

1 Grundlagen der Psychiatrie und Heilpraktiker-Heilerlaubnis

1.1 Entwicklung der Psychiatrie

Definition

Psychiatrie

Die Psychiatrie (griech. psyche = Seele/Gemüt; iatrike = Heilkunst) ist ein Teilgebiet der Medizin und umfasst die Diagnostik, Therapie und Prävention psychischer Krankheiten. Im Mittelpunkt stehen biologische und psychosoziale Faktoren sowie deren Auswirkungen auf das psychopathologische Erscheinungsbild.

1.1.1 Geschichte der Psychiatrie

Solange es Menschen gibt, so lang beschäftigen sie sich auch mit der Frage, warum manche von ihnen sich auffällig anders verhalten, anders erleben und anders fühlen. Die ersten Erklärungen, die sich unsere Vorfahren dazu zurechtlegten, hatten meist religiöse oder magische Hintergründe: Bei den Betroffenen wurde vermutet, dass sie von Geistern, Teufeln oder Dämonen besessen waren.

Antike. In der Antike bildeten sich erste „differenziertere“ Hypothesen heraus. Im Sinne der Vier-Säfte-Lehre des Hippokrates galt die Depression z.B. als eine Störung des Gleichgewichts der schwarzen Gallenflüssigkeit und wurde entsprechend als Melancholie (griech. mela = schwarz; chole = Galle) bezeichnet.

Mittelalter. Ab dem Mittelalter traten wieder „übersinnliche Erklärungsmuster“ in den Vordergrund. Psychisch erkrankte Menschen wurden im Mittelalter und v.a. in der Frühen Neuzeit als Hexen verfolgt und verbrannt oder als Besessene dem Exorzismus unterzogen.

Von den Anfängen im 17. bis zum 20. Jahrhundert. Erst im 17. Jhd. setzte aufgrund weiterführender Kenntnisse über das Gehirn und das Nervensystem langsam ein Wandel ein, wenngleich psychisch Kranke nach wie vor mit Verbrechern, Prostituierten und Armen in Zuchthäusern untergebracht wurden. Pflege oder Therapie fand nicht statt, vielmehr handelte es sich um ein Verwahren.

Mitte des 18. Jhd. fand eine **Humanisierung** der Betreuung psychisch Erkrankter statt, und aus den Zuchthäusern wurden Irrenanstalten – im Jahr 1793 erfolgte in Frankreich die legendäre Befreiung der „Irren“ von den Ketten durch Philippe Pinel (1745–1826). Er und sein Schüler Esquirol (1772–1840) begründeten die französische Psychiatrietradition, eine neue Form des Umgangs mit den erkrankten Menschen. Diese zeichnete sich durch Zuwendung und Geduld aus. Gängige Therapien dieser Zeit wa-

ren allerdings die Drehstuhlbehandlung, Dauerbäder, Hungerkuren usw.

Im 19. Jahrhundert teilte sich die deutsche Psychiatrie in zwei Lager: in die „**Psychiker**“, die die Erkrankung als körperlose Seele bzw. Folge der Sünde betrachteten, und die „**Somatiker**“, die nach naturwissenschaftlichen Erklärungen suchten.

Das dunkle Kapitel in der Geschichte der Psychiatrie wurde zur Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland geschrieben. Durch die ideologische Verblendung kam es zu ungeheuren Gräueltaten, die das zuvor in aller Welt sehr hohe Ansehen der deutschen Psychiatrie extrem erschütterten.

Psychiatrie-Enquete. Das Wort „Enquete“ (franz. enquête) bedeutet „Untersuchung“. Die Untersuchung über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland wurde im September 1975 in einem 430 Seiten langen Bericht veröffentlicht.

Die Psychiatrie-Enquete erfasste folgende Empfehlungen:

- Förderung von Beratungsdiensten und Selbsthilfegruppen
- gemeindenaher Versorgung
- Umstrukturierung der großen psychiatrischen Krankenhäuser
- getrennte Versorgung für psychisch Kranke und geistig behinderte Menschen
- Gleichstellung somatisch und psychisch Kranker
- Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals
- Versorgung von psychisch Kranken und Menschen mit einer Behinderung als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung

Diese Forderungen wurden nach und nach erfüllt.

Psychopharmaka. Seit den 1950er-Jahren wurden die ersten Psychopharmaka (Kap. 7.1) entwickelt, sodass psychotherapeutische Verfahren (Kap. 7.2) durch eine medikamentöse Therapie ergänzt werden konnten.

1.1.2 Geschichte der Psychotherapie

Wie anhand der kurzen Beschreibung der Psychiatriegeschichte erkennbar ist, konzentrierte man sich früher in erster Linie auf die körperlichen Ursachen. Erst im Laufe der Zeit trat die Psyche und somit ihre Therapie in den Mittelpunkt der Betrachtung.

Unauslöschlich ist damit der Name Sigmund Freud verbunden. Freud, der Vater der **Psychoanalyse** (Kap. Psychoanalyse), entwickelte die Lehre vom Unbewussten. Der schon vor seiner Zeit benutzte Begriff der Neurose wurde entscheidend durch seine Therapieform geprägt. Eine Neurose (griech. neuron = Nerv; -ose = Krankheit) bezeichnet die Erkrankung der Nerven. Davon abgeleitet sind frühere Begriffe wie Nervenkrankheiten oder Nervenheilstätten.

Als eine weitere Säule der Psychotherapie entwickelte sich die **Verhaltenstherapie** (Kap. (Kognitive) Verhaltenstherapie, Kap. Abwehrmechanismen). Die wichtigen Namen in dieser Entwicklung sind Pawlow und Skinner. Pawlow beschrieb z. B. den – eher durch Zufall entdeckten – bedingten Reflex. In der Verhaltenstherapie geht man davon aus, dass Verhalten konditioniert ist. **Das Training sozialer Kompetenzen ist eine Methode, die in der Verhaltenstherapie eingesetzt werden kann.**

Menschen lernen durch Erfahrung, durch ausgelöste Reaktionen und/oder am Modell. So entwickelte sich die **lerntheoretische Psychologie**.

Ein weiterer Baustein ist die **klientenzentrierte (humanistische) Gesprächspsychotherapie** (Kap. Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie) nach Rogers. Carl Rogers ging davon aus, dass der Mensch alle Fähigkeiten, sich zu entwickeln bzw. Veränderungen herbeizuführen, in sich trägt.

1.2 Therapeutische Befugnis

In Deutschland dürfen Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, psychologische Psychotherapeuten sowie Heilpraktiker und Heilpraktiker für Psychotherapie (HPP) eine Psychotherapie durchführen.

1.2.1 Grundsätzliche Erlaubnis für Psychotherapie

Erlaubte Therapieverfahren. Heilpraktiker mit allgemeiner Heilpraktikererlaubnis sind **grundsätzlich befugt**, psychotherapeutische Verfahren für Interventionen anzuwenden. Dies gilt sowohl für **wissenschaftlich anerkannte** psychotherapeutische Verfahren der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie und systemische Therapie) als auch für **wissenschaftlich nicht anerkannte** Verfahren wie z. B. Hypnose, Gesprächspsychotherapie, Logotherapie oder Gestalttherapie. Approbierte Psychotherapeuten dürfen nur wissenschaftlich anerkannte Verfahren anwenden (§ 1 Abs. 3 S. 1 PsychThG). Im abschließenden Kapitel dieses Lernmoduls finden Sie einen Überblick über die Therapieverfahren (Kap. 7.2).

Voraussetzungen für Therapie. Voraussetzung ist, dass die Anwendung der Therapie durch einen Heilpraktiker keine „Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung oder für die ihn aufsuchenden Patientinnen und Patienten“ darstellt. Mit Hinblick auf die **Sorgfaltspflicht** (§ 270 BGB) muss die angewendete Methode im Rahmen einer **professionellen Ausbildung** (hinreichende Sachkenntnis) erlernt werden.

Hinreichende Sachkenntnis bedeutet, dass eine entsprechende therapeutische Ausbildung absolviert wurde, die es dem Heilpraktiker ermöglicht, fachkundig nach den Regeln der (Therapie-) Kunst oder dem **Lege-artis-Prinzip** zu behandeln. Ein therapierender Heilpraktiker muss deshalb jederzeit nachweisen können, dass die angewandten **Methoden** und **Therapieverfahren erlernt** wurden und auch **beherrscht** werden. Hinzu kommt: Je nach Diagnose und hinsichtlich der Sorgfaltspflicht sollten Sie in Erwägung ziehen, die Patienten zum Haus- bzw. Facharzt oder sogar in ein Krankenhaus zu überweisen.

Deshalb wird für die Heilpraktikerüberprüfung von der amtsärztlichen Seite erwartet, dass die „antragsstellende Person“ zur Ausübung des Heilpraktikerberufs die notwendigen Kenntnisse mitbringt, um physische und psychische Erkrankungen bei Patienten aller Altersgruppen erkennen und behandeln zu können bzw. zu erkennen, wann der HPP dies nicht darf.

Abb. 1.1 Anwärterin zur Heilpraktikerüberprüfung.



Die amtsärztliche Überprüfung zur Heilerlaubnis ist eine Unbedenklichkeitsprüfung. Symbolbild. Foto: K. Oborny, Thieme Group

Amtsärztliche Überprüfung. In diesem Lernmodul lernen Sie das umfangreiche Stoffgebiet der psychiatrischen Krankheitsbilder kennen, die für die Heilpraktikerüberprüfung zur allgemeinen Heilerlaubnis auch prüfungsrelevant sind.

Die amtliche Überprüfung der Kenntnisse und Fähigkeiten eines HP-Anwärters dient gegenwärtig ausschließlich dem Zweck festzustellen, ob die Ausübung der Heilkunde durch den Prüfungskandidaten „eine Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung oder für die ihn aufsuchenden Patientinnen und Patienten“ bedeuten würde (► **Abb. 1.1**). Die Überprüfung ist daher eine **Unbedenklichkeitsprüfung** ohne Notengebung und keine Fachprüfung, d. h., es wird **kein Nachweis** einer allgemeinen **Fachqualifikation** erbracht, egal ob bezüglich wissenschaftlich-medizinischer oder alternativmedizinischer Methoden. Die gegenwärtig gültigen „Leitlinien zur Überprüfung von Heilpraktikeranwärtern“ halten explizit fest, dass Prüflinge sich darüber klar sein sollten, wann sie Patienten an Ärzte weiterleiten müssen, und dass sie nur Tätigkeiten ausüben dürfen, die sie sicher beherrschen. Derzeit sind intensive **berufspolitische Prozesse** mit allen Stakeholdern im Gange, die zum **Ziel** haben, den Heilpraktikerberuf zu einem allgemein anerkannten **Ausbildungsberuf** mit einem entsprechenden öffentlich-rechtlichen Abschluss gesetzlich zu reformieren. Detaillierter können Sie sich zu den rechtlichen Themen rund um den Heilpraktikerberuf im Lernmodul 1: „Beruf Heilpraktiker“ informieren.

1.2.2 Therapiebefugnis für Heilpraktiker mit allgemeiner Heilerlaubnis (HP)

Wie im vorigen Abschnitt erläutert, gibt es für Heilpraktiker mit allgemeiner Heilerlaubnis **kein grundsätzliches Behandlungsverbot** für irgendeine psychische Erkrankung.

Heilpraktiker müssen jedoch Patienten mit psychischen **Krankheiten organischer** und **endogener** Natur an **Psychiater** oder **ärztliche Psychotherapeuten** verweisen, bevor sie abklären können, ob sie supportiv mitbehandeln dürfen. Folgende Störungen

dürfen nur fachärztliche Kapazitäten behandeln. Es greift der Arztvorbehalt.

ICD-10 Kapitel F0–F3:

- organische psychische Störungen (Kap. 4.1)
- Abhängigkeitserkrankungen (Kap. 3.8.1)
- Schizophrenie und verwandte Störungen (Kap. 2.1)
- affektive Störungen (Kap. 2.2)

Psychiater oder ärztliche Psychotherapeuten entscheiden, ob der verweisende Heilpraktiker mitbehandeln darf.

HP-Praxis

Im Zweifelsfall Patienten immer an Fachärzte überweisen!

Bestehen **Zweifel**, ob Sie eine Behandlung beginnen können/dürfen, **überweisen** Sie als Heilpraktiker Patienten **immer** an Psychiater oder ärztliche Psychotherapeuten. Bei stark ausgeprägter Symptomatik, z. B. bei Magersucht, dissoziativen Störungen oder Borderline-Persönlichkeitsstörung mit selbstverletzendem Verhalten, ist häufig eine psychiatrische bzw. ärztliche Behandlung sowie u. U. ein Klinikaufenthalt erforderlich.

Transferbeispiel

„Dürfen Sie die Patientin behandeln?“

Prüfer: „Mit welchen Therapiemethoden möchten Sie nach der bestandenen Überprüfung mit Ihren Patienten arbeiten?“

HPA: „Bisher habe ich neben meiner Ausbildung zum Physiotherapeuten eine Fachausbildung in der Gesprächspsychotherapie nach Rogers absolviert. Mit diesem Verfahren würde ich meine Praxistätigkeit beginnen.“

...

Prüfer: „Gehen wir nun in eine Fallbesprechung. Sie führen ein Erstgespräch mit einer Patientin, 43 Jahre alt. Sie schildert, dass es ein halbes Jahr nach der Scheidung von ihrem Mann plötzlich begonnen hat, dass sie in der vollen Stadtbahn auf dem Weg zur Arbeit Herzrasen und Schweißausbrüche bekommt. Sie arbeitet in einem Bürohaus im 15. Stock und kann den Aufzug nicht mehr benutzen, weil sie die unerträgliche Enge nicht mehr erträgt und nach Luft ringen muss. Sie hat die Hoffnung aufgegeben, dass diese Symptome von allein weggehen, im Gegenteil, sie werden immer schlimmer. Deshalb möchte sie bei Ihnen eine Therapie machen.“

Dürfen Sie diese Patientin behandeln?“

HPA: „Wie Sie mir die Symptome schildern, deutet dies auf eine Agoraphobie hin. Die kognitive Verhaltenstherapie ist sehr geeignet, eine Agoraphobie zu therapieren. Um nun Ihre Frage konkret zu beantworten: Sollte sich die Diagnose „Agoraphobie“ bestätigen, dürfte ich aufgrund meiner Sorgfaltspflicht diese Patientin **nicht** behandeln, weil ich keine fundierte verhaltenstherapeutische Ausbildung durchlaufen habe. Ich würde die Patientin an fachlich versierte Kollegen verweisen.“

Prüfer: „Vielen Dank, mit dieser Antwort bin ich einverstanden.“

Eventuelle personenbezogene Daten fiktiv, Prüfungsdialog frei erfunden.

1.2.3 Therapiebefugnis für Heilpraktiker für Psychotherapie (HPP)

Zur Verdeutlichung der Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen HPs und HPPs werden in diesem Abschnitt die therapeutischen Befugnisse der Heilpraktiker für Psychotherapie kurz skizziert.

Inhaber einer auf das Gebiet der Psychotherapie beschränkten Heilpraktikererlaubnis (HPP) dürfen **grundsätzlich**

- eine psychische Erkrankung feststellen;
- eine Diagnose im Sinne der ICD-10 und künftig nach der ICD-11 stellen;
- wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Verfahren der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses anwenden, d. h. analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (inkl. kathymen Bilderlebens), **Verhaltenstherapie** (inkl. systematischer Desensibilisierung, kognitiver Verhaltenstherapie, Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) und systemische Therapie (inkl. Methoden der systemischen Gesprächsführung/Fragetechniken, Narrativer Methoden, Lösungs- und ressourcenorientierter Methoden, Aktionsmethoden u. a.);
- weitere nicht wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Verfahren praktizieren: (Personenzentrierte) **Gesprächspsychotherapie**, Klientenzentrierte Psychotherapie, Hypnose, Logotherapie, Gestalttherapie u. a.

Grundsätzliche Verfahrensfreiheit mit Sorgfaltspflicht!

Da die HPPs nicht an die Psychotherapie-Richtlinie (<https://www.g-ba.de/richtlinien/20/>) gebunden sind, dürfen sie neben den wissenschaftlich anerkannten auch andere Verfahren anwenden. Grundsätzlich dürfen HPPs jedes psychotherapeutische Verfahren anwenden.

Voraussetzung ist jedoch, dass die Anwendung eines Therapieverfahrens keine „Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung oder der Patientinnen und Patienten“ darstellt, die einen HPP aufsuchen. Das bedeutet, ein HPP muss **stets die Sorgfaltspflichten** (§ 270 BGB) gegenüber seinen Patienten wahren, wie die Vertreter anderer approbierten Therapeutengruppen. HPPs dürfen kein Verfahren anwenden oder keine Intervention durchführen, die Patienten schaden könnten oder den Regeln der (Therapie-) Kunst (Lege artis-Prinzip) nicht entsprechen. HPPs dürfen deshalb nur **Therapieverfahren** anwenden, die sie auf der Grundlage einer **fundierte Ausbildung** erlernt haben und mit **hinreichender Sachkenntnis** praktizieren können. Weiter besteht stets die Verpflichtung zur Aus- und Fortbildung in den Verfahren, die angewendet werden.

Folgende Maßnahmen sind nicht erlaubt für HPPs:

- HPPs dürfen keine **Krankenhausweisungen** durchführen.
- Generell können HPPs **keine rezeptpflichtigen Arzneimittel** verordnen, d. h., sie dürfen z. B. keine Betäubungsmittel oder Psychopharmaka verschreiben.
- HPPs dürfen Krankheitsbilder mit Arztvorbehalt (S. 10) behandeln.

- Ohne Verweis an fachärztliche Kapazitäten für psychiatrische Erkrankungen dürfen HPPs **nur** bei „hinreichender Sachkenntnis“ und nur **psychogene** Erkrankungen behandeln. Das sind z. B. Angststörungen (Kap. 3.1), Exhibitionismus (Kap. 3.11), ADHS, Tic-Störungen (Kap. 5.3) und **Anpassungsstörungen** (Kap. „Anpassungsstörungen“). Aufgrund der neuesten Forschungen ist es jedoch heute umstritten, welche psychische Erkrankung eindeutig zu den psychogenen Erkrankungen zählt, da immer mehr organische Faktoren auch bei psychischen Erkrankungen gefunden werden, die früher als psychogen eingestuft wurden (z. B. Zwangsstörungen, Alkoholkrankheit).

HP-Praxis

Körperliche Untersuchungen

Eine körperliche Untersuchung ist ausschließlich Ärzten, Psychiatern und allgemeinen Heilpraktikern vorbehalten.

Ziel ist es, zwischen **körperlich** und **psychisch** begründeten Symptomen zu **unterscheiden**. Um keine körperliche Ursache zu übersehen, ist es entscheidend, dass der Patient von einem Arzt untersucht wird. Viele Symptome können sich aufgrund körperlicher Erkrankungen, z. B. Schilddrüsenerkrankungen oder Hirntumoren zeigen. Zur medizinischen Diagnostik gehören die Krankheitsanamnese, die allgemeine körperliche und neurologische Untersuchung, das Labor-Screening-Programm sowie die apparative Diagnostik.

Fazit – Das müssen Sie wissen

HP/HPP: Verfahrensfreiheit und Sorgfaltspflicht (Ausbildung/Lege-artis-Prinzip)

Im Laufe der Geschichte zeigte sich ein Wandel von der Annahme, dass psychische Probleme rein körperliche Ursachen haben, zu der Erkenntnis, dass psychische Verhaltensweisen oder **Störungen** auch oder maßgeblich durch **psychische Einflussfaktoren** bestimmt werden. Dieser Wandel begann erst Ende des 17. Jahrhundert mit der Aufklärung.

Für HPs/HPPs besteht eine **grundsätzliche Verfahrensfreiheit**, d. h., sie können auch psychotherapeutische Verfahren anwenden, die nicht in der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses enthalten sind. Die unabdingbare Voraussetzung dafür ist, dass die **Sorgfaltspflicht** stets gewahrt wird! Für angewandte Therapieverfahren muss eine **fundierte Ausbildung** durchlaufen werden, damit die **Regeln** der **Therapiekunst** (Lege-artis-Prinzip) beherrscht werden, damit Patienten keinen Schaden nehmen können.

Im **Zweifel** müssen HPs und HPPs Patienten an die **Fachärzte** weiterleiten. **HPPs** dürfen mit ihrer sektoralen Heilerlaubnis **keine** körperlichen Untersuchungen durchführen.

1.3 Diagnostik psychiatrischer Erkrankungen

1.3.1 Diagnostische Methodik

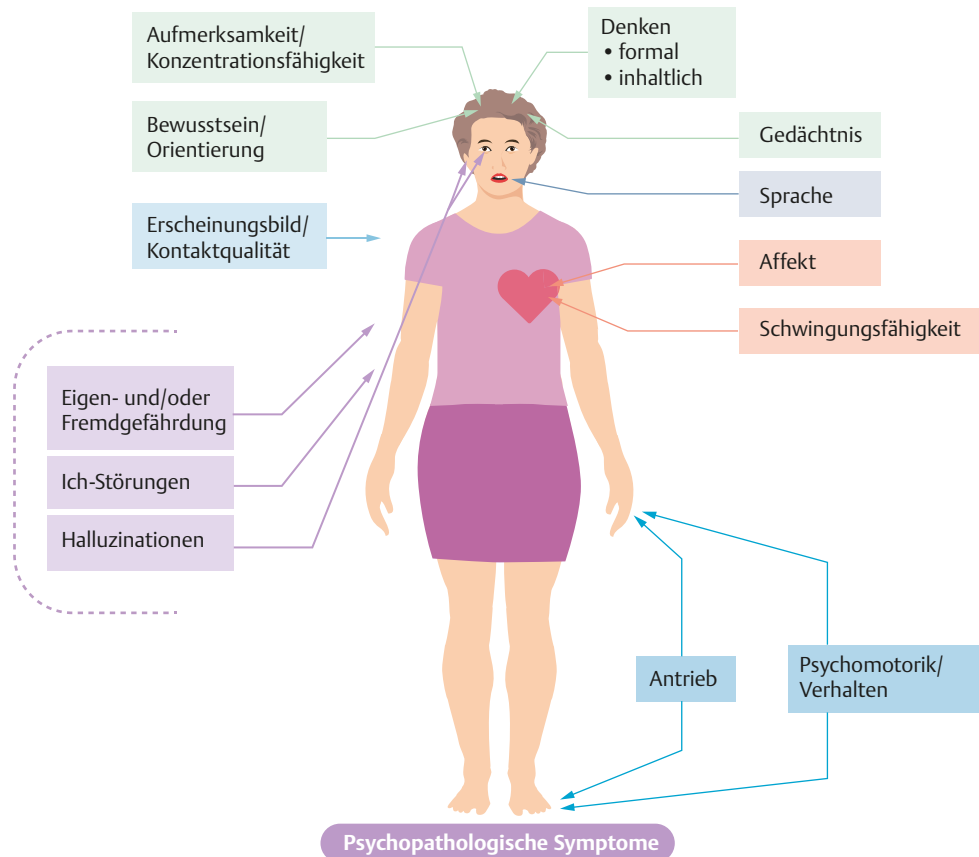
Psychiatrische Erkrankungen sind vielschichtige Störungsbilder, die sich in ihren Ursachen, ihrer Entstehungsgeschichte, ihrer Manifestation (Erscheinungsform) und in den Behandlungsmöglichkeiten unterscheiden. Deshalb ist eine gründliche Diagnostik die Voraussetzung dafür, die passenden und hilfreichen Therapieverfahren zu bestimmen.

Die Diagnose beginnt mit der **Anamneseerhebung**, d.h. die Krankengeschichte der Patienten wird erfragt. Um eine Diagnose zu stellen, sind folgende Schritte zu prüfen/erfragen:

- Beschreibung der Person
- Erhebung des psychopathologischen Befundes (► **Abb. 1.2**, ► **Tab. 1.1**)
- zeitlicher Verlauf der Erkrankung
- Erfassen anderer psychischer und/oder somatischer Erkrankungen
- Vorliegen ähnlicher Symptome in der Vergangenheit oder in der Familie (Familienanamnese)
- Familiengeschichte.

Abb. 1.2 Anamnese.

Anamnese: (Beobachtungs-)Faktoren für die psychopathologischen Symptome



(Beobachtungs-)Faktoren für die psychopathologischen Symptome.

Die **psychopathologischen Symptome** sind die Basis jeder Diagnose, da diese in der ICD-10 und ICD-11 zur Beschreibung der Störungen und der Bestimmung einer effektiven Therapie dienen.

? ! Lerntipps – Mündliche Prüfung

Symptom-Wissen – Schlüssel zur Differenzialdiagnose

Sehr häufig wird in der mündlichen Prüfung gefragt, wie sich Krankheitsbilder differenzialdiagnostisch unterscheiden. Beispielsweise wird oft gefragt, wie sich die Hyperthyreose und die Hypothyreose unterscheiden. Deshalb sollten Sie sich die jeweiligen Symptome gut einprägen. Die Antwort speziell auf die Frage, was die Hypo- von der Hyperthyreose unterscheidet, finden Sie in der Vertiefungsfrage 2 zu diesem Kapitel (S. 19).

Das Stellen einer Diagnose ermöglicht es, die Grenzen der Therapiemöglichkeiten und der Zuständigkeit zu erkennen. Handelt es sich um ein Krankheitsbild, welches der HP oder HPP nicht behandeln darf, sind Patienten folglich an andere Fachrichtungen weiterzuleiten.

Tab. 1.1 Die psychopathologischen Symptome sind die Grundlage jeder Diagnose.

Symptomfaktor	Ausprägungen der Symptome
Orientierung	Zeit, Ort, Person, Situation
Wahrnehmung	Illusion, Halluzination, Pseudohalluzination, Leibgefühlsstörung
Bewusstsein	qualitativ: Dämmerzustand, Delir)
	quantitativ: Hypervigilanz, Benommenheit, Somnolenz, Sopor, Koma
Affekt	Verarmung, Labilität, Inkontinenz, Parathymie
Antrieb	Antriebsstörungen: Trieb/Drang, Antriebssteigerung, -hemmung, -schwäche, -mangel, Mutismus, Beschäftigungsdrang
	Psychomotorische Störungen: Hyperkinese, Akinese, Katalapsie (starre Körperhaltung), Stupor, Stereotypien, Manierismen (verschrobenes Ausdrucksverhalten), Faxen, Raptus (Bewegungssturm)
Gedächtnis	Amnesie, Paramnesie, Hypermnese
Denken	formal: Hemmungen, Verlangsamung, Perseveration (Haften), Vorbeireden, Begriffsverschiebung (Symboldenken/Konkretismus), Sperrung, Umständlichkeit, Begriffszerfall, Kontamination, Neologismen, Zerfahrenheit, Inkohärenz, Ideenflucht, Sprunghaftigkeit, Logorrhoe, Gedankendrängen
	inhaltlich: Wahngedanken, -ideen, -vorstellungen; Beziehungs-, Beeinträchtigungs-, Kontroll-, Verfolgungs-, Querulanten-, Eifersuchts-, Größenwahn u. a.
Ich-Störungen	Gedankeneingabe, Gedankenausbreitung, Gedankenentzug, Depersonalisation, Derealisation.

Fazit – Das müssen Sie wissen

Diagnose: Fundament der Therapie

Die **Diagnose** ist das **Fundament** der therapeutischen Arbeit, sie ist ein komplexes Unterfangen, da es ein breites Spektrum von Störungsbildern gibt. Diese unterscheiden sich in ihrer Genese (ursächliche Entwicklung), ihrer Manifestation (Erscheinungsform) und in den möglichen hilfreichen und effektiven Therapieverfahren. Deshalb ist eine richtige und fachgerechte Diagnose die Voraussetzung dafür, Störungen zu beschreiben und die richtigen **Therapieverfahren** abzuleiten.

1.3.2 WHO-Klassifikationssysteme psychiatrischer Krankheitsbilder (ICD-10 und ICD-11)

Die WHO-Klassifikationssysteme gelten weltweit und haben den Zweck, Krankheiten zu definieren, voneinander abzugrenzen und Diagnosen zu verschlüsseln. Sie haben eine essenzielle Funktion im Gesundheitswesen, um medizinische Sachverhalte und Daten zu dokumentieren, zu kommunizieren und zu strukturieren. Die WHO-Klassifikationssysteme verschlüsseln die Krankheitsbilder mithilfe von **Codes** und stehen **für**:

- Krankheiten
- Anzeichen
- Symptome
- auffällige Befunde
- Beschwerden
- soziale Umstände
- äußere Ursachen von Verletzungen oder Krankheiten.

Psychiatrische Krankheitsbilder in der ICD-10

In Deutschland war die **ICD-10** in der 10. Revision (Version) – German Modification bis Ende 2021 gültig; sie wird jedoch in einer mehrjährigen flexiblen **Übergangszeit** noch so lange **benutzt**, bis die endgültige Ablösung durch die ICD-11 vollzogen werden kann (Kap. Von der ICD-10 zur ICD-11). In Deutschland beträgt die Übergangsfrist zunächst 5 Jahre.

Die psychiatrischen Krankheitsbilder sind **alle im Kapitel V** „Psychische und Verhaltensstörungen“ enthalten. Die Störungen sind in 11 Gruppen (F00–F99) unterteilt. Für die Diagnosestellung sind in der praktischen Arbeit zusätzlich die **Diagnosekriterien** nach den **Klinisch-diagnostischen Leitlinien** sehr wichtig, um sorgfältig zu diagnostizieren.

Lerntipps

Wichtig: ICD-10 Kapitel V Struktur der Krankheitsbilder kennen!

Verschaffen Sie sich vor dem Durcharbeiten dieses Lernmoduls einen Überblick über die **Gruppen** der im **ICD-10 Kapitel V** enthaltenen psychiatrischen Krankheitsbilder. Auf diese Weise können Sie die Erklärungen in diesem Lernmodul und die Änderungen, die in der ICD-11 kommen, gut nachvollziehen.

Auf der Website des DIMDI/BfArM finden Sie jeweils die webbasierte aktuelle ICD-10-Version unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022/chapter-v.htm>

Sie finden auf dieser Seite auch die aktuelle Version der ICD-10 im PDF-Format zum Download: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/?dir=icd-10-gm/version2022>

In diesem Lernmodul werden die in der **ICD-10** enthaltenen psychiatrischen Krankheitsbilder neben denjenigen **der ICD-11** behandelt, da die ICD-10 in der Zeitspanne bis zur endgültigen Einführung der ICD-11 nach wie vor **prüfungs- und praxisrelevant** sein wird.

Die ICD-10 ist die Grundlage für eine Diagnose in Deutschland. ICD-10 steht für **Internationale statistische Klassifikation in der 10. Version**. Wenn die in den klinisch-diagnostischen Leitlinien beschriebenen Diagnosekriterien erfüllt sind, kann die Diagnose gestellt werden. Sind die Voraussetzungen nur teilweise erfüllt, sollte die Diagnose erst einmal nur auf Verdacht gestellt werden (Abkürzung: V. a.). Unterschieden wird noch in eine Haupt- und/oder Nebendiagnose.

Von der ICD-10 zur ICD-11

Ziele der ICD-11-Revision. Mit der 11. Fassung soll die ICD eine **bessere Struktur** bekommen, **benutzerfreundlicher** sein und in einer **Datenbank** digitalisiert werden (aktuellste Version abrufbar auf der Onlineplattform der WHO unter: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>). Die ICD-11 ist wissenschaftlich aktualisiert und knüpft an andere Klassifikationssysteme an.

In diesem Lernmodul werden die folgenden ICD-11-Ziele bei den entsprechenden Krankheitsbildern immer wieder thematisiert:

- Die psychiatrischen Krankheitsbilder sind an die **DSM-5 angegliedert**, damit Diagnosen besser miteinander verglichen werden können. Das Diagnoseschema DSM-5 ist ein diagnostisches und statistisches Manual für psychische Störungen, das von der American Psychiatric Association veröffentlicht wird (siehe nächste Box Zusatzinfo).
- Ein generelles Ziel der ICD-11 ist es, dass die Krankheits- und Störungsbilder **detaillierter** beschrieben werden. Dieser von allen Arbeitsgruppen verfolgte Ansatz soll die Beschreibungen der Störungen an die Art und Weise anpassen, wie Ärzte in der Praxis tatsächlich Diagnosen stellen. Weiter soll das klinische (ärztliche) Urteilsvermögen flexibel handhabbar bleiben sowie der klinische Nutzen erhöht werden, indem **kulturelle Unterschiede**, kontextbezogene und gesundheitliche Faktoren berücksichtigt werden, die die diagnostische Praxis beeinflussen können. Dies basiert auf Ergebnissen von umfangreichen Feldstudien. Die Diagnosekriterien der **Untergruppen/Subkategorien** sind oftmals **differenzierter** als in der ICD-10 und sind in den Merkmalsausprägungen **neu definiert** worden. Die neu beschriebenen Untergruppen sollen einen höheren klinischen Nutzen für die Betroffenen bringen, da sich daraus **bessere Therapiemöglichkeiten** ergeben.
- Einige Störungsbilder wurden aus den Krankheitsbildern der Kindheit und Jugend in andere thematische Blöcke verteilt, weil viele Krankheiten nicht nur in der Kindheit, sondern über die gesamte Lebensdauer auftreten können, man spricht vom Ansatz der Lebenszeitachse bzw. dem **Lebensdauerkonzept**. Zwei Beispiele dazu sind: „6B05 Trennungsangststörung“ und „6B06 Selektiver Mutismus“, die in der ICD-11 als „Angststörung“ diagnostiziert werden.

- Einige Krankheitsbilder der ICD-10 haben **stigmatisierenden Charakter** für die Betroffenen, wenn sie diagnostiziert werden (z. B. Persönlichkeitsstörungen). Es soll keine Stigmatisierung mehr in Diagnosen fließen, weshalb es **keine wertenden Diagnoseschlüssel** mehr gibt, z. B. „Störungen der Geschlechtsidentität“. Die Betroffenen sollen aufgrund einer Diagnose keine Nachteile mehr haben oder ausgegrenzt werden.

i Zusatzinfo

Klassifikation DSM-5 – Referenz v. a. für die Forschung und Ausbildung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlicht die statistische Klassifikation der Krankheiten (ICD), während die American Psychiatric Association das Diagnoseschema DSM-5 (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen) veröffentlicht. Alle psychischen Störungen werden in den beiden Diagnosesystemen beschrieben und klassifiziert. Bei Revisionen der Regelwerke arbeiten die beiden Institutionen zusammen und versuchen, die Regelwerke immer besser aufeinander abzustimmen. Die beiden **parallel genutzten** Diagnosesysteme beschreiben mithilfe von Kriterienkatalogen die zu diagnostizierenden Störungsbilder. ICD und DSM klassifizieren größtenteils die gleichen Störungsgruppen nach den gleichen Kriterien. Diese Diagnoseschemata sollen dazu dienen, dass alle beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten eindeutig miteinander kommunizieren können und die Versorgung der Patienten auf einer einheitlichen diagnostischen Grundlage möglich ist.

Das **DSM-5** klassifiziert **nur psychiatrische Krankheitsbilder**; die **ICD-10** behandelt hingegen **sämtliche medizinischen Krankheitsbilder** und vergibt für jedes Krankheitsbild einen Code. Im DSM-5 werden keine Codes vergeben, jedoch kann jede Diagnose einem ICD-10-Code zugeordnet werden. Beim DSM-5 sind die Störungskriterien für ein Krankheitsbild wesentlich genauer und umfangreicher festgehalten und es stellt für noch nicht „offiziell“ veröffentlichte Störungsbilder sogenannte Forschungsdiagnosen auf. Mithilfe von Forschungsdiagnosen bekommen Wissenschaftler ein Werkzeug für ihre Forschungen, mit dem sie Studien vergleichbar machen können. Deshalb wird dieses Manual für die Forschung als Referenzwerk herangezogen. Die ICD-10 lässt für die diagnostische Praxis im klinischen Kontext mehr Interpretationsspielraum.

Deshalb wird das DSM-5 verstärkt in **Forschung** und **Lehre** sowie in der **Ausbildung** verwendet, während bei der ICD-10 das Diagnosesystem für die Praktiker im Gesundheitswesen bedeutsamer ist (Mediziner, Therapeuten, Heilpraktiker und andere Vertreter von Gesundheitsberufen).

Deutsches Gesundheitswesen. Die ICD-10 hat in Deutschland im Gesundheitswesen eine große Bedeutung. Sie ist **u.a.** die relevante Grundlage für:

- viele Entgeltsysteme des Gesundheitswesens, in denen sie eine verteilende Funktion hat, z. B. G-DRG, EBM,
- den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich der Krankenkassen (Morbi-RSA),
- die Qualitätsberichte der Krankenhäuser,
- die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen,
- die Statistik über Arbeitsunfähigkeitsfälle von Versicherten (KG 8-Statistik).

Die enge Verzahnung der ICD-10 mit dem gesamten deutschen Gesundheitswesen macht die Umstellung der ICD-10-GM (German Modifikation) auf die ICD-11 zu einer äußerst **komplexen** Angelegenheit. Beispielsweise müssen die Krankenhaus-Fallpauschalen (DRG) neu definiert und kalkuliert werden. Das bedeutet, dass z. B. die Finanzierung der Krankenhäuser und die Ausgaben der Krankenkassen für stationäre Leistungen umfassend betroffen sind.

Deutschland: Einführung der ICD-11. Die ICD-11 trat am **1. Januar 2022** in Kraft, nachdem sie im Mai 2019 auf der 72. WHO-Versammlung verabschiedet wurde.

Seitdem können die Mitgliedstaaten der WHO ihre **Mortalitätsdaten** für die Todesursachenstatistik mit ICD-11-Codes an die WHO berichten. Es greift jedoch eine flexible Übergangszeit von mindestens **5 Jahren**, in der mit beiden ICD-Systemen Todesursachen oder Diagnosen codiert werden können. Nach der flexiblen **Übergangsphase** soll ausschließlich mit der ICD-11 codiert werden.

Im Moment steht der **konkrete Einführungszeitpunkt** der ICD-11 in Deutschland zur **Morbiditätscodierung** noch **nicht** fest. Wie lange diese flexible Übergangsphase andauern wird, ist derzeit noch nicht absehbar. Aufgrund der vielschichtigen Integration der ICD im deutschen Gesundheitswesen sind komplexe Anpassungsprozesse für den Übergang von der ICD-10 zur ICD-11 notwendig. Deshalb ist es möglich, dass die geplante flexible Übergangsphase von 5 Jahren überschritten wird.

In Fachkreisen wird intensiv über die Einführung der künftigen ICD-11 beraten. An der Fachdiskussion sind das Bundesministerium für Gesundheit, das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI/BfArM 2020 Zusammenführung beider Institutionen), die medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen und weitere Organisationen beteiligt.

1. Übersetzungsentwurf des BfArM. Aufgrund der tiefgreifenden Verankerung der ICD-10 im Gesundheitswesen müssen der Umstieg und die Anforderungen an die deutsche Fassung der ICD-11 sehr sorgfältig geprüft und geplant werden. Für diese Evaluation muss die offizielle deutsche Übersetzung vorliegen.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat 2018 mit den Übersetzungsarbeiten begonnen und in Kooperation mit mehreren Institutionen 2022 einen 1. Übersetzungsentwurf für die interessierte Öffentlichkeit vorgelegt. Dieser ist auf der Website des BfArM veröffentlicht. Der Pfad lautet: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html.

Dieser 1. Entwurf wird noch einen gründlichen Review-Prozess in Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften durchlaufen, sodass die Einführung der offiziellen deutschen Übersetzung noch einige Zeit in Anspruch nehmen wird.

Dennoch ist es unausweichlich, dass Sie sich bereits jetzt mit den anstehenden Veränderungen insbesondere für die psychiatrischen Krankheitsbilder auseinandersetzen.

Lerntipps

Übergangsphase von der ICD-10 zur ICD-11 – prüfungsrelevant?

Als HPA müssen Sie in der Prüfung wissen, welche ICD-Version aktuell gültig ist. Wichtig: Die ICD-11 soll vonseiten der WHO am 01.01.2022 in Kraft treten.

Bevor die ICD-11 in Deutschland offizielle Gültigkeit für die Tätigen in den Sektoren der diversen Gesundheitsberufe hat, muss das vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte „Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information“ (= DIMDI/ BfArM) die **amtlich gültige** deutsche Fassung der ICD-11 herausgegeben haben. Dies ist im SGB V § 295 Abs. 1 S. 2 gesetzlich geregelt.

Wir empfehlen Ihnen: informieren Sie sich bitte auf der Website des DIMDI/BfArM über die aktuell gültige ICD-Version während Ihrer Prüfungsvorbereitung: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html

Damit Sie für die **Prüfung** gewappnet sind, werden die **grundlegenden** Änderungen in den folgenden Kapiteln dieses Lernmoduls erklärt. Vielleicht werden Sie in der mündlichen Prüfung dazu gefragt, ob Sie sich schon damit beschäftigt haben. Für Ihre **berufliche Zukunft** als HP/HPP wird die ICD-11 im psychotherapeutischen Kontext auf alle Fälle wichtig werden.

Zusatzinfo

ICD-11

Die neue Version ICD-11 fügt i. d. R. in die Beschreibung der Krankheitsbilder jeweils die Bedingung für die Diagnose ein, dass die Symptome zu **erheblichen Belastungen** oder **Beeinträchtigungen** in persönlichen, familiären, sozialen, erzieherischen, beruflichen oder anderen wichtigen **Funktionsbereichen** führen.

ICD-11: Änderungen im Kapitelaufbau

Sämtliche Kapitel, Blöcke, Kategorien/Gruppen/Cluster und Unter-/Subkategorien wurden beim Wechsel von der ICD-10 zur ICD-11 auf den Prüfstand gestellt und auf den aktuellen Stand der medizinischen Forschung gebracht. Manche Kapitel wurden für die ICD-11 neu geschaffen. Auf den ersten Blick scheinen die ICD-11-Kapitel im Hinblick auf die Krankheitsbilder der Organsysteme nicht sehr verändert. Bei genauer Betrachtung zeigen sich jedoch v. a. bei den psychiatrischen Krankheitsbildern einige Änderungen, die aus Anpassungen an das DSM-5 resultieren. Die **ICD-11** wird die Diagnosen von **psychiatrischen Krankheitsbildern** somit deutlich **beeinflussen**.

Für dieses Lernmodul sind diese Neuerungen im Kapitelaufbau wichtig:

- Das Kapitel V der ICD-10 („Psychische und Verhaltensstörungen“) mit den Zahlencodes F00–F99 wird in der ICD-11 neu nummeriert in **Kapitel 06**: Psychische Störungen (Kap. 2), Verhaltensstörungen (Kap. 3) oder neuronale Entwicklungsstörungen (Kap. 5).
- Die Schlafstörungen werden in ein neues **Kapitel 07** (Schlaf-Wach-Störungen) übertragen, verändert und erweitert (Kap. 6.1).
- Es wurde ein neues **Kapitel 17** „Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit“ (Kap. 6.2) eingeführt, das sich aus Krankhei-