

INNOVATION DER ICD-11: EIN ÜBERBLICK

LARS P. HÖLZEL^{1,2}, UTA FRÖHLICH¹, HANNAH WEBER¹ & KLAUS LIEB¹

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz

² Oberberg-Gruppe, Berlin

ZUSAMMENFASSUNG: Nach über 30 Jahren wurde die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme in ihrer 11. Revision grundlegend überarbeitet. Mit dem Kapitel „06 Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuromentale Entwicklungsstörungen“ führt dies zu grundlegenden Änderungen in der Diagnostik und teilweise auch in der Behandlung psychischer Störungen. Orientiert an aktuellen Forschungsergebnissen wurden neue Kategorien geschaffen, bestehende Kategorien gestrichen oder in andere Oberkategorien eingeordnet. Eine differenziertere Diagnostik der Störungen wird ermöglicht. Durch einen stärkeren Fokus auf dimensionale Diagnostik ergeben sich insbesondere im Bereich der Persönlichkeitsstörungen deutliche Änderungen. Mit Einführung einer Online-Version, kulturspezifischen Hinweisen und der Anschlussfähigkeit an DSM-5 und ICD-10 soll die Anwendbarkeit weltweit erhöht sowie flexible Anpassungen und Forschungen erleichtert werden.

SCHLÜSSELWÖRTER: ICD-11, Diagnostik, Klassifikation, Psychische Störungen, Verhaltensstörungen

ICD-11 INNOVATION: AN OVERVIEW

SUMMARY: After more than 30 years, the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems has been fundamentally revised in its 11th revision. With the chapter ‘06 Mental disorders, behavioral disorders or neurodevelopmental disorders’, this leads to fundamental changes in the diagnosis and, in some cases, treatment of mental disorders. Based on current research findings, new categories have been created and existing categories have been deleted or assigned to other superordinate categories. A more differentiated diagnosis of the disorders is made possible. A stronger focus on dimensional diagnostics has resulted in significant changes, particularly in the area of personality disorders. The introduction of an online version, culture-specific references and the ability to connect to DSM-5 and ICD-10 should increase applicability worldwide and facilitate flexible adaptations and research.

KEYWORDS: ICD-11, diagnostics, classification, mental disorders, behavioral disorders

1 EINFÜHRUNG

Die Ursprünge der ICD, der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, gehen einige hundert Jahre zurück: Was heute als Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO) weltweit anerkannt ist, war zunächst eine Statistik von Todesfällen. Die Wurzeln der ICD reichen bis ins England des 16. Jahrhunderts zurück, wo 1593 das erste systematische Verzeichnis von Taufen und Beerdigungen in England dokumentiert ist (für einen Überblick s. BfArM, o.D.; WHO, 2021). Dieses System wurde in Form der London Bills of Mortality bis 1837 fortgesetzt. Hier wurden vornehmlich die Todesfälle durch die Pest dokumentiert. Im Jahr 1837 wurde das Führen dieser Statistik durch das Statistische Amt für England und Wales übernommen, zwei Jahre später auf internationales Niveau gehoben und als International List of Causes of Death (ICD-1) fortgesetzt. Die Abkürzung ICD stand damals also für eine reine Todesfallstatistik, was auch über die nächsten Jahrzehnte der Fall war, bis im Jahr 1948 im Rahmen der sechsten Überarbeitung die Leitung an die neu gegründete WHO übertragen wurde. Ab diesem Zeitpunkt steht ICD für International Statistical Classification of Diseases, der Fokus wurde also auf Krankheiten ausgeweitet, und es wurden nun auch erstmals psychische Erkrankungen in der ICD im Kapitel „Geistige und Psychoneurotische Störungen sowie Persönlichkeitsanomalien“ aufgeführt. Ein weiterer wichtiger Wendepunkt stellt das Jahr 1990 dar, in welchem die zehnte Überarbeitung der ICD (ICD-10) verabschiedet und der Name zu „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ geändert wurde. Somit wurden Gesundheitsprobleme ergänzend zu Todesursachen und Krank-

heiten aufgenommen. Für die Klassifikation psychischer Erkrankungen stellt die ICD-10 einen bedeutsamen Meilenstein dar, da sie sich primär an der Phänomenologie und nicht länger an der Ätiologie orientierte. Während bei der ICD-9 noch große Probleme hinsichtlich der Übereinstimmung zwischen Diagnostizierenden vorlagen und bei gleichen Fallvignetten sehr unterschiedliche Diagnosen gestellt wurden sowie die diagnostischen Kategorien durch die unscharfen Konzepte „neurotisch“ und „endogen“ geprägt waren (Dingemans, 1990), kam es in der ICD-10 zu einer Entwicklung von operationalisierten Diagnosekriterien. Auf dieser Grundlage wurden auch strukturierte bzw. standardisierte diagnostische Instrumente entwickelt.

2 ÜBERARBEITUNGSZIELE UND VERÄNDERUNGEN IN DER ICD-11

Nachdem die ICD-10 mit wenigen Überarbeitungen rund 30 Jahre sehr erfolgreich eingesetzt wurde, zeigte sich mit der Zeit ein Bedarf an

- 1) einer detaillierteren Verschlüsselung,
- 2) der Umsetzung der Diagnostik in einer elektronischen Infrastruktur und
- 3) einer Steigerung der Nutzerfreundlichkeit (Husemann, Wiegand & Hölzel, 2024).

Dabei waren die Aktualisierungsmöglichkeiten in der existierenden Struktur begrenzt. Zudem war eine kontinuierliche Weiterentwicklung der ICD in Form eines „Living Documents“ gewünscht.

Ein weiteres Ziel bei der Überarbeitung ergab sich aus dem Auftrag der WHO, eine solide Basis von Krankheitsdaten zu schaffen, um auf dieser Grundlage politische Entscheidungen zu ermöglichen. Eine solide Datenbasis setzt

allerdings voraus, dass die ICD weltweit in der Versorgung angewendet wird. Die weltweite Versorgung erfolgt überwiegend durch nicht spezialisierte Angehörige des Gesundheitssystems – etwa Gemeindepflegekräfte oder AllgemeinmedizinerInnen –, während Fachkräfte für psychische Gesundheit nur selten beteiligt sind. Zudem wird die Anwendung teilweise durch kulturelle Unterschiede beeinflusst. Ziel der Überarbeitung war es, neben der wissenschaftlichen Validität auch die weltweite Anwendung in der Routine zu verbessern. Hierbei spielt auch die klinische Nützlichkeit eine wichtige Rolle (Reed, 2010). Um dies zu erreichen wurden folgende Grundsätze verfolgt: Künstlich festgelegte Cut-Offs, Symptomzählungen oder Zeitkriterien sollten vermieden werden, es sei denn, es lagen gute inhaltliche Argumente für das Beibehalten dieser vor (Reed et al., 2019). Bei der Diagnostik wurden die zentralen Störungsmerkmale stärker in den Fokus gerückt, wodurch dem klinischen Urteil eine größere Bedeutung zukommt als in der ICD-10. Die Reliabilität der ICD-11 sollte aber mit einem kriterienbasierten Ansatz vergleichbar bleiben; erste empirische Befunde deuten darauf hin, dass dieses Ziel weitgehend erreicht wurde (Reed et al., 2018). Für eine Verbesserung der weltweiten Akzeptanz und Anwendbarkeit wurden außerdem kulturelle Variationen in der Beschreibung berücksichtigt (vgl. Abschnitt *Spezifisch Belastungs-assoziierte Störungen [6B4x]*).

Ein weiteres wichtiges Ziel bestand in der Kontinuität der ICD-11 zur ICD-10 und ihren Vorgängerversionen, um Entwicklungen (zum Beispiel in den Prävalenzzahlen) auswerten zu können. Ebenfalls wurde eine Anschlussfähigkeit an das amerikanische Diagnosesystem, das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), angestrebt, da dieses häufig im Forschungskontext verwen-

det wird und eine Kontinuität der beiden Systeme eine Anwendung in der Routine ermöglicht und damit den Transfer vereinfacht. Die ICD-11 sollte also nur in begründeten Ausnahmen vom DSM abweichen. Auch dem aktuellen Stand des Faches sollte Rechnung getragen werden, nach welchem viele Störungen besser dimensional beschrieben werden können und deshalb die dimensionale Sichtweise auf psychische Phänomene gestärkt werden sollte. Prototypisch hierfür ist in der ICD-11 das Kapitel der Persönlichkeitsstörungen. Eine wesentliche Innovation der ICD-11 besteht zudem in dem neuen Format. Während die ICD-10 primär als Buch konzipiert wurde, wird die ICD-11 primär als digitales System gedacht und ihre Publikation erfolgt entsprechend als Online-Version. Durch dieses neue Format ist nun eine kontinuierliche Diskussion und Überarbeitung der ICD möglich (Sartorius, 2010), außerdem gibt es auf der Internetseite eine Suchfunktion. Innerhalb einer Kategorie besteht die Möglichkeit, Unterkategorien, die eine hohe symptomatische Übereinstimmung aufweisen, aber primär einer anderen Kategorie zugeordnet sind, als sogenannte „Cross-links“ aufzuführen, die in der Onlineversion ausgegraut dargestellt werden. Auch beim Erstellen des korrekten Codes kann man sich technisch unterstützen lassen. Insgesamt bietet die ICD-11 ein sehr viel differenzierteres System mit vielen neuen Codier-Möglichkeiten.

Es gibt mehrere Versionen der ICD-11. Die „Mortality and Morbidity Statistics (MMS)“-Version beinhaltet eine Kurzbeschreibung aller Störungen, ist aber auf statistische Zwecke ausgerichtet und kann nur eingeschränkt für klinische Diagnosen verwendet werden. Die englische Version ist unter www.icd.who.int/en abrufbar. Eine vorläufige deutsche Übersetzung findet sich unter www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/

ICD-11/uebersetzung/_node.html. Für die klinischen Anwendungen gibt es eine deutlich umfangreichere Beschreibung, die Clinical Descriptions and Diagnostik Requirements (CDDR; 852 Druckseiten), mit zusätzlichen Informationen, wie zum Beispiel Abgrenzungen zu Normvarianten, Differenzialdiagnosen, kulturellen- und Gendereinflüssen. Bislang liegt sie ausschließlich auf Englisch vor und ist unter <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263> abrufbar (Stand Juni 2025).

Bei der Überarbeitung der ICD-10 wurden die diagnostischen Kategorien deutlich erweitert. Wies das Kapitel F der ICD-10 noch zehn Unterkategorien (F0-F9) auf, so sind es im entsprechenden Kapitel 06 der ICD-11 insgesamt 21 Unterkategorien, die dem Kapitel primär zugeordnet sind. Hinzu kommen drei weitere Kategorien (Cross-Links), die für das Kapitel relevant sind, primär aber anderen Kapiteln zugeordnet wurden: die *Schlaf-Wach-Störungen*, *sexuelle Dysfunktion* und *Geschlechtsinkongruenz*. Die Überarbeitung wurde also genutzt, um das System stärker zu differenzieren. Insbesondere das Kapitel F4 *Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen* war in der ICD-10 sehr heterogen angelegt, konnte aber in der Struktur der ICD-10 nicht weiter unterteilt werden. Dieses Problem wurde durch die neue Struktur der ICD-11 behoben und die zugehörigen Störungsbilder auf mehrere homogener zusammengesetzte Unterkategorien verteilt. Eine weitere wichtige Änderung besteht in der Aufhebung der Unterscheidung von „organischen“ und „nicht organischen“ Störungen. Die entsprechenden Störungen wurden in eigene Kapitel ausgelagert. So vereint das Kapitel 07 *Schlaf-Wach-Störungen* Störungen, die in der ICD-10 noch in „organisch“ und „nicht organisch“ unterteilt wurden. Auch das Kapitel 17 *Zustände mit Bezug*

zur sexuellen Gesundheit vereint vormals als „organisch“ und „nicht organisch“ unterschiedene Störungsbilder. Eine weitere wichtige Veränderung stellen die Neuerungen im Zusammenhang mit der Entwicklungsperspektive der ICD-11 dar. Diese Perspektive zieht sich durch das gesamte Kapitel 06, wobei sich die Anordnung der Kapitel grob am Auftreten über die Lebensspanne hinweg orientiert. So beginnt das Kapitel 06 in der ICD-11 mit den *Neuromentalen Entwicklungsstörungen*. Die *Neurokognitiven Störungen*, die in der ICD-10 noch am Anfang standen (F0), sind in der ICD-11 ans Ende gerückt. Des Weiteren geht die ICD-11 davon aus, dass psychische Störungen über die gesamte Lebensspanne auftreten und je nach Alter unterschiedlich ausgestaltet sein können (Reed et al., 2019). Dementsprechend wurde das Kapitel *Störungen des Kindes- und Jugendalters* der ICD-10 aufgelöst und dessen Störungsbilder denjenigen Kategorien der ICD-11 zugeordnet, bei welchen die höchste Übereinstimmung hinsichtlich der Symptomatik besteht. Mit den CDDR wurde außerdem ein Manual erarbeitet, welches AnwenderInnen bei der korrekten Diagnostik unterstützen soll und hierzu auch Informationen zur Ausgestaltung der Symptomatik in verschiedenen Lebensphasen enthält.

In der ICD-11 haben sich viele Kategorien grundlegend verändert. Eine Darstellung aller Änderungen ist im Rahmen dieses Artikels nicht möglich und kann nur ausschnittsweise erfolgen (siehe Tabelle 1; für eine umfassende Darstellung vgl. Hölzel & Berger, 2025; beispielhafte Veränderungen in den weiteren Beiträgen dieses Heftes).

Tabelle 1: Übersicht über die wichtigsten Innovationen der ICD-11

Kapitel	Wichtigste Innovationen
Neuromentale Entwicklungsstörungen	• Neue diagnostische Oberkategorie, die Besonderheiten der motorischen, kognitiven, sprachlichen, emotionalen, kommunikativen Entwicklung sowie der Lernentwicklung umfasst
Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen	• Schizophrenie-Subtypen entfallen • Spezifizierung durch Symptomindikatoren wird obligatorisch • Subtypen der akuten vorübergehenden psychotischen Störungen werden aufgelöst • Katatonie wird separat in einem eigenständigen Kapitel kodiert
Katatonie	• Eigenständige Kategorie in ICD-11, die in direkter Verbindung mit einer Vielzahl an Erkrankungen diagnostiziert werden kann
Affektive Störungen	• Zusatzkodierung „mit psychotischen Symptomen“ auch bei mittelgradig depressiver Symptomatik • Neue Zusatzkodierung „teilremittiert“ • Vergabe von „Qualifiern“ bei Depressiven und Manischen Episoden (z. B. begleitende Angstsymptome, chronischer Verlauf, saisonales Muster) • Auflösung der Kategorie Anhaltende affektive Störung (F34) • Neue Kategorien: <i>Bipolare Störung Typ II</i> (6A61), <i>Prämenstruelle dysphorische Störung</i> (GA34.41) • <i>Gemischte depressive Störung und Angststörung</i> (6A73) wurde von den Neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) ins Kapitel der Affektiven Störungen verschoben
Angst- oder furchtbezogene Störungen	• Integration der kinderspezifischen Kategorien (<i>Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters</i> [F93.0] und <i>Elektiver Mutismus</i> [F94.0]) • Modifikation der Kriterien von <i>Generalisierter Angststörung</i> (6B00), <i>Agoraphobie</i> (6B02) und <i>Spezifischer Phobie</i> (6B03) • Panikattacken können als Schweremerkmal bei anderen Angststörungen codiert werden
Zwangsstörungen oder verwandte Störungen	• Umfasst Störungen mit repetitiven, sich aufdrängenden Gedanken und Verhaltensweisen • Die Zwangsspektrumsstörungen <i>Olfaktorische Referenzstörung</i> (6B22), <i>Pathologisches Horten</i> (6B24) und <i>Exkoriationsstörung</i> (6B25.1) werden neu eingeführt • Die <i>Hypochondrische Störung</i> (F45.2) wird unter der Bezeichnung <i>Krankheitsangststörung</i> (6B23) den Zwangsspektrumsstörungen zugeordnet • Unterscheidung in vorwiegend <i>Zwangsgedanken</i> (F42.0), vorwiegend <i>Zwangshandlungen</i> (F42.1) und <i>Zwangsgedanken und -handlungen gemischt</i> (F42.2) entfällt • Diagnosekriterium der Ich-Dystonie entfällt
Spezifisch Belastungs-assoziierte Störungen	• Neue Diagnose der <i>komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung</i> (6B41) und der <i>Anhaltenden Trauerstörung</i> (6B42) • <i>Akute Belastungsreaktion</i> (F43.0) verliert den Status einer Störung • <i>Anpassungsstörung</i> (6B43) wird klarer definiert • Zwei Störungen aus dem Kindesalter werden der Kategorie zugeordnet: – <i>Reaktive Bindungsstörung</i> (6B44) – <i>Störung der sozialen Bindung mit enthemmtem Verhalten</i> (6B45)
Dissoziative Störungen	• <i>Dissoziative Fugue</i> (F44.1) wurde in <i>Dissoziative Amnesie</i> (6B61) integriert • Unterscheidung von <i>Dissoziativer Amnesie mit bzw. ohne Dissoziative Fugue</i> (6B61.0/6B61.1) • Verschiebung des <i>Depersonalisations-Derealisationssyndroms</i> (F48.1) zu <i>Dissoziative Störungen</i> • <i>Konversionsstörung</i> → <i>Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen</i> (6B60) • <i>Dissoziative Krampfanfälle</i> (F44.5) → <i>Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen: nichtepileptischer Anfall</i> (6B60.4)

(Forts. nächste Seite)

(Forts. Tabelle 1)

Kapitel	Wichtigste Innovationen
Fütter- oder Essstörungen	• Eigenes Kapitel • Neueinführung der <i>Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme</i> (6B83) und der <i>Binge-Eating-Störung</i> (6B82) • Unterscheidung verschiedener Schweregrade bei der <i>Anorexia nervosa</i> (6B80) (signifikant, kritisch, in Remission)
Ausscheidungsstörungen	• Kategorie enthält ein eigenes Kapitel • Keine wegweisenden Neuerungen
Somatische Belastungsstörung oder Störungen der Körpererfahrung	• Zusammenfassung der <i>Somatoformen Störungen</i> (F45) zu einem Kapitel • Dimensionale Erfassung des Schweregrades • Verschiebung der <i>Hypochondrischen Störung</i> (F45.2) zu den <i>Zwangsstörungen oder verwandte Störungen</i> (6B2x) • Verzicht auf Unterscheidung zwischen medizinisch erklärlichen bzw. unerklärlichen körperlichen Beschwerden • <i>Körperintegritätsdysphorie (BIID)</i> (6C21) neu eingeführt
Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltenssuchte	• Neue Kategorien <i>Störungen aufgrund von Verhaltenssuchten</i> mit <i>Glücksspielerkrankung</i> (6C50) und <i>Computerspielerkrankung</i> (6C51) und als Unterkategorien <i>Schädliches Verhaltensmuster bei Gebrauch von [...]</i>
Störungen der Impulskontrolle	• <i>Trichotillomanie</i> (F63.3) wird den <i>Zwangsstörungen oder verwandten Störungen</i> zugeordnet (6B2x) • <i>Pathologisches Spielen</i> (F63.0) wird der neuen Kategorie der <i>Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltenssuchte</i> zugeordnet (6C4x/6C5x)
Disruptives Verhalten oder dissoziale Störungen	• Überführung der <i>Störungen des Sozialverhaltens</i> (F91) in das neue Kapitel <i>Disruptives Verhalten oder dissoziale Störungen</i> (6C9x) • Differenzierung zwischen <i>oppositionellem, aufsässigem</i> (6C90) und <i>dissozialem Verhalten</i> (6C91)
Persönlichkeitsstörungen und zugehörige Persönlichkeitsmerkmale	• Aufgabe des prototypischen Ansatzes zugunsten eines dimensionalen Ansatzes • Einteilung in drei Schweregrade der Funktionsbeeinträchtigung • Möglichkeit der Codierung von bis zu fünf Persönlichkeitsmerkmalen • Möglichkeit der Codierung von Persönlichkeitsproblemen • Veränderung des Zeitkriteriums • Beibehaltung der Möglichkeit, ergänzend ein <i>Borderline-Muster</i> (6D11.5) zu kodieren
Paraphile Störungen	• Umfasst nur noch solche Erregungsmuster, die auch Risiken für Leib und Leben darstellen oder nicht einvernehmliche Handlungen mit anderen beinhalten
Artifizielle Störungen	• Entstigmatisierung durch Entfernen der Begriffe <i>Münchhausen-Syndrom</i> und <i>Münchhausen by proxy</i> • Unterscheidung in <i>Artifizielle Störung, selbstbezogen</i> (6D50), und <i>Artifizielle Störung, auf andere gerichtet</i> (6D51)
Neurokognitive Störungen	• Umfasst <i>Delir</i> (6D70), <i>leichte neurokognitive Störung</i> (6D71), <i>Amnestische Störung</i> (6D72) und <i>Demenz</i> (6D8x)
Psychische Störungen oder Verhaltensstörungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett	• Psychische Störungen oder Verhaltensstörungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett werden in einer Kategorie zusammengefasst
Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren, die andernorts klassifizierte Störungen oder Erkrankungen beeinflussen (6E40)	• Differenziertere und umfassendere Charakterisierung • Negative Beeinflussung der körperlichen Erkrankung durch: – Psychische Störungen – Psychologische Symptome – Persönlichkeitsmerkmale – Maladaptives Gesundheitsverhalten – Belastungsbezogene physiologische Reaktionen

(Forts. nächste Seite)

(Forts. Tabelle 1)

Kapitel	Wichtigste Innovationen
Sekundäre psychische oder Verhaltenssyndrome bei anderenorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen	• Neue Kategorie aus den Kapiteln <i>Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns</i> oder einer körperlichen Erkrankung (F06) und <i>Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen aufgrund einer Erkrankung, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns</i> (F07) der ICD-10
Schlaf-Wach-Störungen	• In dem neuen Kapitel wurden sowohl organische wie auch nichtorganische Schlafstörungen zusammengefasst
Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit	• In dem neuen Kapitel wurden sowohl organische wie auch nicht-organische sexuelle Störungen zusammengefasst

Basierend auf Hölzel (2024) und mit freundlicher Genehmigung des Springer-Verlages.

3 OBERKATEGORIEN IM DETAIL

Es folgen beispielhaft bedeutsame Neuerungen und Modifikationen der revidierten ICD-11-Kategorien.

3.1 NEUROMENTALE ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN (6A0x)

Die Oberkategorie *Neuromentale Entwicklungsstörungen* ist eine Neuerung der ICD-11. In dieser Kategorie werden Entwicklungsstörungen zusammengefasst, die in der ICD-10 den Kapiteln F7 *Intelligenzminderung*, F8 *Entwicklungsstörungen* und F9 *Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* zugeordnet waren. In diesem Kapitel werden Abweichungen in der motorischen, kognitiven, sprachlichen, emotionalen, kommunikativen Entwicklung sowie der Lernentwicklung zusammengefasst. Von besonderer klinischer Relevanz erscheinen hier die Veränderungen in den Bereichen *Autismus-Spektrum-Störung* (ASS) und *Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung* (ADHS). Bei der ASS wurde u. a. die Bezeichnung der Kategorie verändert, welche die dimensionale Konzeption der ASS als übergehend zwischen verschiedenen Erscheinungsformen impliziert. Dementsprechend wurde in der ICD-11 die Unterscheidung

in verschiedene Subtypen (den frühkindlichen Autismus, den Atypischen Autismus und das Asperger-Syndrom) aufgegeben. Die Besonderheiten der sozialen Kognition und Kommunikation werden zum ersten Hauptkriterium zusammengefasst; anhaltende, unflexible und sich wiederholende Wahrnehmungs-, Interessen- und Aktivitätsmuster bilden das zweite Hauptkriterium. Erstmalig werden auch sensorische Hypo- oder Hypersensibilitäten in der Diagnostik berücksichtigt. Statt einer Unterscheidung verschiedener diagnostischer Subkategorien (s. o.) werden das Vorliegen oder Fehlen einer Störung der Intelligenzentwicklung und das Vorliegen oder Fehlen einer Beeinträchtigung der funktionellen Sprache mit kodiert. Nach ICD-11 können ADHS und ASS gemeinsam diagnostiziert werden. Erstmalig wird das Konzept der Kompensationsleistungen offiziell eingeführt, da es einigen Menschen mit ASS mit großer Anstrengung gelingt, ihre Symptome zu kompensieren. Diese Anstrengung kann sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken. Die Schwierigkeit bei der Abgrenzung zu subsyndromalen Varianten wird hervorgehoben.

Bezüglich des ADHS ist die Zuordnung zu den *Neuromentalen Entwicklungsstörungen* und nicht länger zu den *Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend* neu. Auch die Begrifflichkeit ändert sich von Hyperkinetische Störungen

zu *Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung*. Durch die Berücksichtigung der unterschiedlichen Manifestation der Symptomatik in verschiedenen Altersgruppen wird die Diagnostizierbarkeit im Erwachsenenalter verbessert. Das Alterskriterium wird angehoben und fordert Hinweise auf das Vorliegen von Unaufmerksamkeit und/oder hyperaktiv-impulsiven Symptomen vor dem zwölften Lebensjahr, wobei auch dieses Kriterium durch den Zusatz aufgeweicht wird, dass auch die Möglichkeit einer erst späteren vollständigen Manifestation der Symptomatik besteht.

3.2

SCHIZOPHRENIE ODER ANDERE PRIMÄRE PSYCHOTISCHE STÖRUNGEN (6A2x)

Die wohl wichtigste Änderung dieser Kategorie stellt die Aufhebung aller Schizophrenie-Unterformen (*paranoid, hebephren* und *kataton*) dar. Diese Entscheidung beruht auf Forschungsergebnissen (Deister et al., 1993), welche zeigen, dass die Unterscheidung in diese Subtypen keine ausreichend gute prognostische Validität besitzt und Wechsel zwischen diesen Kategorien vorkommen. Stattdessen wird eine genaue Beschreibung der vorliegenden Symptomatik vorgenommen. In der ICD-11 kann dementsprechend das Vorliegen von Positiv-Symptomen, Negativ-Symptomen, depressiven Symptomen, manischen Symptomen, psychomotorischen Symptomen und kognitiven Symptomen unterschieden werden. Eine Katatonie kann bei unterschiedlichen Störungen auftreten und wird deshalb nicht länger dem Kapitel *Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen* zugeordnet, sondern stellt nun eine gesonderte Kategorie dar. Die Erstrangsymptome nach Schneider verlieren ihren Vorrang. Bezüglich des Verlaufs wird zwischen

erster Episode und *mehrfachen Episoden* unterschieden. Der Schweregrad (leicht–mittel–schwer) kann zusätzlich über die Verwendung eines Zusatzcodes dokumentiert werden. Die *Schizoaffective Störung* wird ebenfalls überarbeitet. Während die *Schizoaffective Störung* in der ICD-10 zwischen den Kategorien *Schizophrenie* und *Affektive Störungen* steht, erfordert die Diagnose in der ICD-11 das zeitgleiche Erfüllen der Kriterien für Schizophrenie und einer mindestens mittelgradigen depressiven Störung. Die Symptome liegen über einen Zeitraum von vier Wochen gleichzeitig vor, dabei sind sie entweder gleichzeitig oder mit einem Abstand weniger Tage entstanden. Verläufe mit primärer Negativsymptomatik lassen sich in dieser Kategorie nicht mehr abbilden.

3.3

KATATONIE (6A4x)

Die Kategorie *Katatonie* unterscheidet *Katatonie in Verbindung mit anderen psychischen Störungen*, *Katatonie durch Substanzen oder Medikamente* und das *Sekundäre katatone Syndrom* (6E69), welches primär der Kategorie *Sekundäre psychische oder Verhaltenssyndrome bei anderenorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen* zugeordnet ist. In der Kategorie *Katatonie in Verbindung mit anderen psychischen Störungen* soll die assoziierte Störung, wie bspw. *Neuromentale Entwicklungsstörungen* und hier insbesondere die *Autismus-Spektrum-Störungen*, *Schizophrenie* oder *Affektive Störungen*, mit dokumentiert werden.

3.4

AFFEKTIVE STÖRUNGEN (6A6x–6A8x)

Bezüglich der *Bipolaren Störungen* wurde die Abgrenzung einzelner manischer

Phasen von den Bipolaren Störungen aufgegeben. Somit genügt in der ICD-11 das Vorliegen einer einzelnen manischen oder gemischten Phase für die Vergabe der Diagnose *Bipolare Störung*. Die *Bipolar-II-Störung*, die in der ICD-10 nur in Anhang I *Vorläufige Kriterien für ausgewählte Störungen* erwähnt wurde, wird zu einer eigenen Unterkategorie der Kategorie *Bipolare Störungen* der Eltern-Kategorie *Affektive Störungen*. Die Kategorie *Anhaltende affektive Störungen* wird aufgelöst. *Zyklothyme Störungen* werden den *Bipolaren Störungen* und die *Dysthyme Störung* den *Depressiven Störungen* zugeordnet.

Bei den *Depressiven Störungen* werden in der ICD-11 drei Symptomcluster unterschieden: Cluster I umfasst affektive Symptome wie gedrückte Stimmung und mangelndes Interesse an Aktivitäten. Cluster II beinhaltet Kognitive- und Verhaltensstörungen. Darunter fallen Konzentrationsstörungen, verringerte Entscheidungsfähigkeit, verminderter Selbstwert und exzessive oder inadäquate Schuldgefühle, wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidgedanken oder Suizidversuche. Neu hinzugekommen ist die Hoffnungslosigkeit. Schließlich gibt es das Cluster III, welches neurovegetative Störungen wie Veränderungen des Schlafes, deutliche Appetit- oder Gewichtsveränderungen, psychomotorische Agitiertheit oder Gehemmtheit und reduzierte Energie oder Erschöpfung umfasst. Weiterhin müssen fünf von zehn Symptomen für die Diagnose erfüllt sein. Die interessanteste Änderung stellt die Veränderung bzgl. der Hauptsymptome dar: Für das Vorliegen einer Depression muss mindestens ein Symptom aus Cluster I, d. h. entweder gedrückte Stimmung oder mangelndes Interesse an Aktivitäten, vorhanden sein. Die Antriebs- bzw. Energielosigkeit verliert ihre herausgehobene Bedeutung und wird in Cluster III

zu den neurovegetativen Störungen verschoben. Das Symptom der Hoffnungslosigkeit rückt mehr in den Fokus und findet sich nun neu in Cluster II. Zusätzlich kann kodiert werden, ob eine *Ausgeprägte Angstsymptomatik*, *Panikattacken*, *Melancholie* oder ein *Saisonales Muster des Beginns* bestehen sowie ob die Symptomatik *persistiert*. Hierdurch lassen sich klinisch relevante Zusatzinformationen dokumentieren und für Behandlung und Forschung nutzen. In der ICD-11 kann schon ab einer mittelschweren Symptomausprägung das Vorliegen psychotischer Symptome diagnostiziert werden. Neu ist, dass der Schweregrad nicht länger primär über die Anzahl der Symptome definiert wird, sondern dass neben der Symptomatik auch die Funktionseinbußen in wichtigen Bereichen (persönlich, familiär, sozial, ausbildungsbezogen, beruflich) mitberücksichtigt werden.

3.5

ANGST- ODER FURCHTBEZOGENE STÖRUNGEN (6B0X)

Hinsichtlich der *Generalisierten Angststörung* wird als zweites mögliches Hauptkriterium, neben dem Vorliegen allgemeiner Befürchtungen (d. h. „frei schwebende Angst“), die „übermäßige Besorgnis“ konkret benannter Bereiche des alltäglichen Lebens, wie etwa Arbeit, Gesundheit, Finanzen oder Familie, eingeführt. Als zusätzliche Symptome werden explizit Konzentrations- und unterschiedliche Arten von Schlafstörungen genannt. Der Diagnoseausschluss von *spezifischer Phobie*, *Panikstörung*, *Zwangsstörung* oder *hypochondrischer Störung* wird aufgehoben (Shear, 2012).

Eine zentrale Änderung bezüglich der Verbindung von *Agoraphobie* und *Panikstörung* besteht darin, dass die Diagnosen nach ICD-11 künftig unabhängig voneinander gestellt werden können, wobei

auch ein komorbides Auftreten möglich ist.

Bei der *Agoraphobie* wird berücksichtigt, dass neben den vermeidenden Verhaltensaspekten auch das Aufsuchen der agoraphoben Situationen unter gewissen Umständen (z. B. mit einer Begleitperson) oder unter Ertragen intensiver Angst diagnostisch von Bedeutung ist. Zu den agoraphoben Stimuli zählen nun auch Situationen, bei denen ein Entkommen erschwert ist bzw. keine Hilfe zur Verfügung steht.

Auch bei den *spezifischen Phobien* ist die Vermeidung phobischer Situationen oder Objekte nicht zwingend erforderlich – das Ertragen einer Konfrontation unter intensiver Angst oder Furcht ist für die Diagnosestellung ausreichend.

Bei der *Störung mit Trennungsangst* wurde die Einschränkung des Erkrankungsbeginns auf die Kindheit aufgehoben. Während bei Kindern typischerweise die Angst vor einer Trennung von den Eltern vorherrscht, sind es bei Erwachsenen häufig Ängste vor Trennung von der Partnerperson oder den Kindern.

Auch der *selektive Mutismus* wird auf den Erwachsenenbereich ausgeweitet. Zudem wird die Bezeichnung von ehemals *elektiver Mutismus* in *selektiver Mutismus* geändert, da die alte Bezeichnung irrtümlicherweise vermuten ließ, dass die Betroffenen auswählen könnten, in welchen Situationen der Mutismus auftreten würde.

3.6

ZWANGSSTÖRUNG ODER VERWANDTE STÖRUNGEN (6B2X)

Im neu geschaffenen Kapitel *Zwangsstörung oder verwandte Störungen* gibt es umfassende Neuerungen. So enthält das Kapitel mit der *Olfaktorischen Referenzstörung*, *Pathologischem Horten* und

Körperbezogenen repetitiven Verhaltensstörungen gleich mehrere neue Kategorien (vgl. den Beitrag von Backenstraß in diesem Heft) bzw. erhält mit der *Krankheitsangststörung* (6B23) eine vormalig einem anderen Kapitel zugeordnete Störung. Zentrales Kennzeichen der Kategorie sind stereotype, repetitive Gedanken oder Handlungen. Während die Kategorien *Zwangsstörung*, *Olfaktorische Referenzstörung*, *körperdysmorphe Störung* und *Krankheitsangststörung* primär durch kognitive Phänomene gekennzeichnet sind, sind die Kategorien *Pathologisches Horten* und *Körperbezogene Repetitive Verhaltensstörungen* (*Trichotillomanie*, *Exkoriationsstörung*) durch sich wiederholende Verhaltensweisen gekennzeichnet. Bei der *Zwangsstörung* entfällt die Unterscheidung in *Störung mit vorwiegend Zwangsgedanken* (F42.0), *vorwiegend Zwangshandlungen* (F42.1) oder *Zwangsgedanken und -handlungen gemischt* (F42.2). Auch auf die Ich-Dystonie als unterscheidendes Merkmal zwischen psychotischen und Störungen aus dem Zwangsspektrum wird verzichtet. In der ICD-11 wird der Grad der Einsicht mit den Kategorien *mittelmäßige bis gute Einsicht* bzw. *schlechte bis fehlende Einsicht* kodiert (ausführlicher bei Backenstraß in diesem Heft).

3.7

SPEZIFISCH BELASTUNGS-ASSOZIIERTE STÖRUNGEN (6B4X)

Die Kategorie *Spezifisch Belastungs-assozierte Störungen* ist ebenfalls eine Neuschöpfung der ICD-11. Gemeinsamer Nenner aller subsumierten diagnostischen Kategorien ist, dass die Kriterien *per definitionem* ein Trauma, einen Belastungsfaktor oder einen anderen Stressor fordern. Zwar erhöhen solche Ereignisse generell die Wahrscheinlichkeit für das

Auftreten unterschiedlicher psychischer Erkrankungen, bei den Erkrankungen dieser diagnostischen Kategorie wird aber ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Ereignis und der Störung gefordert. So werden in dieser Kategorie der ICD-11 unter anderem folgende Störungen aufgeführt: die *Posttraumatische Belastungsstörung* (6B40), die *komplexe Posttraumatische Belastungsstörung* (6B41), die *anhaltende Trauerstörung* (6B42), die *Anpassungsstörung* (6B43), die *reaktive Bindungsstörung* (6B44) und die *Störung der sozialen Bindung mit enthemmtem Verhalten* (6B45).

Bezüglich der *Posttraumatischen Belastungsstörung* ist eine der zentralen Änderungen die Abschwächung des Trauma-Kriteriums. Gemäß ICD-11 muss ein solches Ereignis einen extrem bedrohlichen oder katastrophalen Charakter besitzen, der in der ICD-10 definierte Zusatz „das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ entfällt. Hierdurch können nach ICD-11 auch Erlebnisse berücksichtigt werden, die bislang nicht das Trauma-Kriterium erfüllt haben, beispielsweise emotionaler Missbrauch, Stalking und Bullying. Auch die Zerstörung religiöser Symbole kann in manchen Kulturen als ein solches Indexereignis gelten. In der ICD-11 wird somit stärker auf das subjektive Erleben der Betroffenen und auf die dadurch ausgelösten Symptome fokussiert und weniger auf die Charakteristika des Ereignisses. Für die Diagnose müssen Symptome eines Wiedererlebens des traumatischen Ereignisses, die Vermeidung traumaassoziierter Stimuli und eine anhaltende Bedrohungswahrnehmung vorliegen.

Eine weitere wichtige Änderung ergibt sich durch die Abgrenzung der *komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung*, bei der zunächst die Merkmale einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt sein und zusätzlich Probleme

in der Affektregulation, im Selbstbild und in zwischenmenschlichen Beziehungen vorliegen müssen. Diese schwerwiegende Symptomatik entsteht typischerweise durch sich wiederholende oder länger anhaltende traumatische Erfahrungen, wie etwa Folter, lang anhaltende häusliche Gewalt oder langjähriger sexueller Missbrauch.

Bei der *Anhaltenden Trauerstörung* handelt es sich um eine weitere neue diagnostische Kategorie. Sie ist gekennzeichnet durch den Tod einer nahestehenden Person, welcher nicht bewältigt werden kann. Der Verlust geht mit intensiven und anhaltenden emotionalen Schmerzen einher. Es besteht eine Sehnsucht nach oder eine anhaltende Beschäftigung mit der verstorbenen Person. Die Störung soll zu einer erheblichen Beeinträchtigung führen und über einen atypisch langen Zeitraum (mind. 6 Monate) bestehen, wobei auch kulturelle Faktoren unbedingt berücksichtigt und ggf. kulturell bedingt längere Trauerphasen mit bedacht werden sollen.

Bei der *Anpassungsstörung* gibt es in der ICD-11, anders als in der ICD-10, eine klare Symptombeschreibung. Sie ist durch eine maladaptive Reaktion auf einen identifizierbaren psychosozialen Stressor gekennzeichnet, die innerhalb eines Monats auftritt. Es besteht eine anhaltende Beschäftigung mit dem Stressor und es kommt aufgrund der Symptomatik zu einer erheblichen Beeinträchtigung. Die Störung klingt in der Regel nach Ende der auslösenden Bedingung innerhalb von sechs Monaten ab.

Weiterhin wurden die *reaktive Bindungsstörung* und die *Störung der sozialen Bindung mit enthemmtem Verhalten*, ehemals in der Kategorie *Störungen des Kindes- und Jugendalters*, der neuen Kategorie *Spezifisch Belastungs-assoziierte Störungen* hinzugefügt.

3.8

FÜTTER- UND ESSSTÖRUNGEN
(6B8x)

Fütter- und Essstörungen wurden in einer neuen Kategorie zusammengefasst. Innerhalb der Subkategorien sind insbesondere folgende Änderungen zu nennen: Bei der *Anorexia Nervosa* wurde das Gewichtskriterium angepasst und erweitert. Der Body-Mass-Index wurde auf 18.5 angehoben. Berücksichtigung finden in der ICD-11 zudem auch ein massiver Gewichtsverlust innerhalb kurzer Zeit oder das Ausbleiben einer aufgrund der Entwicklung von Kindern zu erwartenden Gewichtszunahme. Das Kriterium einer ausbleibenden Menstruation sowie die Gewichtsphobie entfallen. Neu hinzu kommt die Kategorie der *Anorexia nervosa in Remission mit normalem Körpergewicht*, da Menschen mit dieser Erkrankung auch nach erfolgter Normalisierung des Gewichtes weiterhin eine therapeutische Betreuung benötigen.

Die *Binge-Eating-Störung (BES)* hält in der ICD-11 Einzug. Eine weitere neue Kategorie stellt die *Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme* (avoidant-restrictive food intake disorder, ARFID) dar. Bei dieser Störung kommt es infolge einer Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme zu einem signifikanten Gewichtsverlust oder klinisch bedeutsamen Ernährungsdefiziten, einer Abhängigkeit von Nahrungsergänzungsmitteln oder Sondennahrung, einer anderen Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit oder zu signifikanten weiteren Beeinträchtigungen, beispielsweise durch die Vermeidung der Teilnahme an sozialen Situationen in Verbindung mit Essen. Eine wichtige Abgrenzung zur *Anorexia Nervosa* besteht darin, dass das Essverhalten nicht durch die Beschäftigung mit dem Körpergewicht oder der Körperform motiviert sein darf.

3.9

SOMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG
ODER STÖRUNGEN
DER KÖRPERERFAHRUNG (6C2x)

Die neu geschaffene Kategorie *Somatische Belastungsstörung oder Störungen der Körpererfahrung* umfasst zwei neue, in der ICD-10 nicht enthaltene Kategorien. Die in der Versorgung häufig verwendete Kategorie der *Somatoformen Störungen* mit all ihren Unterformen geht in der ICD-11 in der Kategorie *Somatische Belastungsstörung* auf. Anders als in der ICD-10 gibt es hier keine weitere Differenzierung in Unterkategorien, stattdessen erfolgt eine Einteilung nach Schweregrad. Die Unterscheidung zwischen medizinisch erklärten und unerklärten körperlichen Beschwerden wird verworfen. Die Beschreibung fokussiert stattdessen auf die psychologische Ebene und sieht eine übermäßige und unflexible Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf die Symptomatik als Kern der Störung. Dies ist gekennzeichnet durch eine anhaltende Beschäftigung mit den Symptomen bzw. ihren etwaigen negativen Folgen oder auf wiederholte Kontakte zum Gesundheitssystem aufgrund der Symptome. Die Störung kann also unabhängig von ätiologischen Überlegungen allein aufgrund der vorhandenen körperlichen Beschwerden und dadurch bedingten Beeinträchtigungen einer Person diagnostiziert werden. Hierfür ist nun bereits ein einziges somatisches Symptom ausreichend. In der ICD-11 ist es dadurch auch möglich, bei Bestehen einer körperlichen Erkrankung zusätzlich eine somatische Belastungsstörung zu erhalten.

Die zweite zentrale Kategorie ist die *Körperintegritätsdysphorie* (Body Integrity Identity Disorder, BIID), welche nur sehr selten auftritt. Sie ist durch den intensiven und anhaltenden Wunsch gekennzeichnet, körperlich behindert zu

sein (z. B. Amputation einer Gliedmaße, Querschnittslähmung, Erblindung), was mit anhaltendem Unbehagen und intensiven Gefühlen der Unangemessenheit bezüglich nicht-behinderter Körperbereiche einhergeht. Der Beginn liegt in der frühen Adoleszenz. Schädliche Folgen ergeben sich aus der übermäßigen Beschäftigung mit dem Wunsch, behindert zu sein, was viel Zeit in Anspruch nehmen und zu negativen sozialen Folgen führen kann. Auch kann der Versuch, die Behinderung herbeizuführen, zu einer Gefährdung der Gesundheit oder des Lebens führen, etwa durch eine selbst herbeigeführte Amputation oder Ähnliches.

3.10 STÖRUNGEN DURCH SUBSTANZGEBRAUCH ODER VERHALTENSSÜCHTE (6C4x/6C5x)

Bezüglich der *Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltenssüchte* sind zentrale Innovationen in der neuen Kategorie der Störungen aufgrund von Verhaltenssüchten zu sehen. Innerhalb dieser Kategorie unterscheidet die ICD-11 zwischen der *Glücksspielerkrankung* und der *Computerspielerkrankung*. Im Bereich *Störungen durch Substanzgebrauch* wurde die Diagnostik vereinfacht, indem die Symptome zu drei Kategorien zusammengefasst werden, wobei zwei Kategorien für die Diagnosestellung erfüllt sein müssen. Das erste Symptomcluster ist durch eine verminderte Kontrolle und einen inneren Drang zu konsumieren (Craving) gekennzeichnet, das zweite Symptomcluster beinhaltet Toleranzentwicklung und Entzugssymptome und das dritte Symptomcluster besteht in der Priorisierung des Konsums über das alltägliche Leben und in fortgesetztem Konsum trotz Auftreten von Problemen. Neu ist die Kategorie *Schädliches Muster des Gebrauchs*,

welche ein Konsumverhalten unterhalb der Abhängigkeitsschwelle beschreibt. Ein Substanzkonsum, der noch unterhalb der Schwelle einer psychischen Störung liegt, kann in der ICD-11 unter *Faktoren, die den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen beeinflussen* als *Gefährlicher Substanzgebrauch* codiert werden. Zusätzlich wurden die Substanzklassen überarbeitet und deutlich erweitert. Auch eine Kategorie für *nicht psychoaktive Substanzen* (z. B. Laxanzien, anabole Steroide, Wachstumshormone) wurde geschaffen (ausführlicher bei Röhrig in diesem Heft).

3.11 STÖRUNGEN DER IMPULSKONTROLLE (6C7x)

In der Kategorie *Störungen der Impulskontrolle* wurden die *Trichotillomanie* und *Pathologisches Spielen* entfernt. Die *Trichotillomanie* wurde der Kategorie der *Zwangsstörungen oder verwandten Störungen* zugeordnet, das *Pathologische Spielen* unter der neuen Bezeichnung *Glücksspielerkrankung* in die Kategorie der *Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltenssüchte*. Die *Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung* stellt ebenso wie die *Intermittierende explosive Störung* eine neue Kategorie dar. Die *Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung* ist gekennzeichnet durch ein anhaltendes Muster des Unvermögens, sexuelle Impulse oder Triebe zu kontrollieren, wodurch die wiederholten sexuellen Aktivitäten zum Lebensmittelpunkt der Betroffenen werden. Bemühungen zur Reduktion schlagen fehl und es kommt zu einer Fortsetzung des Sexualverhaltens trotz nachteiliger Folgen und reduzierter oder ausbleibender sexueller Befriedigung.

Bei der *intermittierenden explosiblen Störung* handelt es sich um eine umstrit-

tene Kategorie (s. z.B. Bründl & Fuss, 2021), von der aktuell noch nicht absehbar ist, ob sie sich durchsetzen wird. Sie ist durch wiederholte kurze Episoden verbaler oder körperlicher Aggression oder Zerstörung von Eigentum bei Versagen der Kontrolle über aggressive Impulse gekennzeichnet. Dabei besteht eine Unverhältnismäßigkeit zwischen dem Auslöser und der Intensität des Ausbruchs bzw. dem Ausmaß der Aggressivität, wobei die Störung nicht Teil eines chronischen Musters von Reizbarkeit und Wut sein darf.

3.12

PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN UND ZUGEHÖRIGE

PERSÖNLICHKEITSMERKMALE (6D1x)

Die Kategorie *Persönlichkeitsstörungen und zugehörige Persönlichkeitsmerkmale* stellt eine der spannendsten und zugleich umstrittensten Innovationen der ICD-11 dar. In der ICD-10 werden Persönlichkeitsstörungen nach einem prototypischen Ansatz diagnostiziert, welcher auf vielen Ebenen kritisiert wurde. Studien zeigten, dass Persönlichkeitsstörungen in der klinischen Versorgung häufig unterdiagnostiziert wurden (Fabrega, Ulrich, Pilkonis & Mezzich, 1993; Zimmerman & Mattia, 1999). Aufgrund der Vielzahl an Symptomen und dem prototypischen Vorgehen, bei dem PatientInnen nur eine festgelegte Anzahl an Symptomen aufweisen mussten, war es möglich, dass Personen ohne symptomatische Überschneidung die gleiche Diagnose erhielten. Auch waren die Diagnosen aufgrund der Vielzahl an Symptomen sehr heterogen und die Übereinstimmung zwischen KlinikerInnen erwies sich als gering. Eine Schweregradeinteilung war bei der ICD-10 nicht vorgesehen. Häufig erfüllten Personen die Kriterien mehrerer Persönlichkeitsstörungen, weshalb oft auf

die Kategorie einer *Kombinierten Persönlichkeitsstörung* zurückgegriffen wurde. In der klinischen Forschung gab es nur wenige Fortschritte in der Entwicklung evidenzbasierter Behandlungsansätze zur Behandlung der spezifischen Persönlichkeitsstörungen. Lediglich für die *Borderline-Persönlichkeitsstörung* und in einem gewissen Umfang auch für die *Antisoziale* und die *Ängstlich Vermeidende Persönlichkeitsstörung* gibt es störungsspezifische und evidenzbasierte Behandlungen (DGPPN, 2009). Als weiteres Problem zeigte sich in empirischen Studien eine geringere Stabilität der Symptomatik als ursprünglich angenommen.

In der ICD-11 wird eine Persönlichkeitsstörung in einem Dreischritt diagnostiziert, der

1. aus der Prüfung der allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung,
2. der Bestimmung des Schweregrades und schließlich
3. im Bestimmen der Persönlichkeitsmuster bzw. -merkmale besteht.

Für die Erfüllung der allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung (1.) werden Funktionseinschränkungen im Selbst und/oder Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen gefordert. Dabei werden unter dem Selbst Konzepte wie Identität, Selbstwert, Selbstbild bzw. Selbststeuerung subsumiert. Unter Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen werden Schwierigkeiten im Aufbau und in der Aufrechterhaltung wechselseitig befriedigender Beziehungen, im Perspektivwechsel oder in der Konfliktfähigkeit verstanden. Diese Funktionseinschränkungen müssen über einen längeren Zeitraum bestehen, als Beispiel wird ein Zeitraum von mindestens zwei Jahren genannt. Anders als in der ICD-10 wird kein durchgehendes Muster seit der Adoleszenz gefordert. Vielmehr geht die ICD-11 zwar wie die

ICD-10 davon aus, dass sich die Persönlichkeit in der Adoleszenz entwickelt, die Störung kann sich aber, in Abhängigkeit von Kontextfaktoren, erst zu einem späteren Zeitpunkt zeigen. Die Störung ist durch maladaptive Muster auf Ebene der Kognitionen, des emotionalen Erlebens, des Emotionsausdrucks und des Verhaltens gekennzeichnet. Die Störung geht mit bedeutsamen Funktionseinschränkungen einher.

Der Schweregrad der Störung (2.) wird anhand der Beeinträchtigung in den Funktionen des Selbst, der zwischenmenschlichen Beziehungen, emotionalen, kognitiven und Verhaltensstörungen sowie der Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen (bspw. persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen) bestimmt. Die ICD-11 bietet außerhalb des Kapitels 6 *Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuromentale Entwicklungsstörungen* die Möglichkeit, mit der Kategorie *Persönlichkeitsproblematik (QE50.7)* subsyndromale Ausprägungen zu beschreiben und sie so bei der Diagnostik zu berücksichtigen. In einem weiteren Schritt kann in der ICD-11 mit Hilfe der Kategorie *Ausgeprägte Persönlichkeitsmerkmale oder -muster (6D11)* die Art der Persönlichkeitsausprägung dokumentiert bzw. beschrieben werden. Die ICD-11 unterscheidet fünf Merkmalsausprägungen: 6D11.0 *Negative Affektivität*, 6D11.1 *Distanziertheit*, 6D11.2 *Dissozialität*, 6D11.3 *Enthemmung* und 6D11.4 *Anankasmus*.

Diese Persönlichkeitsmerkmale oder -muster orientieren sich grob am Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit (Big Five) nach Costa und McCrae (1992; für eine kritische Einordnung dieses Modells vergleiche Hölzel et al., 2024). Gemäß dieses neuen Vorgehens könnte eine ehemals (nach ICD-10) als *Anankastische Persönlichkeitsstörung (F60.5)* kategorisier-

te Problematik, in Abhängigkeit von der hierdurch verursachten Beeinträchtigung, als *leichtgradige (6D10.0)*, *mittelgradige (6D10.1)* oder *schwergradige (6D10.2)* *Persönlichkeitsstörung* eingeordnet werden. Die Ausgestaltung der Störung kann dann durch Verwendung der Kategorie *6D11 Ausgeprägte Persönlichkeitsmerkmale oder -muster* als *6D11.4 Anankasmus bei Persönlichkeitsstörung oder -problematik* näher beschrieben werden. Empirische Untersuchungen zeigen allerdings, dass bei Menschen mit Anankastischer Persönlichkeitsstörung auch häufig die Persönlichkeitsmerkmale oder -muster *Negativität*, *Distanziertheit* und *Dissozialität* vorkommen. Je nach individueller Ausgestaltung könnten somit auch noch zusätzliche Kategorien Verwendung finden. Bei anderen Persönlichkeitsstörungen ist die Übersetzung von ICD-10 zu ICD-11 weniger intuitiv, da die Persönlichkeitsmerkmale oder -muster weniger Übereinstimmung mit den spezifischen Persönlichkeitsstörungen aufweisen. Die Narzisstische Persönlichkeitsstörung kann beispielsweise, je nach individueller Ausprägung, durch eine Kombination der Persönlichkeitsmerkmale oder -muster *Dissozialität*, *Enthemmung* und *Anankasmus* beschrieben werden (Simon et al., 2023).

Obwohl sich die ICD-11 von dem Modell der spezifischen Persönlichkeitsstörungen abgewendet hat, bleibt die Borderline-Störung als *6D11.5 Borderline-Muster* erhalten und kann weiterhin zusätzlich codiert werden. Hierdurch kann die Indikation für die evidenzbasierten, störungsspezifischen Behandlungsansätze der Borderline Störung auch in der ICD-11 weiter gestellt werden. Um der weltweiten Versorgungssituation Rechnung zu tragen, in der die Versorgung großteils von nicht spezialisierten Gesundheitsberufen ausgeführt wird, wurde die Möglichkeit der Diagnostik

von Persönlichkeitsstörungen allein über das Vorliegen der allgemeinen Kriterien eingeführt, um in rudimentär versorgten Gebieten zumindest eine Fehlversorgung zu vermeiden. Eine zusätzliche Berücksichtigung des Schweregrades ermöglicht zumindest eine Zuordnung der PatientInnen zu den entsprechenden Versorgungssettings, aber erst die vollständige Diagnostik inklusive der *Persönlichkeitsmuster oder -merkmale* erscheint für eine differenzierte Behandlung geeignet.

4 DISKUSSION

Nach über 30 Jahren liegt mit der ICD-11 eine deutlich überarbeitete und an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasste Version der ICD vor, die an die hohe Bedeutung und die Möglichkeiten digitaler Medien angepasst ist. Alte Strukturen der ICD wurden aufgegeben und Raum für weitgehende Veränderungen und neue diagnostische Kategorien geschaffen. Die Entwicklung hin zu einem sehr differenzierten und eher dimensional System entspricht aktuellen wissenschaftlichen Diskussionen und bietet damit für die Forschung neue Möglichkeiten. Sofern es in seiner Differenziertheit auch in der Versorgung Anwendung findet, ergeben sich damit gerade für die Versorgungsforschung neue Möglichkeiten bei der Auswertung von Routinedaten. Die AutorInnen der ICD-11 bemühten sich gleichzeitig um ein System mit hoher weltweiter Akzeptanz in der klinischen Routineversorgung, ohne dabei gängige wissenschaftliche Standards, wie die Reliabilität der Diagnosen, zu vernachlässigen. Erste Studien deuten auf ein Erreichen dieser Vorhaben mit der ICD-11 hin (Gaebel et al., 2020; Reed et al., 2018). Dies gelang durch einen konsequenten Einbezug von KlinikerInnen aus

weltweit in den Entwicklungsprozess und durch eine aktive Begleitforschung, auf deren Grundlage die Änderungen bei Bedarf eingeführt wurden. Positiv zu bewerten ist, dass das Zählen von Symptomen und das Messen von Zeitkriterien in der ICD-11 an Bedeutung verloren hat. Während sich in der ICD-10 der Schweregrad hauptsächlich an der Anzahl der Symptome orientierte, kommt in der ICD-11 der Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen eine wichtige Rolle zu. Kritisch kann diskutiert werden, ob die Änderungen nicht zumindest bei einigen Störungen zu einem Anstieg der Prävalenzen psychischer Erkrankungen führen werden. Die Einführung einer dimensional Betrachtung psychischer Symptome und Syndrome ist für viele Bereiche sicherlich adäquat. Die Umsetzung in der ICD-11 erscheint aber teilweise konzeptuell brüchig. So werden etwa im Bereich der Persönlichkeitsstörungen die Schwere der Störung dimensional, die *Persönlichkeitsmuster oder -merkmale* aber kategorial (vorhanden vs. nicht vorhanden) erfasst. Ob diese Änderungen die Forschung im Bereich der Persönlichkeitsstörungen befördern können, bleibt abzuwarten.

Insgesamt ist es der ICD-11 durch umfassende und vielgestaltige Änderungen in den verschiedenen diagnostischen Kategorien gelungen, die internationale Klassifikation an den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung anzupassen.

Auch wenn aktuell noch kein verbindlicher Zeitpunkt für die Abrechnung im deutschen Gesundheitssystem mit Hilfe der ICD-11-Codes feststeht, besitzt die ICD-11 schon heute eine hohe Bedeutung durch Eingang in aktuelle Forschungen, Berücksichtigung in Leitlinien, angepasste neue Lehrbücher und Fortbildungsangebote. Da die ICD-11 bereits offiziell verabschiedet wurde und den aktuellen Entwicklungen unseres Fachs

in wichtigen Bereichen Rechnung trägt, empfehlen wir, sie schon heute in der Diagnostik zu verwenden. Auch wenn die abzurechnenden Diagnosen weiterhin gemäß ICD-10 codiert werden müssen, kann die ICD-11 für die primäre Diagnostik verwendet und im Arztbrief diskutiert werden. Die ICD-11-Diagnosen können mit Hilfe von Umsetzungstabellen (<https://icd.who.int/en>) in ICD-10-Codes übersetzt werden. Diese Praxis kann bei der Umstellung auf die ICD-11 hilfreich sein und ermöglicht schon heute, von den Fortschritten des neuen Systems in der Praxis zu profitieren.

LITERATUR

- BfArM. (o.D.). *Von der ILCD zur ICD-10*. Bonn: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Verfügbar unter: <https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-WHO/Historie/ilcd-bis-icd-10.html> [Zugriff am 13.06.2025].
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 343–359.
- Deister, A. & Marneros, A. (1993). Long-term stability of subtypes in schizophrenic disorders: A comparison of four diagnostic systems. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 242, 184–190.
- DGPPN. (2009). *S2-Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen*. Heidelberg: Steinkopff.
- Dingemans, P. M. (1990). ICD-9-CM classification coding in psychiatry. *Journal of Clinical Psychology*, 46(2), 161–168.
- Fabrega, H. jr., Ulrich, R., Pilkonis, P. & Mezich, J. (1993). Personality disorders diagnosed at intake at a public psychiatric facility. *Psychiatric Services*, 44(2), 159–162.
- Gaebel, W., Stricker, J., Riesbeck, M. et al. (2020). Accuracy of diagnostic classification and clinical utility assessment of ICD-11 compared to ICD-10 in 10 mental disorders: findings from a web-based field study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 270, 281–289. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01059-9>
- Hölzel, L. (2024). Innovationen der ICD-11. In L. Hölzel & M. Berger (Hrsg.), *ICD-11 – Psychische Störungen: Innovationen und ihre Bewertung* (S. 15–33). Berlin: Springer.
- Hölzel, L., Berberich, G., Wiegand, H., Röpke, S. & Bohus, M. (2024). Persönlichkeitsstörungen und zugehörige Persönlichkeitsmerkmale. In L. Hölzel & M. Berger (Hrsg.), *ICD-11 – Psychische Störungen: Innovationen und ihre Bewertung* (S. 311–336). Berlin: Springer.
- Hölzel, L. & Berger, M. (Hrsg.). (2024). *ICD-11 – Psychische Störungen: Innovationen und ihre Bewertung*. Berlin: Springer.
- Husemann, R., Wiegand, H. F. & Hölzel, L. P. (2024). Die neue Struktur und Konzeption der ICD-11 im Bereich psychischer Störungen. *Nervenheilkunde*, 43, 160–166.
- Reed, G. M. (2010). Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 457–464.
- Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W. et al. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1), 3–19. <https://doi.org/10.1002/wps.20611>
- Reed, G. M., Sharan, P., Rebello, T. J., Keeley, J. W., Medina-Mora, M. E., Gureje, O. et al. (2018). The ICD-11 developmental field study of reliability of diagnoses of high-burden mental disorders: results among adult patients in mental health settings of 13 countries. *World Psychiatry*, 17(2), 174–186. <https://doi.org/10.1002/wps.20534>
- Sartorius, N. (2010). Revision of the classification of mental disorders in ICD-11 and

DSM-V: work in progress. *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(1), 2–9.

Shear, M. K. (2012). Generalized anxiety disorder in ICD-11. *World Psychiatry*, 11(Suppl 1), 82–88.

Simon, J., Lambrecht, B. & Bach, B. (2023). Cross-walking personality disorder types to ICD-11 trait domains: an overview of current findings. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1175425. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1175425>

WHO. (2021). *History of the development of the ICD*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/m/item/history-of-the-development-of-the-icd> [Accessed 13.06.2025].

Zimmerman, M. & Mattia, J. I. (1999). Differences between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1570–1574.



PD DR. LARS P. HÖLZEL

KLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAINZ UND OBERBERG-GRUPPE, BERLIN
lars.hoelzel@unimedizin-mainz.de



UTA FRÖHLICH, M.SC.

KLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAINZ



HANNAH WEBER, M.SC.

KLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAINZ



PROF. DR. KLAUS LIEB

KLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAINZ
