

13 Anhang

13.1 International Classification of Diseases (ICD-10)

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten (ICD, engl.: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben. Die aktuelle, international gültige Ausgabe ist ICD-10, Version 2011.

In Deutschland sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen laut Sozialgesetzbuch verpflichtet, Diagnosen nach ICD-10 zu verschlüsseln.

Die Ursprünge gehen auf eine Todesursachenliste aus den 1850er Jahren zurück. Seit 1948 übernimmt die WHO die internationale Abstimmung. In der Bundesrepublik Deutschland wurde 1986 erstmals die ICD-9 zur Diagnosenverschlüsselung in Krankenhäusern verpflichtend eingesetzt. Eine deutschlandspezifische, von der WHO-Version abweichende Version (ICD-10-SGB-V) wird seit 2000 verwendet. Ab 2004 ist eine deutsche Fassung, die so genannte German Modification (GM), im Einsatz. Selbst die DDR hielt sich ab 1952 an die Klassifikation.

Für Psychologen, Psychiater und Nervenärzte ist relevant Kapitel V mit den psychischen und Verhaltensstörungen, welche die Notationen „F00–F99“ tragen.

Die F-Liste der psychischen und Verhaltensstörungen nach ICD-10 können z.B. in Wikipedia nachgeschlagen werden. Hier nur die Grobeinteilung:

Tabelle 27: Die F-Diagnosen in der ICD

- F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

- F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F30-F39 Affektive Störungen
- F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F70-F79 Intelligenzminderung
- F80-F89 Entwicklungsstörungen
- F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

In Deutschland wird die ICD-10 im ambulanten Bereich durch einen angefügten Buchstabencode erweitert:

- A = Ausschluss einer solchen Erkrankung
- V = Verdacht auf
- G = gesicherte Diagnose
- Z = symptomloser Endzustand nach Überstehen einer Erkrankung
- R = rechts
- L = links
- B = beidseits

Psychische und psychiatrische Diagnosen können zusätzlich mit Faktoren kodiert werden, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00–Z99 in Kapitel XXI).

13.2 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)

Die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ wurde von deutschen Psychiatern entwickelt, die unzufrieden waren mit der lediglich deskriptiven (phänomenologischen) ICD. Sie versuchen eine inhaltliche psychodynamische Diagnostik, in welche auch die ICD-10 sowie weitere Diagnoseinstrumente mit einfließen. Gül-

tig ist aktuell die zweite Version der OPD (OPD-2). Mittlerweile gibt es auch eine OPD für Kinder.

Die Gutachter hätten zunehmend Interesse an der OPD und würden sich mit ihr vertraut machen (Arbeitskreis OPD, S. 364). Die Vermittlung der OPD ist somit aus der Psychotherapeutenausbildung nicht mehr wegzudenken.

Einige Kliniken gehen inzwischen nach OPD-2 vor. Ferner können und werden in die Diagnose OPD-Versatzstücke eingebaut, beispielsweise die Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus (Global Assessment of Functioning GAF) (siehe weiter unten). Die neue Version OPD-2 wurde also von einem rein diagnostischen Instrument zu einem Instrument für die Therapieplanung und die Veränderungs-messung weiterentwickelt. Dazu gehören die Bestimmung von Therapieschwerpunkten und der Entwurf darauf abgestimmter Behandlungsstrategien.

Die OPD erfasst

- die Symptomatik,
- die aktuelle Lebenssituation,
- die Beziehungserfahrungen des Patienten,
- die aktuellen Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle,
- die Exploration der Erwartungen, Befürchtungen und Wünsche des Patienten,
- die biografische Anamnese (Herkunftsfamilie, eigene Familie, Arbeits- und Berufswelt),
- eine erste Einordnung und Bewertung der Symptomatik und
- die Prognose (von OPD „Probedeutungen“ genannt).

(Zum OPD-Erstgespräch gehört auch die Information über die Behandlungsvoraussetzungen, was meines Erachtens nicht mehr direkt zur Diagnostik zu zählen ist.)

Nach einem zwei- bis dreistündigen Erstgespräch könne der Kliniker (oder der Forscher) die Psychodynamik des Patienten auf diesen Achsen einschätzen und in die Evaluationsbögen eintragen.

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik hat die Form eines multiaxialen Systems. Die OPD basiert auf fünf Bereichen („Achsen“).

Tabelle 28: Die fünf OPD-Achsen

- Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen (I),
- Beziehung (II),
- Konflikt (III),
- Struktur (IV) sowie
- psychische und psychosomatische Störungen nach dem Kapitel V (F) der ICD-10.

Die OPD muss in Seminaren (insgesamt 60 Stunden) gelernt werden. Es ist nicht möglich, allein aus dem OPD-2-Buch heraus eine Diagnose zu stellen. Unklar muss deshalb einstweilen bleiben, wie der umfangreiche Fragenkatalog (Umfang 26 Seiten!) in den OPD-2-Erhebungsbogen (Umfang 9 Seiten, siehe Arbeitskreis OPD S. 468 ff.) übertragen wird.

Psychotherapeuten behelfen sich, indem sie Teile aus der OPD für ihre Berichte verwenden (Arbeitskreis OPD, S. 363). Häufig werden OPD-Konflikte erwähnt (meist der Autonomie/Individuation-Abhängigkeitskonflikt). Das hat etwas Schematisches und Beliebigen an sich, ohne inhaltlich plausibel ausgeführt zu sein. Ähnlich häufig wird das Strukturniveau im Sinne der OPD benannt, meist im Zusammenhang mit der Einschätzung der Störungsschwere. In Fortführungsanträgen findet die Struktur-Diagnose Erwähnung, um Fortschritte in der Stabilisierung zu benennen.

Die OPD scheint insgesamt ein ziemlich umständliches Instrument zu sein, dessen Anwendung viel Zeit verschlingt, aber es ist fraglich, ob sie bessere Ergebnisse bringt als andere eingesetzte Routinen der Behandler. Die einzelnen Bereiche bestehen aus einer Fülle von Variablen, die alle exploriert werden sollen.

Tipp: Weitere Informationen zur OPD finden Sie unter www.opd-online.net/.

Hinweis: Einen vierseitigen Überblick über das OPD-2-Buch einschließlich einer Beschreibung der fünf „Achsen“ finden Sie im Internet unter <http://geraldmackenthun.de/berichte-schreiben/>

13.2.1 GAF (Global Assessment of Functioning)

GAF ist eine Einschätzungsskala für das allgemeine Funktionsniveau einer Person. Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen werden dabei auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht. Die Skala findet auch Verwendung in OPD-2. Somit arbeitet der Arbeitskreis OPD nicht nur mit dem Strukturniveau, sondern zusätzlich (und verdoppelnd) mit dem „Funktionsniveau“ eines Patienten, meint wohl aber fast dasselbe. Der Arbeitskreis hat folgende Übersicht erarbeitet, wobei sie die amerikanische GAF-Skala ins Deutsche übersetzte:

Tabelle 29: Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus

- 100-91 Punkte: Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; wird von anderen wegen einer Vielzahl positiver Qualitäten geschätzt; keine Symptome.
- 90-81 Punkte: Keine oder nur minimale Symptome (z. B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im Allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z. B. nur gelegentlich Streit mit einem Familienmitglied).
- 80-71 Punkte: Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z. B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).
- 70-61 Punkte: Einige leichte Symptome (z. B. depressive Stimmungen oder leichte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit; hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
- 60-51 Punkte: Mäßig ausgeprägte Symptome (z. B. Affektverflachung, weit-schweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungs-

fähigkeit (z. B. wenig Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).

- 50-41 Punkte: Ernste Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde; Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).
- 40-31 Punkte: Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmungen (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).
- 30-21 Punkte: Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögen (z. B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken) ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
- 20-11 Punkte: Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuch ohne eindeutige Todesabsicht; häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
- 10-1 Punkte: Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z.B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten, ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.
- 0 Unzureichende Information.

Quelle: Arbeitskreis OPD (2006), S. 479f.

13.2.2 Vergleich ICD und OPD

Beide Ansätze haben meiner Meinung nach ihre Daseinsberechtigung und verfügen über ihre spezifischen Einsatzgebiete. Während die ICD-10 medizinisch orientiert ist und eine wesentlich einfachere Klassifizierung und Diagnose aufweist, erhebt die OPD mit ihrem psychodynamischen Ansatz über die Symptomatik hinaus die ätiologisch relevante individuelle Biographie und Persönlichkeit des Patienten. In der Komplexität liegt jedoch ein Nachteil des OPD, da durch seinen Zeitaufwand die Wirtschaftlichkeit auf der Strecke bleibt und die Informationen für eine praktische Anwendung zu umfassend sind. Der Diagnostiker sollte in der Lage sein, zwischen beiden Modellen zu unterscheiden und ihre Vor- und Nachteile abzuwägen und sie situationsgerecht zu verwenden. ICD-10 ist im klinischen Kontext vorgeschrieben, weil für die Abrechnung mit Krankenkassen relevant, während die OPD in psychotherapeutischer Praxisumgebung in Hinblick auf die psychodynamische Therapie einen guten Zweck erfüllt.

13.3 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

DSM ist ein Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (Amerikanische Psychiatrische Vereinigung), die es erstmals 1952 in den USA herausgegeben hat. Seither erscheinen auch Ausgaben in anderen Ländern: Beispielsweise gibt es seit 1996 eine deutsche Ausgabe des DSM-IV. Aktuell liegt die vierte Auflage (DSM-IV) vor, die 1994 veröffentlicht wurde und im Jahr 2000 eine Textrevision (DSM-IV-TR) erfuhr. Das DSM-IV ist ein Ersatz und/oder eine Ergänzung für die jeweiligen Passagen im ICD-10. DSM-IV berücksichtigt im Gegensatz zur ICD-10 geschlechtsspezifische Unterschiede.

Das DSM, zur Zeit in der vierten Version erhältlich (DSM-IV-TR, 2000), systematisiert psychiatrische Diagnosen seit der dritten Version (DSM-III, 1980) in fünf Bereichen („Achsen“). Zu einer Diagnose gehört die Angabe des Zustandes auf jeder dieser fünf Achsen:

Tabelle 30 Die fünf DSM-Achsen

- Achse I: Klinische Störungen und andere klinisch relevante Probleme. Hauptsächlich Zustandsstörungen, schwere mentale Fehlstörung und Lernunfähigkeiten (Beispiele: Schizophrenie, Angststörungen, Störungen der Impulskontrolle, Essstörungen).
- Achse II: Persönlichkeitsstörungen (Beispiele: Borderline-Persönlichkeitsstörung, schizoide oder paranoide Persönlichkeitsstörungen, Antisoziale Persönlichkeitsstörung) und geistige Behinderungen.
- Achse III: Medizinische Krankheitsfaktoren. Diese Achse umfasst körperliche Probleme, die bedeutsam für die psychische Störung sein können.
- Achse IV: Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme (Beispiele: Wohnungsprobleme, Berufliche Probleme, Probleme im sozialen Umfeld)
- Achse V: Globale Beurteilung des Funktionsniveaus anhand der GAF-Skala.

Auffallend ist, dass das DSM kein Konfliktmodell kennt und zudem sehr psychiatrieorientiert ist.

Achtung: Die fünf Achsen der OPD sind anders aufgebaut als die des DSM.

Wittchen/Hoyer (2011, S. 10) schreiben zum Sinn des multiaxialen Diagnosesystems DSM:

Was heißt multiaxiale Betrachtung konkret? Es macht einen Unterschied, ob ein Patient mit Agoraphobie (Achse I, klinische Störungen) außerdem eine Persönlichkeitsstörung aufweist oder nicht (Achse II, Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderung) und ob er unter körperlichen Erkrankungen leidet oder nicht, unabhängig davon, ob die Krankheit im direkten nicht (Achse III, medizinische Krankheitsfaktoren). Für die Einordnung und Beurteilung der Störung ist außerdem wichtig, die Probleme mit der Hauptbezugsgruppe, dem sozialen Umfeld, Beruf, Wohnung, Finanzen etc. zu berücksichtigen (Achse IV, psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme) und das allgemeine Funktionsniveau (das mehr oder weniger eingeschränkt sein kann; Achse V, globales Funktionsniveau) zu erfassen.

Alle diese Punkte („Achsen“) sind relevant. Ein guter Behandler berücksichtigt sie ohnehin. Warum dann aber in sog. Achsen einordnen? „Achse“ klingt auch reichlich mechanisch. Warum nicht von „Themenbereichen“ sprechen?

13.3.1 Vergleich ICD und DSM

DSM-IV wurde in mehr als 20 Sprachen übersetzt, ICD-10 in mehr als 40. DSM war bisher in den USA einflussreicher, aber wie es sich mit einem Vergleich von DSM-V und ICD-11 (letzte erwartet für 2016) verhält, wird man abwarten müssen. Das DSM wird häufiger in der Forschung benutzt; das ICD ist praktischer in der klinischen Anwendung und für die Entwicklungsländer. Die weite Verbreitung der diagnostischen Handbücher über die Erde zeigt eine gewisse Homogenität des Menschen. Die Kultur spielt natürlich eine Rolle, aber die beeinflusst lediglich die Oberfläche der Krankheitsbilder. Bei der Diagnostizierung und Behandlung ist Sensibilität für die kulturellen Unterschiede unverzichtbar. Die reinen Diagnosen nach DSM und ICD suchen den gemeinsamen Nenner bei allen von einer bestimmten psychischen Störung Betroffenen und müssen daher alles Individuelle und Abweichende ausblenden. Die Faktoren der spezifischen Persönlichkeit und des Umfeldes oder etwa die Frage, ob die depressiven Symptome eine verständliche Reaktion auf einen Verlust oder eine schreckliche Lebenslage sind oder auf einem psychologischen Konflikt beruhen, können nur im individuellen Gespräch eruiert werden. ICD, DSM, OPD und GAF entbinden nicht davon, im Bericht die Individualität und Besonderheit des Patienten herauszuarbeiten.