

Psychische Störungen in der ICD-11

Ein Gesamtüberblick über die wichtigsten Änderungen



Henrik Walter¹, Ronja Husemann², Lars P. Hölzel^{2, 3}

- 1 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Universitätsmedizin Berlin, CCM, corporate member of FU Berlin and Humboldt Universität zu Berlin
- 2 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz
- 3 Oberberg Parkklinik Wiesbaden Schlangenbad

ZUSAMMENFASSUNG

Das internationale Klassifikationssystem für Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme wurde in seiner 11. Überarbeitung am 1.1.2022 verabschiedet. Bis die ICD-11 verbindlich in der Versorgungspraxis gilt, wird es noch eine bislang nicht

festgelegte Zeit dauern. In der ICD-11 werden auf Basis des aktuellen Forschungsstandes grundlegende und spannende Änderungen vorgenommen, die bereits heute Studium und Weiterbildung in den relevanten Disziplinen prägen. Die psychischen Störungen werden in der ICD-11 im Kapitel „06 Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen“ beschrieben. Das Kapitel umfasst 23 Kategorien und enthält eine Reihe neuer Diagnosen, einzelne Störungen entfallen bzw. werden in anderen Kapiteln des ICD-11 klassifiziert. Im Vergleich zur ICD-10 ergeben sich durch die Revision teils bedeutsame Veränderungen für die Diagnostik und damit auch für die Behandlung psychischer Erkrankungen.

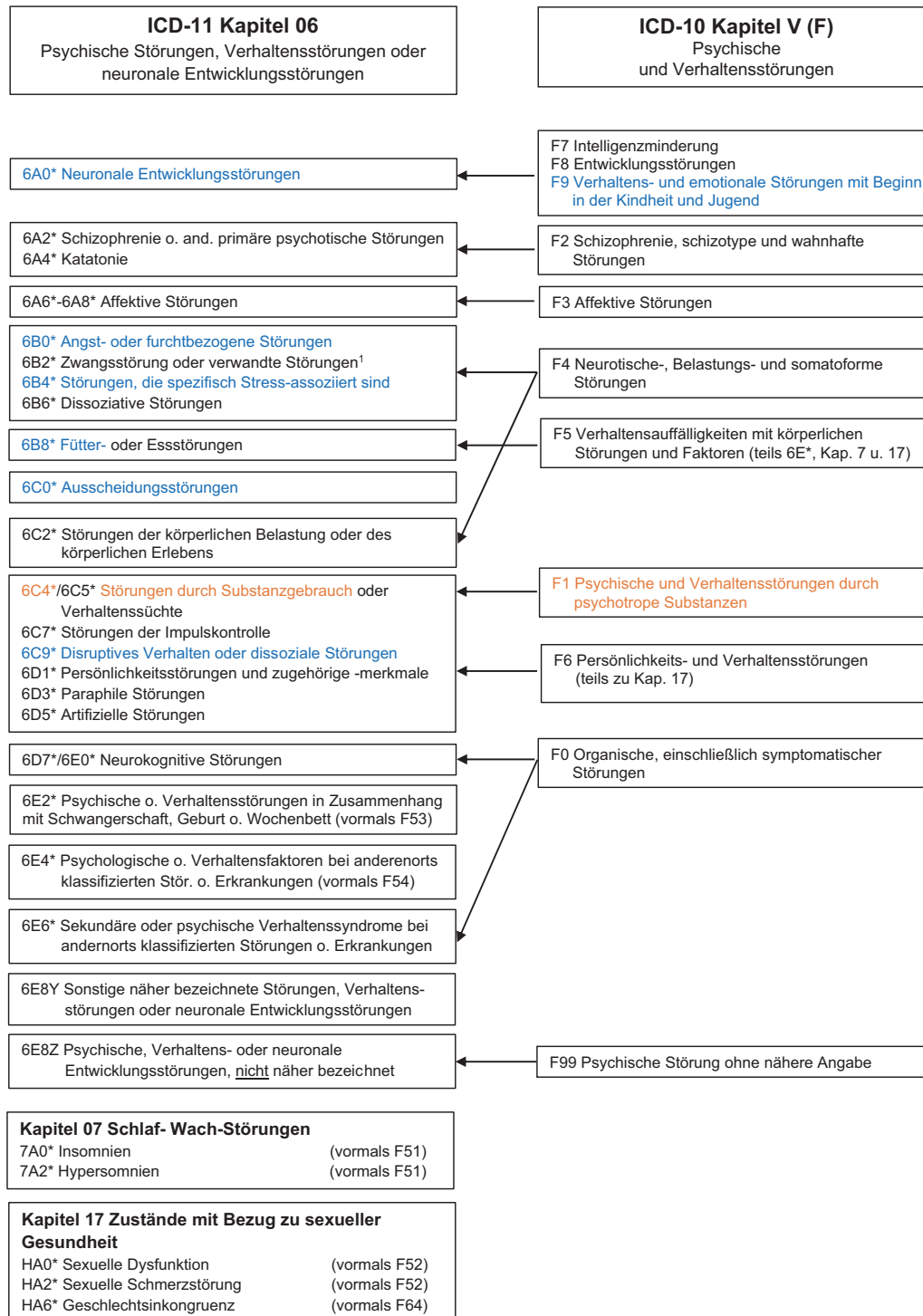
Einleitung

Die ICD, das internationale Klassifikationssystem für Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme, findet weltweit Anwendung in der Versorgungspraxis. Sowohl körperliche als auch psychische Erkrankungen können mit ihr verschlüsselt und kommuniziert werden. Die 11. und neueste Revision des Klassifikationssystems, die ICD-11, trat im Januar 2022 offiziell in Kraft [1, 2] und kann ab jetzt fakultativ für die WHO-Todesfallstatistiken verwendet werden. In Forschung und Praxis wird weiterhin die 1990 verabschiedete Vorgängerversion ICD-10 verwendet [3]. Nach einer flexiblen Übergangszeit von mindestens 5 Jahren soll die ICD-11 für Todesfallstatistiken verbindlich sein [1, 2]. Eine verbindliche Umstellung für die klinische Praxis soll zu einem späteren, noch nicht definierten Zeitpunkt erfolgen. Doch da die ICD-11 grundlegende Änderungen auf dem neuesten Stand der Wissenschaft enthält und schon jetzt in der Ausbildung verwendet wird, sollten alle relevanten Disziplinen mit ihr vertraut sein. Psychische Störungen – zurzeit im Kapitel V(F) in der ICD-10 gelistet – finden sich in der ICD-11 als Kapitel „06 Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen“. Einige Störungen oder Zustände wurden in andere Kapitel der ICD-11 verlagert.

Die in der ICD-11 in 23 Kategorien unterteilten Störungsbilder des Kapitels 06 entsprechen weitestgehend den 22 Störungskategorien des 2013 eingeführten DSM-5. Im Vergleich zur ICD-10 ergeben sich damit bedeutsame Veränderungen, sowohl hinsichtlich der Diagnostik als auch daraus resultierend für die Behandlung psychischer Erkrankungen. Struktur und Aufbau der ICD werden im Beitrag

von Husemann, Wiegand und Hölzel in diesem Heft erörtert [4]. Auf der Ebene der Störungsbilder gibt es zahlreiche Anpassungen. Im vorliegenden Artikel werden die wichtigsten Veränderungen im Überblick für alle unter Kapitel 06 einsortierten Störungen im Text vorgestellt, für eine Zusammenfassung siehe ► **Abb. 1** und ► **Tab. 1**, für umfassende Erläuterungen vgl. Hölzel und Berger [5]. Die ICD-11 ist als Online-Tool konzipiert. Nähere Informationen zu den Veränderungen der Diagnosekriterien einzelner Störungsbilder können den ICD-11 CDDG (Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines) entnommen werden, welche sich teilweise auf der englischen Homepage der ICD-11 befinden [6]. Eine vorläufige deutsche Übersetzung der ICD-11 findet sich auf der Homepage des BfARM (Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte) [7].

Darüber hinaus ergeben sich strukturelle Änderungen in der Zuordnung von Störungsbildern, insbesondere für F4 und F5. Die Klassifikation der aus F4 stammenden, recht heterogenen, dort „neurotisch“ genannten Störungen, orientiert sich nun an der Symptomatik oder Ätiologie der jeweiligen Störungen unter den neu aufgestellten Kategorien Angst und furchtbezogene Störungen, Zwangsstörungen oder verwandte Störungen, spezifisch stressassoziierte Störungen, dissoziative Störungen und Störungen der körperlichen Belastung oder des Erlebens [6, 7] (► **Abb. 1**). Die Essstörungen (F50) wurden der neuen Kategorie der „Fütter- und Essstörungen“ zugewiesen. Die „nicht organischen Schlafstörungen“ (F51) finden sich in einem eigenen ICD-11-Kapitel (07), den „Schlaf-Wach-Störungen“, gemeinsam mit den organischen Schlafstörungen. Ebenso wurden die „nicht organischen sexuellen Dysfunktio-



► **Abb. 1** Mapping zwischen ICD-11- und ICD-10-Kategorien. Die linke Seite zeigt die 23 Kategorien des Kapitel 06 der ICD-11 in der dort gelisteten Reihenfolge sowie 2 weitere Kapitel (Kap. 07 und 17), die Störungsbilder beinhalten, die in den 10 Kategorien der ICD-10 noch als psychische Störungen eingestuft wurden. Vor den 23 Kategorien stehen die ICD-11-Codes, weitere Differenzierungen des Codes innerhalb der Kategorie werden durch Sternchen (*) verdeutlicht. Rechts sind die entsprechenden F-Kategorien der ICD-10 gegenübergestellt. Der Übersichtlichkeit halber sind die Änderungen aus F5 zum Teil nur in den Boxen und nicht durch Pfeile angezeigt. Blau markierte ICD-11-Kategorien beinhalten die in der ICD-10 als F9 kodierte Störungsbilder mit Beginn in Kindheit und Jugend. In Orange wird die genaue Zuordnung der Störungen durch Substanzen verdeutlicht, in der ICD-11 sind Substanz- und Verhaltenssuchte eine gemeinsame Kategorie, aber mit unterschiedlicher dritter Stelle im Code. ¹: Diagnose der Trichotillomanie, in der ICD-10 unter F63 abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle zu finden, wurde in der ICD-11 den Zwangs- und verwandten Störungen zu gewiesen und nicht den Impulskontrollstörungen (nach Daten aus [2, 3])

► **Tab. 1** Änderungen in Störungsbildern in der ICD-11. Störungsbilder, die im Vergleich zur ICD-10 als psychische Störungen neu hinzugekommen sind (links) bzw. nicht mehr als psychische Störungen kodiert werden (rechts). Weitere Differenzierungen der aufgeführten ICD-11-Codes innerhalb der jeweiligen Störungskategorie werden durch Sternchen (*) verdeutlicht. Beachte: GA34.41 ist zwar neu, aber keine psychische, sondern eine „urogenitale“ Störung.

Hinzukommende psychische Störungen in der ICD-11 (neu als „psychische“ Störungen kodierbar)	Wegfallende psychische Störungen in der ICD-11 (nicht mehr als „psychische“ Störungen kodierbar)
<ul style="list-style-type: none"> • Katatonie (6A4*) • Bipolar-Typ-II-Störung (6A61) • Körperdysmorphie Störung (6B21) • Eigengeruchswahn (6B22) • Pathologisches Horten (6B24; vulgo „Messie-Syndrom“) • Exkoriationsstörung (6B25.1; Skin-Picking-Disorder) • Komplexe PTBS (6B41) • Anhaltende Trauerstörung (6B42) • Binge-Eating-Störung (6B82) • Vermeidend-restriktive Ernährungsstörung (6B83) • Körper-Integritäts-Identitätsstörung (6C21) • Computer-Spielsucht (6C51; Gaming Disorder) • Störung mit zwanghaftem Sexualverhalten (6C72) (vulgo „Sex-Sucht“; Compulsive Sexual Behavior Disorder) • Intermittierende explosive Störung (6C73) • (Prämenstruelle dysphorische Störung (GA34.41); neu, aber in Kapitel 16 „Krankheiten des Urogenitalsystems“) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht organische Schlafstörungen (7A*) früher F51, jetzt in Kapitel 07 „Schlaf- und Wachstörungen“ • Sexuelle Dysfunktionen (HA0*) und Schmerzstörungen (HA2*) früher F52, jetzt in dem neuen Kapitel 17 „Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit“ • Geschlechtsinkongruenz (HA6*) früher F64 (Störung der Geschlechtsidentität), jetzt in Kapitel 17 als H60* bei Erwachsenen und Jugendlichen; als H61* bei Kindern • Akute Belastungsreaktion (QE84) früher F43.0, jetzt in Kapitel 24 „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen oder zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führen“ unter „Problematik in Verbindung mit schädlichen oder traumatischen Ereignissen“ • Tic-Störungen (8A05) früher F95, jetzt in Kapitel 08 „Krankheiten des Nervensystems“

nen“ (früher F52) dem neu geschaffenen Kapitel „17 Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit“ zugewiesen, in dem sich auch die „organischen sexuellen Dysfunktionen“ befinden. Damit soll die strikte Trennung von „organischen“ und „nicht organischen“ Störungen in diesen Bereichen überwunden werden [8]. Ebenfalls in Kapitel 17 findet sich die frühere Störung der „Geschlechtsidentität“ (ICD-10: F64) jetzt als „Zustand der Geschlechtsinkongruenz“ (HA60 bei Erwachsenen und Jugendlichen bzw. HA61 bei Kindern), d. h. sie wird nicht mehr als psychische Störung klassifiziert.

Im Folgenden werden die Störungskategorien des Kapitels 06 der ICD-11 in der Reihenfolge ihrer Codes dargestellt [5, 8, 9], sowie die Internetquellen zur ICD-11 auf Englisch [6] und Deutsch [7]. Aufgeführte Sternchen (*) in den Codes verdeutlichen weitere, zumeist notwendige Differenzierungen innerhalb der Kategorie. Eine Übersicht aller neuen und wegfallenden Diagnosen bzw. Verschiebungen in andere Kapitel findet sich in ► **Tab. 1**.

6A0* „Neuronale Entwicklungsstörungen“

Die neu entstandene Kategorie umfasst größtenteils die in der ICD-10 den Kategorien F7, F8 und F9 zugeordneten Störungsbilder, d. h. den „Intelligenzminderungen“ (6A00), den Entwicklungsstörungen in den Bereichen Sprechen und Sprache (6A01), Lernentwicklung (6A03) und motorischer Koordination (6A04). Einige Störungsbilder aus F9 wurden Störungskategorien mit ähnlicher Ätiologie, Pathophysiologie und Phänomenologie zugeordnet

bzw. neue Kategorien gebildet wie z. B. die Ausscheidungsstörungen 6C0*. Die „Tic-Störungen“ (ICD-10: F95) wurden dem ICD-11 Kapitel „08 Krankheiten des Nervensystems“ zugewiesen (► **Tab. 1**), es gibt aber noch die (leichtere) stereotype Bewegungsstörung (6A06).

Unter den neuronalen Entwicklungsstörungen stellt die neue Diagnose der „Autismus-Spektrum-Störung“ (AA02) eine Besonderheit dar. Auf eine diagnostische Unterscheidung von „frühkindlichem Autismus“, „atypischem Autismus“ und „Asperger“ wurde wie in der DSM-5 verzichtet. Stattdessen lässt sich in der ICD-11 mit der ersten Stelle hinter dem Punkt verschlüsseln, ob eine Störung der Intelligenzminderung vorliegt und inwieweit die funktionelle Sprache beeinträchtigt ist. Beispiel: Der Code 6A02.0 entspricht einer „Autismus-Spektrum-Störung ohne Störung der Intelligenzminderung, mit leichtgradiger oder keiner Beeinträchtigung der funktionellen Sprache“. Der Code 6A02.3 dagegen verschlüsselt eine Autismus-Spektrum-Störung mit Intelligenzminderung und mit Beeinträchtigung der funktionellen Sprache. Ausgehend von der Diagnosebeschreibung wird der Fokus nun stärker auf die Möglichkeit von Kompensationsleistungen gelegt. So können sich Symptome auch erst im späteren Kindesalter oder Erwachsenenalter vollständig manifestieren, wenn die erweiterten Anforderungen an Betroffene ihre Fähigkeiten überstiegen.

Ebenfalls gibt es in der ICD-11 nun die Möglichkeit, die Diagnose der „Autismus-Spektrum-Störung“ gemeinsam mit der Diagnose eines ADHS (6A05) zu vergeben, wenn die entsprechenden Kriterien erfüllt sind.

6A2* „Schizophrenie, andere primär psychotische Störungen“

„Primäre“ psychotische Störungen werden von „sekundären“ (früher: organische) abgegrenzt, letztere werden durch den Code 6E61 klassifiziert. Bei der Kodierung der „primären“ Schizophrenie (6A20) wurde gänzlich auf die Vergabe von Subtypen (wie paranoid, hebephren, etc.) verzichtet. Dies wird u. a. durch den eingeschränkten Nutzen dieser Subtypen für die Behandlungsauswahl begründet [8]. Stattdessen gibt es die Möglichkeit, die klinische Ausprägung durch Vergabe weiterer mehrstelliger Codes, den „Specifiern“ (6A25.*) näher zu beschreiben, etwa das Vorliegen von Positivsymptomen, Negativsymptomen, depressiven, manischen, psychomotorischen oder kognitiven Symptomen. Weiterhin kann im Hauptcode der Verlauf (erste Episode, mehrfache Episoden, kontinuierlich, aktuell symptomatisch, teil- oder vollremittiert) genauer bezeichnet werden. Beispiel: Ein Patient erhält den Code 6A20.00/6A25.2. Dieser ist folgendermaßen zu lesen: Der Hauptcode 6A20.00 bedeutet Schizophrenie, erste Episode, gegenwärtig symptomatisch. Der Specifier 6A25.2 bedeutet depressive Symptome bei primär psychotischer Störung. Diese Form der näheren klinischen Charakterisierung ist auch für die anderen primär psychotischen Störungen möglich: „schizoaffektive Störung“ (6A21), „schizotypische Störung“ (6A22), „akute vorübergehende psychotische Störung“ (6A23) und die „wahnhaftige Störung“ (6A24). Die Vergabe der Codes dient also der Erfassung des aktuellen Zustandes im Sinne einer Momentaufnahme der Betroffenen. Als Neuerung für die Diagnosevergabe einer „schizoaffektiven Störung“ (6A21) erfordert diese nun das Vorliegen aller diagnostischen Voraussetzungen einer Schizophrenie sowie einer manischen, gemischten oder mindestens mittelschwer ausgeprägten depressiven Episode über mindestens einen Monat Dauer (ICD-10: 2 Wochen). Für weitere Details vgl. Gaebel [10].

6A4* „Katatonie“

„Katatonie“, gekennzeichnet durch Symptome veränderter psychomotorischer Aktivität, ist in der ICD-11 nunmehr als eigenständige Diagnose enthalten. Sie kann mit dem Zusatz in Verbindung mit einer anderen psychischen Störung (6A40) oder durch Substanzen oder Medikamente (6A41) vergeben werden. In Verbindung mit dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung kann neben einer Schizophrenie z. B. eine Diagnose aus dem Bereich der affektiven Störungen, neuronalen Entwicklungsstörungen etc. vergeben werden.

6A6* bis 6A8* „Affektive Störungen“

Hier ist eine wesentliche Neuerung, dass für die Vergabe einer „bipolaren Störung“ (6A6*) das Auftreten einer einzelnen manischen oder gemischten Episode ausreichend ist. Dadurch verschwindet die Diagnose der Manie als ei-

genständige diagnostische Kategorie. Die „Bipolare Störung Typ I“ (6A60) kann bei Auftreten einer oder mehrerer manischer Episoden mit mindestens einer Woche Dauer, beziehungsweise mindestens einer gemischten Episode von 2 Wochen Dauer, vergeben werden. Neu ist, dass für die Diagnose einer manischen Episode neben euphorischer, gereizter oder expansiver Stimmung die erhöhte Energie als zweites Hauptkriterium vorliegen muss, d. h. die Diagnose wird strenger. Neu gegenüber der ICD-10 (nicht aber dem DSM-5) enthält die ICD-11 die „Bipolare Störung Typ II“ (6A61). Sie erfordert neben dem Auftreten mindestens einer hypomanischen Episode über „einige Tage“ und nicht notwendigerweise 4 wie in der ICD-10 auch das Vorliegen einer depressiven Episode. Eine manische Episode kann nach ICD-11 auch dann als solche diagnostiziert werden, wenn sie durch eine vorangegangene Therapie mit ausgelöst wurde, aber nach dem akuten Medikamenteneffekt anhält. (Eine durch Antidepressiva ausgelöste Manie wurde durch Akiskal und Pinto in ihrer Charakterisierung des bipolaren Spektrums als „Bipolar Typ III“ bezeichnet [11].) Erweiterungen der Kodierung hinter dem Punkt geben Auskunft über Schweregrade und weitere Symptomspezifikationen. Beispiel: 6A60.5 entspricht einer „Bipolaren Störung Typ I, gegenwärtig depressive Episode, mittelgradig, mit psychotischen Symptomen“.

„Depressive Störungen“ sind unter (6A7*) kodiert. Für die Depression finden sich bedeutsame Veränderungen hinsichtlich der Diagnosekriterien. Es gibt keine Unterscheidung mehr von Haupt- und Zusatzkriterien [12]. Die Diagnose einer depressiven Episode erfordert das Vorliegen von entweder einer gedrückten Stimmung oder von Anhedonie (Verlust von Interesse oder Freude) sowie das Vorliegen mehrerer anderer Symptome mit einer deutlichen Funktionsbeeinträchtigung. Es gibt 10 Symptomgruppen (DSM-5: 9 [13]), die in 3 Cluster eingeteilt werden: affektives, kognitives und neurovegetatives Cluster [12]. Das in der ICD-11 angeführte Symptom „Hoffnungslosigkeit“ (im ICD-10: pessimistische Zukunftsgedanken), ist interessanterweise der beste Single-Symptom-Prädiktor für das Vorliegen einer Depression [14, 15] und wurde deshalb als 10. Symptom in die ICD-11 aufgenommen, während es im DSM-5 als Symptom der depressiven Stimmung gilt [13]. Für den Schweregrad werden Symptome nicht mehr formal gezählt, sondern Anzahl und Schwere der Symptome zusammen mit der resultierenden Funktionsbeeinträchtigung berücksichtigt. So können sowohl einige schwere Symptome, aber auch viele leichtgradige Symptome zur gleichen Beurteilung des Schweregrads führen. Bei einer leichten depressiven Episode dürfen jedoch keine psychotischen Symptome vorliegen [12].

Mit Hilfe von „Specifiern“ 6A80.* gibt es die Möglichkeit, zusätzlich zur affektiven Stammdiagnose „Depression“ oder „Bipolare Störung“ weitere klinische Erscheinungsformen zu kodieren. Im Einzelnen sind dies: „mit ausgeprägten Angstsymptomen“ (6A80.0); „mit Panikatta-

cken“ (6A80.1); „mit anhaltender Symptomatik“, d. h. mind. 2 Jahre (damit besteht im Gegensatz zur ICD-10 die Möglichkeit auch chronische Depression, die über eine Dysthymie hinausgeht zu kodieren; 6A80.2); „mit Melancholie“ (6A80.3, also das, was früher als „somatisches Syndrom“ bekannt war); „mit saisonalem Beginn“ (6A80.4) und „mit rapid cycling“ (6A80.5). Beispiel: 6A60.5/6A80.5 bedeutet dann „Bipolare Störung Typ I, gegenwärtig depressive Episode, mittelgradig, mit psychotischen Symptomen mit dem Specifier „rapid cycling““. Für weitere Details vgl. Volz und Köhler [16].

6B0* „Angst- und furchtbezogene Störungen“

In dieser Kategorie finden sich jetzt, dem Titel gemäß, der den Begriff „neurotisch“ nicht mehr enthält, nur noch Störungen, die primär durch Angst oder Furcht charakterisiert sind [17]. Es gibt keine Trennung in „Phobien“ (F40) und „andere Angststörungen“ (F41), es gibt keine hierarchischen Diagnoseregeln mehr und es ist immer eine signifikante funktionelle Beeinträchtigung zur Diagnosestellung notwendig. Für die „generalisierte Angststörung“ (6B00) wurde neben einer allgemeinen Besorgnis hinsichtlich alltäglicher Ereignisse im Sinne einer frei flottierenden Angst das alternative Kriterium der übermäßigen Besorgnis hinsichtlich Ereignissen in Familie, Gesundheit, Finanzen, Schule oder Beruf eingeführt. Für die Diagnose einer „Panikstörung“ (6B01) ist nunmehr die Furcht vor der Panikattacke selbst diagnostisch relevant. Für das nun von der Panikstörung auch unabhängig diagnostizierbare Störungsbild der „Agoraphobie“ (6B02) wurde der Fokus stärker auf die Kernsymptomatik gerichtet, also die Angst und Vermeidung von Situationen, in denen eine Flucht schwierig sein könnte, oder keine Hilfe verfügbar ist. Es werden dafür mehr als nur 4 spezifische, exemplarische Situationen (wie in der ICD-10) angeführt. Die Störungskategorie enthält neben den „spezifischen Phobien“ (6BB03) und der „sozialen Phobie“ (6B04) nunmehr auch die zuvor dem Kindes- und Jugendalter zugeordneten Angststörungen aus F9, die „Trennungsangst“ (6B05), eine Diagnose, die ab jetzt auch für Erwachsene vergeben werden kann, sowie den „selektiven Mutismus“ (6B06).

6B2* „Zwangsstörung und verwandte Störungen“

Hier finden sich neben bekannten eine Reihe neuer Krankheitsbilder [18]. Eine diagnostische Neuerung für die „Zwangsstörung (6B20) und verwandte Störungen“ ist, dass eine Krankheitseinsicht und damit eine Ich-Dystonie nicht mehr zwingend vorhanden sein muss. Dies kann jetzt auch kodiert werden. Eine 6B20.0 ist etwa eine „Zwangsstörung mit mittelmäßiger bis guter Krankheitseinsicht“, eine 6B20.1 „mit schlechter bis fehlender Krankheitseinsicht“. Bei fehlender Krankheitseinsicht wird damit die Abgrenzung zu psychotischen Störungen wichtiger. Für

Zwangsstörungen (6A20) wird das Zeitkriterium der ICD-10 (an den meisten Tagen über mindestens 2 Wochen) nicht mehr explizit aufgeführt, stattdessen sind Leidensdruck oder funktionelle Beeinträchtigungen für die Diagnose Voraussetzung.

Weiterhin finden wir hier in diesem Kapitel die neue Diagnose der „körperdysmorphen Störung“ (6B21), bei der eine anhaltende Beschäftigung mit objektiv kaum oder nicht wahrnehmbaren Makeln besteht, die neue Diagnose des „Eigengeruchswahn“ (6B22), also die feste Überzeugung, einen unangenehmen oder anstößigen Geruch zu verbreiten, sowie die früher unter F45.2 zu findende „Hypochondrie“ (6B23). Auch für diese gibt es kein Zeitkriterium mehr, zudem muss sich die Symptomatik nicht mehr auf höchstens 2 Krankheiten beziehen. Neben exzessiven gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen wie zahlreichen Arztbesuchen können auch maladaptive Vermeidungsverhaltensweisen wie die Vermeidung von Arztbesuchen für die Diagnosestellung herangezogen werden. Weiterhin zu finden sind hier das neu diagnostizierbare „pathologische Horten“ (6B24, vulgo „Messie-Syndrom“) sowie die „Störungen des repetitiven Verhaltens“ (6B25). Neben der früher unter F 63.3 jetzt in diesem Kapitel zu findende „Trichotillomanie“ (6B25.1) ist neu die „Skin-Picking-Disorder“ (6B25.2), auch Exkoriationsstörung genannt. Diese besteht in wiederholtem Zupfen an der Haut mit Schädigung, verbunden mit Leidensdruck und/oder Funktionsbeeinträchtigung.

6B4* „Störungen, die spezifisch stressassoziiert sind“

Neben bekannten Diagnosen wie der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ (PTBS, 6B40) finden sich neue Störungsbilder, wie die „komplexe PTBS“ und die „anhaltende Trauerstörung“ [19]. Für die PTBS wurde das Trauma-kriterium auf das individuelle Erleben der betroffenen Person bezogen und nicht mehr auf das objektivierbare Maß der Schwere der Ereignisse, d. h. es gibt keinen Zusatz für das Ereignis im Sinne von „das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“. Zudem wurden die Diagnosekriterien auf 3 wesentliche Kriterien von Wiedererleben, Vermeidung und anhaltender Bedrohungswahrnehmung reduziert. Für die Diagnosevergabe der „komplexen PTBS“ (6B41) müssen neben diesen 3 Kriterien 3 weitere Kriterien erfüllt sein: Emotionsregulationsprobleme, ein negatives Selbstkonzept sowie anhaltende Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen. Die neue Diagnose der „anhaltenden Trauerstörung“ (6B42) beschreibt eine atypisch lange Trauerreaktion (über 6 Monate, im DSM-5-TR sind es 12 Monate) unter Berücksichtigung der kulturellen und kontextuellen Normen.

Nicht mehr im Kapitel 06 der ICD-11 zu finden ist die „akute Belastungsreaktion“ (F43.0). Sie kann jedoch wei-

ter unter dem Code QE84 im Kapitel 24 kodiert werden (► **Tab. 1**), hat aber nicht mehr den Status einer Störung. Die Diagnose der „Anpassungsstörung“ (6B43), früher F43.2 gibt es dagegen weiterhin. Sie wurde diagnostisch durch 2 Kriterien klarer gefasst: eine gedankliche Überbeschäftigung mit dem Ereignis und dessen Folgen inklusive übermäßigen Sorgen und beunruhigenden Gedanken oder Grübeln sowie eine mangelnde Anpassung an den Stressor mit Funktionsbeeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen. Nicht mehr spezifiziert werden muss das jeweilige Erscheinungsbild, im Sinne einer näheren Beschreibung der Symptome als „kurze depressive Reaktion“ (F43.20), „Störung des Sozialverhaltens“ (F43.24) oder Ähnlichem. Zusätzlich finden sich 2 Diagnosen, die weiterhin nur im Kindesalter vergeben werden können: die „reaktive Bindungsstörung“ (6B44), früher F94.1, und die „Bindungsstörung mit enthemmtem Verhalten“ (6B45), zuvor F94.2.

6B6* „Dissoziative Störungen“

Die dissoziative Störung der Bewegung und der Wahrnehmung (ICD-10: F44.4-F44.7) wird in „Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen“ (6B60) umbenannt. Während in der ICD-10 die „Dissoziative Fugue“ (F44.1) noch eine eigenständige Diagnose darstellt, wird sie in der ICD-11 in die „Dissoziative Amnesie“ (6B61) integriert und erscheint dort als eine Subkategorie. Es kann zwischen einer „Dissoziativen Amnesie mit (6B61.0) und ohne Fugue“ (6B61.1) unterschieden werden. Weiterhin finden sich die Diagnosen „Trance- (6B62) und Besessenheitstrance-Störungen“ (6B63) als getrennte Kategorien wieder. Die „Multiple Persönlichkeitsstörung“ (F44.81) wird wie im DSM-5 in „Dissoziative Identitätsstörung“ (6B64) umbenannt. Neu ist die Kategorie einer „Partiellen Dissoziativen Identitätsstörung“ (6B65), bei der Persönlichkeitszustände nur gelegentlich, in begrenztem Umfang und nur vorübergehend die Kontrolle übernehmen. Die „Depersonalisations-Derealisations-Störung“ (6B66) war in der ICD-10 als F48.1 kodiert.

6B8* „Fütter- oder Essstörungen“

Dieser Störungskategorie zugeordnet wurden die zuvor unter F9 zu findenden Fütterstörungen bei Kindern sowie die Essstörungen „Anorexia nervosa“ (6B80) und „Bulimia nervosa“ (6B81), früher in F5. Neu hinzugefügt wurden die „Binge-Eating-Störung“ (6B82) und die „vermeidend-restriktive Ernährungsstörung“ (6B83). Letztere ist gekennzeichnet durch die Einschränkung oder Vermeidung der Nahrungsaufnahme mit Auswirkungen wie einem gravierenden Gewichtsverlust oder Beeinträchtigung wichtiger Funktionsbereiche. Die Veränderung der Nahrungsaufnahme ist nicht wie bei der Anorexie auf eine verstärkte Beschäftigung mit Körpergewicht und -form zurückzuführen.

6C0* „Störungen der Ausscheidungen“

Unter dieser Kategorie werden das Einnässen (Enuresis; 6C00 früher F98.0) und Einkoten (Enkopresis; 6C01, früher F98.1) zusammengefasst. In der ICD-11 können inzwischen beide Störungen gleichzeitig kodiert werden, das heißt, der Vorrang der Enkopresis gegenüber der Enuresis der ICD-10 wurde aufgehoben.

6C2* „Störungen der körperlichen Belastung und des körperlichen Erlebens“

Eine gravierende Änderung ergibt sich für die somatoformen Störungen, in ICD-10 unter F45 zu finden. Wurden dort noch diverse Störungsbilder unterschieden, werden diese in der ICD-11 in der Diagnose der körperlichen Belastungsstörung (6C20) zusammengefasst, welche nach leicht, mittel- oder schwergradig unterschieden werden kann. Auftretende belastende körperliche Symptome müssen über mehrere Monate vorliegen, gelegentlich kann auch nur ein einzelnes Symptom vorliegen, etwa Schmerzen oder Müdigkeit. Die Verursachung der Symptomatik (somatisch oder psychisch) ist in der ICD-11 nachrangig. Auch hier geht es also um eine Aufweichung der vormals strikten Trennung von „organisch“ und „nicht organisch“. Entscheidend für die Diagnose ist nunmehr das Übermaß der Aufmerksamkeit im Verhältnis zu Art und Entwicklung der Symptome. Hinzu kommt die neue Diagnose der Körper-Integritäts-Identitätsstörung (BIID, 6C21), die symptomatisch durch den Wunsch charakterisiert ist, körperlich behindert zu sein, etwa durch die Amputation von Gliedmaßen, eine Querschnittslähmung oder eine Erblindung.

6C4* „Störungen durch Substanzgebrauch“, 6C5* „Verhaltenssüchte“

Die Neufassung der Störungen durch Substanzgebrauch sollte vor allem den Umgang mit Suchtkranken in der Versorgung weltweit erleichtern [20]. Erstens wurden die zugehörigen Substanzklassen überarbeitet und deutlich erweitert. Unter 6C4* finden sich 14 spezifische Kategorien und andere nicht näher bezeichnete Substanzklassen. Zweitens wurde der schädliche Gebrauch (harmful use) differenziert in eine einzelne Episode (dies ist neu gegenüber der ICD-10) oder wiederholten, d. h. episodischen oder kontinuierlichen Gebrauch. Für die Diagnose eines schädlichen Gebrauchs ist neben der Schädigung der eigenen Gesundheit auch die Schädigung der Gesundheit anderer als Diagnosekriterium möglich. Drittens wurde die Kategorie gefährlicher Gebrauch (hazardous use) eingeführt (QE1*), die sich allerdings im Kapitel 24 und nicht im Kapitel 06 findet. Viertens wurden die Kriterien der Abhängigkeit vereinfacht. Gab es in der ICD-10 6 Kriterien, werden diese jetzt zu 3 Kriterien zusammengefasst [21]: Verminderte Kontrollfähigkeit, die mit Craving (starkem Verlangen) nach der Substanz einhergehen kann, aber nicht muss,

Priorität des Konsums über das alltägliche Leben und oft Fortsetzung trotz negativer Konsequenzen und Physiologische Merkmale (Toleranz, Entzugssymptome) oder wiederholter Konsum zur Verhinderung oder Linderung von Entzugssymptomen. Es genügt schon das Vorliegen von 2 Kriterien für die Abhängigkeit. Dies könnte zu einer höheren Rate an Abhängigkeitsdiagnosen führen, die dann stärker sozial bestimmt wären [21]. Kognitive Störungen durch Alkoholgebrauch werden in der Kategorie „Neurokognitive Störungen“ (6D7*) kodiert.

Die Störungen durch Verhaltensüchte enthalten neben dem pathologischen Glückspielen (6C50, gambling disorder) nunmehr neu auch das pathologische Spielen (6C51, gaming disorder, „Computerspielsucht“). Diese Diagnose umfasst das Videospiele bzw. digitale Spiele. Ihre Einführung war lange stark umstritten, gilt inzwischen aber klar als Verhaltenssucht [22]. Beide Diagnosen können sich auf Offline- oder Online-Spiele beziehen.

6C7* „Störungen der Impulskontrolle“

Zu den Impulskontrollstörungen gehören in der ICD-11 neben „Pyromanie“ (6C70) und „Kleptomanie“ (6C71) 2 neue Störungen. Die „Störung mit zwanghaftem Sexualverhalten“ (6C72), vulgo Sexsucht, in der ICD-10 allenfalls unter F52.7 kodierbar, aber nicht näher beschrieben, ist das nunmehr klarer gefasste Unvermögen der Kontrolle sexueller Impulse mit wiederholtem Sexualverhalten, resultierend in der Vernachlässigung anderer Lebensbereiche oder anderen negativen Konsequenzen. Das Störungsbild kann sich ebenfalls in Verhaltensweisen wie Masturbieren oder Pornografiekonsum äußern. Ebenfalls neu ist die Diagnose der „intermittierend explosiven Störung“ (6C73), mit Wutausbrüchen, die durch kurze Episoden verbaler oder körperlicher Aggression gekennzeichnet sind, die in keinem Verhältnis zu den auslösenden Faktoren stehen.

6C9* „Disruptives Verhalten und dissoziale Störungen“

In dieser Kategorie finden sich die „Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten“ (6C90), kodierbar mit bzw. ohne chronische Reizbarkeit oder Wut. Weiterhin findet sich die „Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten“ (6C91), kodierbar mit Beginn in der Kindheit oder mit Beginn in der Jugend.

6D1* „Persönlichkeitsstörungen und zugehörige Persönlichkeitsmerkmale“

Wohl die gravierendsten Veränderungen durchlaufen haben die Persönlichkeitsstörungen [23, 24, 25]. Gab es in der ICD-10 noch zahlreiche Subtypen, resultierend in häufigen Komorbiditäten bei von Persönlichkeitsstörungen Betroffenen [23], wurde auf diese Form der kategori-

alen Diagnosevergabe in der ICD-11 gänzlich zu Gunsten eines dimensional Modells verzichtet.

Eingangsvoraussetzung für die Diagnose einer „Allgemeinen Persönlichkeitsstörung“ (6D10) sind Störungen des Selbst (Identität, Selbstwertgefühl, Selbsterkenntnis, Selbststeuerung) und/oder interpersonelle Störungen (Interesse an Beziehungen, Fähigkeit zur Perspektivübernahme, Fähigkeit zu engeren Beziehungen und zur Konfliktbewältigung), die klinisch manifest für mindestens 2 Jahre vorliegen müssen. Im Gegensatz zur ICD-10 ist ein Beginn in Kindheit und Jugend nicht zwingend erforderlich. Persönlichkeitsstörungen (PS) gehen mit einem unangepassten Muster von Emotionen (Breite und Angemessenheit emotionalen Erlebens und des Ausdrucks, emotionale Unter- oder Übererregbarkeit, Fähigkeit, für einen selbst unangenehme Emotionen zu erkennen), Kognitionen (Genauigkeit situationaler und interpersoneller Bewertungen v. a. unter Stress, Fähigkeit zum Treffen angemessener Entscheidungen unter Unsicherheit, angemessene Stabilität bzw. Flexibilität von Überzeugungen) und Verhalten (angemessene Impulskontrolle, Angemessenheit von Reaktionen auf starke Emotionen und Stress in Bezug auf Gewalt und Selbstschädigung) einher. Dieses Muster muss sich in einer Bandbreite von Situationen zeigen, das dem Entwicklungsstand der Person unangemessen ist, nicht allein durch soziale oder kulturelle Faktoren erklärbar ist sowie erheblichen Stress oder Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen zur Folge hat.

Nach der Diagnose erfolgte die Bestimmung des Schweregrades. Bei einer leichtgradigen PS (6D10.0) sind spezifische Lebensbereiche betroffen, einige soziale und berufliche Rollen können aufrechterhalten werden und es gibt keinen gravierenden Schaden für sich selbst und andere. Bei einer mittelgradigen PS (6D10.1) sind mehrere Lebensbereiche betroffen, es kommt hin und wieder zu selbst- oder fremdschädigendem Verhalten. Bei einer schwergradigen PS (6D11.2) sind so gut wie alle Lebensbereiche betroffen, sie ist mit einer Erfüllung sozialer Normen inkompatibel und geht oft mit selbst- oder fremdschädigendem Verhalten einher.

Auch wenn verschiedene Unterarten der Persönlichkeitsstörung nicht mehr wie noch in der ICD-10 unterschieden werden, so können zusätzlich prominente Persönlichkeitsmerkmale (6D11.0-6D11.5) kodiert werden: negativ, distanziert, dissozial, gehemmt, zwanghaft sowie das Borderlinemuster. Sie stehen in Zusammenhang mit den weit verbreiteten 5 Persönlichkeitsdimensionen („Big Five“) nach Costa und McCrae [26] und ähneln teilweise den früheren ICD-10-Subtypen (► **Tab. 2**). Eine PS eines bestimmten Grades kann mit mehreren prominenten Merkmalen zugleich einhergehen.

Neben der Vergabe von Persönlichkeitsstörungen ermöglicht die ICD-11 die Vergabe eines Codes für eine Persön-

► **Tab. 2** Persönlichkeitsmerkmale in der ICD-11 im Vergleich zu den „Big Five“ (nach Daten aus [1, 2, 26])

Persönlichkeitsmerkmale oder -muster in der ICD-11 (6D11)	Assoziierte „Big-Five“-Merkmale aus der Persönlichkeitspsychologie
<ul style="list-style-type: none"> • 6D11.0 Negativität • 6D11.1 Distanziertheit • 6D11.2 Dissozialität • 6D11.3 Enthemmung • 6D11.4 Zwanghaftigkeit • - • 6D11.5 Borderline-Muster 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoher Neurotizismus • Niedrige Extraversion • Niedrige Verträglichkeit • Niedrige Gewissenhaftigkeit • Hohe Gewissenhaftigkeit • Offenheit für neue Erfahrungen • -

lichkeitsproblematik (QE50.7) und zwar im Kapitel 24 des ICD-10. Diese ist nicht langanhaltend oder schwer genug sind, um die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung zu erfüllen. Sie bezeichnet das, was man im klinischen Alltag manchmal als Persönlichkeitsakzentuierung bezeichnet – problematisch, aber eben keine Störung. Auch zu diesem Code können als Zusatzcode die in ► **Tab. 2** genannten 5 Merkmale kodiert werden. Eine QE50.7/6D11.3 wäre dann eine Persönlichkeitsproblematik mit Enthemmung, die nicht schwer genug für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ist.

6D3* „Paraphile Störungen“

Im Vergleich zur Vorgängerversion ist dieses Kapitel in der ICD-11 intensiv überarbeitet worden. Das explizite Ziel der Überarbeitung lag darin, Verhaltensweisen zu entpathologisieren und entstigmatisieren, die keine nachweisbaren gesundheitsökonomischen Kosten verursachen [27]. Entsprechend sind als spezifische Störungen nur noch diejenigen erhalten geblieben, die sich obligat auf nicht einwilligende oder nicht einwilligungsfähige Personen beziehen. Sie sind gekennzeichnet durch anhaltende intensive Muster „atypischer“ sexueller Erregung, die sich in sexuellen Impulsen, Fantasien oder Handlungen manifestieren. Einzelne oder gelegentliche atypische Handlungen sind also nicht diagnoserelevant. „Typisch“ als Referenz für das geforderte „atypische“ Muster ist im Gegensatz zum DSM-5 allerdings nicht definiert. Hier finden sich die exhibitionistische Störung (6D30), die voyeuristische Störung (6D31), die pädophile Störung (6D32), die sexuell-sadistische Störung unter Ausübung von Zwang (6D33), die frotteuristische Störung (6D34) und die sonstige paraphile Störung mit nicht einwilligenden Individuen (6D35). Andere ungewöhnliche Inhalte sexueller Erregung, die sich auf die Einzelperson oder einwilligende Personen beziehen, können nach ICD-11 nur dann als klinische Störung diagnostiziert werden, wenn sie mit ausgeprägtem Leiden oder erheblichem Verletzung- oder Todesrisiko verbunden sind. Das Leiden darf dabei nicht ausschließlich auf einer tatsächlichen oder befürchteten Ablehnung der sexuellen Inhalte durch Andere beruhen. Ungewöhnliche sexuelle Inhalte, die zu Leidensdruck infolge tatsächlicher oder befürchteter Ablehnung führen, sollen nicht als eigenständige Stö-

runge klassifiziert werden. Um therapeutisches Handeln in diesem Rahmen zu kodieren, soll auf die Codes der Gruppe „Beratung in Bezug auf Sexualität“ (QA15.X) zurückgegriffen werden [27].

6D5* „Artifizielle Störungen“

Hier wird in der ICD-11 zwischen der „Artifiziellen Störung“ an sich selbst oder gegenüber anderen unterschieden. Dabei kann sich das Vortäuschen von Symptomen auch auf Haustiere beziehen. Eine wichtige Änderung bezieht sich auf die Entstigmatisierung der Störung. Um das Stigma abzubauen, werden die Begriffe „Münchhausen-Syndrom“ und „Münchhausen by proxy“ nicht mehr verwendet.

6D7* und 6E0* „Neurokognitive Störungen“

In der ICD-10 finden sich getrennt einerseits die neurokognitive Störungen und andererseits die sekundär bedingten („organischen“) psychischen Störungen (6E6*), in der ICD-10 waren diese zusammen in der Kategorie F0. Neurokognitive Störungen sind „Delir“ (6D70), die „leichte neurokognitive Störung“ (6D71), die „amnestische Störung“ (6D72) und verschiedene Formen der Demenz (6D8*). Die Demenzen sind sogar doppelt in der ICD-11 enthalten: im Kapitel 06 als „Demenz durch eine Krankheit“ (hier steht das psychopathologische Syndrom, die psychische Dysfunktion im Vordergrund) und in Kapitel 8, Krankheiten des Nervensystems, als „Krankheit“ (durch Biomarker und Pathophysiologie definiert). So findet sich etwa die „Demenz durch Alzheimer Krankheit“ (6C80) im Kapitel 6, die „Alzheimer-Krankheit“ (A820) dagegen im Kapitel 8. Das Gleiche gilt für die übrigen Demenzformen. In 6E0* finden sich sonstige und nicht näher bezeichnete neurokognitive Störungen.

6E2* „Psychische Störungen oder Verhaltensstörungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett“

Während in der ICD-10 nur das Wochenbett explizit erwähnt wurde, werden in der ICD-11 die Bereiche Schwan-

gerschaft, Geburt und Wochenbett in einer neuen Kategorie zusammengeführt. Wenn die Symptomatik zudem die Kriterien einer anderen psychischen Störung erfüllt, soll diese zusätzlich kodiert werden. Nicht psychische Erkrankungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett finden sich in einem eigenen Kapitel, dem Kapitel 18 der ICD-11.

6E4* „Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen“

Diese „Faktoren“ (Störungen, Symptome, Persönlichkeitsmerkmale und Bewältigungsmechanismen sowie maladaptives Gesundheitsverhalten) werden zusätzlich zu einer bestehenden nicht psychischen Erkrankung (z. B. Asthma, Diabetes, Magengeschwür) kodiert, wenn sie erhebliche negative Auswirkungen auf diese haben, indem sie ihre Manifestation, Behandlung oder Verlauf so stören, beeinträchtigen oder verschlimmern, dass die Faktoren einen Schwerpunkt der klinischen Aufmerksamkeit darstellen (in der ICD-10 unter F54 kodiert).

6E6* „Sekundäre psychische oder Verhaltenssyndrome bei anderenorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen“

Unter diese Kategorie fallen psychische und Verhaltenssyndrome, für die eine Erkrankung als ursächlich angesehen wird, die nicht Kapitel 06 zuzuordnen ist, also das, was in der ICD-10 „organische“ (ICD-11: sekundäre) psychische Störungen außerhalb von Demenz und Delir sind. Ein Beispiel wäre etwa ein depressives Syndrom bei Schlaganfall oder ein manisches Symptom bei Hirnblutung. Es gibt Codes für psychotische, affektive, ängstliche, zwanghafte, etc. Syndrome, die zusätzlich zur verursachenden Krankheit vergeben werden können.

„Neurasthenie“ (früher in der ICD-10, entfällt in der ICD-11)

Die „Neurasthenie“, in der ICD-10 (F 48.0) eine psychische Störung, definiert als Erschöpfungsgefühl nach geringer geistiger oder körperlicher Anstrengung, entfällt in der ICD-11. Wegen der anhaltenden Diskussion um das Fatigue-Syndrom bei Long-COVID sei hier angemerkt, dass im Kapitel 08 „Krankheiten des Nervensystems“ nunmehr das „Postvirale Müdigkeitssyndrom“ (8E49) zu finden ist, welches die „Myalgische Enzephalomyelitis“ einschließt. Weiterhin lässt sich im Kapitel 21 unter „Allgemeine Symptome“ die „Fatigue“ (MG22) kodieren – damit ist aber eher die Art von Fatigue gemeint, wie sie bei Multipler Sklerose oder anderen systemischen Erkrankungen auftritt.

Kodierung von „Suizidalität“ (Kapitel 21)

In der ICD-10 ist die Kodierung von „Suizidalität“ verwirrend. Unter X60 bis X84 werden die verschiedenen Methoden der „Vorsätzlichen Selbstbeschädigung“ kodiert, was für die Todesursachenstatistiken von Suiziden relevant ist. In der ICD-11 finden sich diese Codes unter PB*, PC* und PD*. Zusätzlich gibt es in der ICD-10 aber den Code X84.9 für „Vorsätzliche Selbstbeschädigung“, worunter sowohl der Suizidversuch fällt als auch Selbstbeschädigungen in nicht suizidaler Absicht. Und schließlich kann „Suizidalität“ in der ICD-10 unter R45.8 („sonstige Symptome, die Stimmung betreffend“) kodiert werden. Die ICD-11 erlaubt die klare Unterscheidung von Selbstverletzung in nicht suizidaler Absicht (MB23.E) einerseits und in suizidaler Absicht (MB23.R), also den Suizidversuch, andererseits. Zudem hat das ICD-11 explizite Codes für „Suizidgedanken“ (MB26.A) und für „suizidales Verhalten“ (MB23.S). Es ist zu hoffen, dass dies die standardisierte Erfassung von Suizidversuchen und damit eine bessere Dokumentation und Erforschung in Zukunft erleichtern wird.

FAZIT

Der vorliegende Artikel ermöglicht eine Gesamtübersicht über die Struktur des Kapitels 06 der ICD-11, neue und wegfallende Diagnosen sowie die wichtigsten Änderungen. Dabei zeigen sich z. T. deutliche Änderungen in der Definition und Kodierung diverser Störungsbilder. Diese haben nicht nur Auswirkungen auf Einordnung und Diagnosestellung, sondern auch auf die Behandlung von psychischen Störungen. Noch greift die flexible Übergangszeit von der ICD-10 zur ICD-11. Dies ermöglicht es zukünftigen Nutzern, sich schon jetzt mit den Veränderungen vertraut zu machen und darauf vorzubereiten, bevor die ICD-11 in Forschung und Praxis verpflichtend wird.

Interessenkonflikt

Erklärung zu finanziellen Interessen

Forschungsförderung erhalten: nein; Honorar/geldwerten Vorteil für Referententätigkeit erhalten: nein; Bezahlter Berater/interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Nicht-Sponsor der Veranstaltung): nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Sponsor der Veranstaltung): nein.

Erklärung zu nicht finanziellen Interessen

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dr. phil. Henrik Walter
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 am Campus Charité Mitte
 Charité-Universitätsmedizin Berlin,
 corporate member der FU Berlin
 and Humboldt Universität zu Berlin
 Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Deutschland
 henrik.walter@charite.de

Literatur

- [1] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. 11. Revision der ICD der WHO (ICD-11). https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html (letzter Zugriff 14.2.2024)
- [2] Bundesministerium für Gesundheit. ICD-Code-Suche. <https://gesund.bund.de/icd-code-suche> (letzter Zugriff 14.2.2024)
- [3] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. ICD-10 Version 1.0 – Bekanntmachung im Bundesanzeiger. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/historie/versionverlauf/ba-icd10-10-jul95/> (letzter Zugriff 14.02.2024)
- [4] Husemann R, Wiegand HF, Hölzel LP. Die neue Struktur und Konzeption der ICD-11 im Bereich psychischer Störungen. *NHK* 2024; 43: 160–166
- [5] Hölzel LP, Berger M (Hrsg.). ICD-11 – Psychische Störungen. Innovationen und ihre Bewertung. Berlin: Springer; in Vorbereitung
- [6] World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (letzter Zugriff 14.2.2024)
- [7] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html, letzter Zugriff: 27.2.2024
- [8] Reed GM, First MB, Kogan CS et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World psychiatry* 2019; 18: 3–19. doi: 10.1002/wps.20611
- [9] Stein DJ, Szatmari P, Gaebel W et al. Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: an international perspective on key changes and controversies. *BMC medicine* 2020; 18: 1–24. doi: 10.1186/s12916-020-1495-2
- [10] Gaebel W. Status of psychotic disorders in ICD-11. *Schizophrenia bulletin* 2012; 38: 895–898. doi: 10.1093/schbul/sbs104
- [11] Akiskal H, Pinto O. (The evolving bipolar spectrum: prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatric Clinics of North America* 1999; 22: 517–534. doi: 10.1016/S0193-953X(05)70093-9
- [12] Nationale Versorgungsleitlinien. NVL Unipolare Depression. <https://www.leitlinien.de/themen/depression/version-3> (letzter Zugriff 14.02.2024)
- [13] First MB, Gaebel W, Maj M et al. An organization-and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry* 2021; 20: 34–51. doi: 10.1002/wps.20825
- [14] McGlinchey JB, Zimmerman M, Young D et al. Diagnosing major depressive disorder VIII: are some symptoms better than others?. *The Journal of nervous and mental disease* 2006; 194: 785–790. doi: 10.1097/01.nmd.0000240222.75201.aa
- [15] Leite A, Medeiros AGAP, Rolim C. et al. Hope theory and its relation to depression: a systematic review. *Annals of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2019; 2: 1014
- [16] Volz H, Köhler S. Überblick über die Veränderungen in der ICD-11 im Bereich der affektiven Störungen. *Nervenheilkunde* 2024; 43: 196–202
- [17] Kogan CS, Stein DJ, Maj M et al. The classification of anxiety and fear-related disorders in the ICD-11. *Depression and anxiety* 2016; 33: 1141–1154. doi: 10.1002/da.22530
- [18] Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M et al. The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. *Journal of affective disorders* 2016; 190: 663–674. doi: 10.1016/j.jad.2015.10.061
- [19] Maercker A, Brewin CR, Bryant RA et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2013; 12: 198–206. doi: 10.1002/wps.20057
- [20] Poznyak V, Reed GM, Medina-Mora ME. Aligning the ICD-11 classification of disorders due to substance use with global service needs. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2018; 27: 212–218. doi: 10.1017/S2045796017000622
- [21] Heinz A, Halil MG, Gutwinski S et al. ICD-11: Änderungen der diagnostischen Kriterien der Substanzabhängigkeit. *Der Nervenarzt* 2022; 93: 51–58. doi: 10.1007/s00115-021-01071-7
- [22] Saunders JB, Hao W, Long J et al. Gaming disorder: Its delineation as an important condition for diagnosis, management, and prevention. *Journal of behavioral addictions* 2017; 6: 271–279. doi: 10.1556/2006.6.2017.039
- [23] Reed GM. Progress in developing a classification of personality disorders for ICD-11. *World Psychiatry* 2018; 17: 227–229. doi: 10.1002/wps.20533
- [24] Renneberg B, Herpertz SC. Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe; 2021
- [25] Herpertz S, Hölzel L. Persönlichkeitsstörungen in ICD-11 – Was sich geändert hat. *Verhaltenstherapie* 2024; in press
- [26] Costa PT, McCrae RR. The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *J Personal Disord* 1992; 6: 343–359. doi: 10.1521/pedi.1992.6.4.343
- [27] Krueger RB, Reed GM, First MB et al. Proposals for Paraphilic Disorders in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision (ICD-11). *Arch Sex Behav* 2017; 46: 1529–1545. doi: 10.1007/s10508-017-0944-2

Bibliografie

Nervenheilkunde 2024; 43: 167–176
 DOI 10.1055/a-2216-7277
 ISSN 0722-1541
 © 2024. Thieme. All rights reserved.
 Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
 70469 Stuttgart, Germany

ERRATUM

Dieser Artikel wurde geändert gemäß folgendem Erratum vom 22.04.2024:

Im oben genannten Artikel wurde ein Fehler in der Auflistung der Persönlichkeitsmerkmale nach ICD-11 in ▶ **Tab. 2** korrigiert. Richtig ist, dass jetzt immer die miteinander assoziierten/sich ähnelnden Begrifflichkeiten nebeneinanderstehen.