hiermit schlage ich die Aufnahme der **ICD-Nr. F 43.3** im ICD-10-GM 2014 vor:

Kumulative Traumatische Belastungsstörung (KTBS)
(inklusive Mobbing-Syndrom oder eigene Nr. F43.30 und
inklusive Stalkingsyndrom oder eigene Nr. F43.31)

Die durch eine kumulierend wirkende psychische Gewalt verursachte „kumulative traumatische Belastungsstörung“ (KTBS) (z.B. Mobbing-Syndrom, Stalkingsyndrom 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 „Mobbing-Syndroms“ aufgezeigt und problemlos auf weitere Syndrome wie z.B. das „Stalkingsyndrom“ 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 Mobbing-Syndrom 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) (bisher F 43.9)

- 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,
- eingeengtes Denken an den Konflikt,
- hypervigilante Kognition betreffend den Mobbing-Konflikt,
- eingeschränkte Kognition im Alltag aufgrund des eingeengten 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 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 Mobbingssyndroms wäre mit seinen bisherigen Schlüssel

zusätzlich zum Mobbingyndrom **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
F 43.32.....

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

- α. **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.

Änderungsvorschlag für den ICD-10-GM 2014 Aufnahme der ICD-Nr. F 43.3 Kumulative Traumatische Belastungsstörung (KTBS) (inklusive Mobbingyndrom, Stalkingsyndrom)

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 Mobbingyndrom, das Stalkingsyndrom, 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 Mobbingyndroms, aus der ärztlichen Praxis heraus angestoßen werden muss.

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

- 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“.

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 (Mobbing-Syndrom, Stalking-Syndrom 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 innerärztliche 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 „Mobbingsyndroms“ aufgezeigt und problemlos auf weitere Syndrome wie z.B. das „Stalkingsyndrom“ 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 4 Stadien beschreiben (1,2):

Das Mobbingsyndrom in 4 Stadien

Stadium 1: akute Belastungsreaktion (F 43.0), (Vorstufe des Mobbingsyndroms)

(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) (bisher F 43.9)

- 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,
- eingeengtes Denken an den Konflikt, ,
- hypervigilante Kognition betreffend den Mobbing-Konflikt,
- eingeschränkte Kognition im Alltag aufgrund des eingeengten 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“ (5) 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 3 Ländern (Schweden, Deutschland, Österreich) erhobenen Beschwerden (5, Tabelle 20).

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).

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

- Bämayer A: Das Mobbingssyndrom, Diagnostik, Therapie und Begutachtung im Kontext zur in Deutschland ubiquitär praktizierten psychischen Gewalt, Bochum: Europäischer Universitätsverlag 2012
- 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)
- Dt Ärztebl 1997; 94: A 1663 [Heft24].
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): ICD-10-GM Version 2013, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) – German Modification ,
- Fischer G, Riedesser P: Lehrbuch der Psychotraumatologie, München, Basel 1998; Reinhard-Verlag
- Leymann H: Der neue Mobbing-Bericht, Reinbek bei Hamburg 1995; Rowohlt
- Saß H, Wittchen H, Zaudig M: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV, Göttingen 1996; Hogrefe,
- Verwaltungsgericht Giessen: Urteil wegen Falschbegutachtung, Az 21 K 1220/09.GL.B
- Wickler P (Hrsg), Coserio P, Hänsch B, Schwan H: Handbuch Mobbing-Rechtsschutz, C.F. Müller Verlag, Heidelberg, 2004
- Wickler P: Mobbing als Noxe, in: Der medizinische Sachverständige 2/2004:64-69

β. 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).

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 total 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.

- χ. **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.)

entfällt

- δ. **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 Mobbingsyndroms (s.Literaturverzeichnis Nr.9 und 10 (Seite 65))

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

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