

# Normalitätskonzepte, Diagnosen und deren Relevanz für die Behandlung von psychischen Krankheiten mit Bezug zum neuen ICD-11

G. Gatterer

## Einleitung

Was ist normal, wer sind die normalen Menschen, wer die mit Behinderung, wer die „psychisch kranken Menschen“? Was bedeutet überhaupt „krank“ bzw. „normal“ zu sein, und wer und wie definiert man das?

Um diese Fragen beantworten zu können, müssen Kriterien festgelegt und Unterscheidungsmerkmale herausgearbeitet werden, anhand derer man das „Nicht-Normale“, das „Abnorme“ erkennen und einordnen, bzw. spitz formuliert, „in die Schublade stecken“ kann.

Die WHO hat es im Jahr 1948 folgendermaßen definiert: (vgl. WHO, 1948; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080455/#:~:text=The%20Constitution%20of%20the%20World,or%20absence%20of%20diseases%3A%20so>) “The Constitution of the World Health Organization, which came into force on April 7, 1948, defined health ‘as a state of complete physical, mental and social well-being.’ The writers of the Constitution were clearly aware of the tendency of seeing health as a state dependent on the presence or absence of diseases: so they added to that definition that an individual, if he is to be considered healthy, should not suffer from any disease (“ ... and not merely the absence of disease or infirmity”) (1). In that way, the definition of the World Health Organization simply added a requirement to the previous position that allowed to declare someone healthy if no disease could be found: the step forward that could have been taken in the conceptualization of health as a dimension of existence which can co-exist with the presence of a disease or impairment was thus not taken.

Today, three types of definition of health seem to be possible and are used. The first is that health is the absence of any disease or impairment. The second is that health is a state that allows the individual to adequately cope with all demands of daily life (implying also the absence of disease and impairment). The third definition states that health is a state of balance, an equilibrium that an individual has established within himself and between himself and his social and physical environment.”

Dieser „Störungsbegriff“ hat jedoch etliche Probleme, die man folgendermaßen zusammenfassen kann:

- Was ist „krank“ und was „gesund“?
- Wer definiert es, und welche Kriterien müssen vorhanden sein?
- Es gibt zahlreiche, unscharfe Definitionen von unterschiedlichen Perspektiven (z. B. WHO, Salutogenese-Modell).
- Schwellenproblem: Gibt es einen Punkt, ab dem ein Verhalten pathologisch ist, oder gibt es kontinuierliche, fließende Übergänge? Dahinter steht der Unterschied zwischen einer kategorialen und dimensional Diagnostik.
- Können die einzelnen Störungen klar getrennt werden, und was sind die Kriterien?

- Ebenso spielen viele normative Aspekte eine Rolle (z. B. sind die psychischen Symptome in einer Schwangerschaft eine Krankheit).
- Die Unterscheidung zwischen *Disease* vs. *Illness* vs. *Sickness* bzw. Krankheit vs. Beeinträchtigung/Behinderung/Problem vs. Behandlungs-/Präventions-/Pflege- und Unterstützungsbedarf
- Psychische Störungen sind (modifizierbare!) Konstrukte und ändern sich auch mit gesellschaftlichen Veränderungen, Gesetzen bzw. Kulturen.
- Können psychische und somatische bzw. soziale Probleme nach den gleichen Kriterien beurteilt werden?
- Welche Relevanz haben diese Kriterien, z. B. Gesetze, somatische Symptome und Krankheiten, eigene Bewertungen etc., für die Diagnostik?

Der vorliegende Artikel versucht diese Problematik und die damit verbundenen Veränderungen im ICD-11 näher darzustellen.

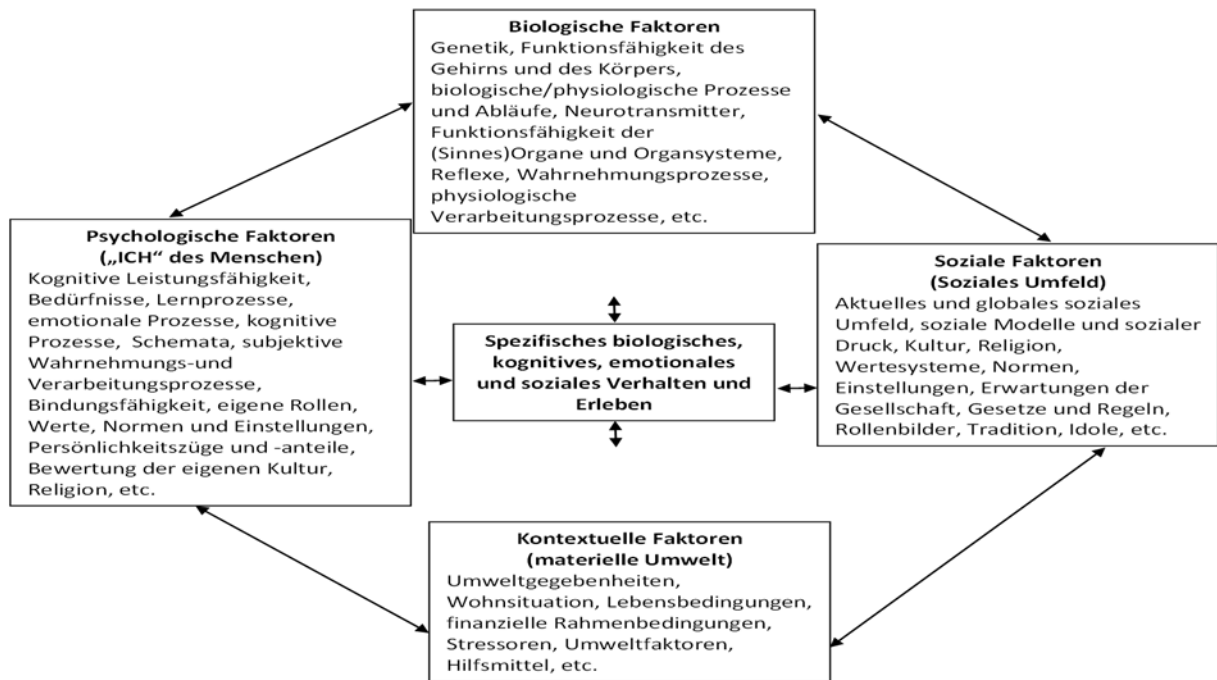
### **Konsequenzen für das ICD-11 und DSM-5**

Auch im Rahmen der Psychotherapie und der damit verbundenen Diagnostik psychischer Störungen spielt dies eine wesentliche Rolle. Diagnosesysteme wie das DSM-5 oder ICD-11 versuchen das zu lösen. Das Ziel ist, ein für alle verständliches System zu schaffen. Diese Systeme sind aber auch einem ständigen Wandel unterworfen. Diagnosen wie etwa die Homosexualität im ICD-8 verschwinden, neue wie etwa „Burn Out“ entstehen bzw. werden diskutiert, ob sie krankheitswertig sind. Das wird aktuell besonders bei der Diskussion des neuen ICD-11 sichtbar. Hier erfolgt eine Modernisierung aufgrund kultureller oder medizinischer Weiterentwicklungen. Homosexualität wurde in den 1970er-Jahren aus dem ICD und anderen Krankheitsklassifikationssystemen entfernt (WHO, 2021a). Bei der elften Revision soll Stigmatisierung durch unzeitgemäße Zuordnung zu einem pathologischen Kontext vermieden werden. Genau andersherum verhält es sich mit neuerdings erkannten oder nun anders zugeordneten Krankheiten, durch deren Codierung Betroffene erst Zugang zu neuen Behandlungsmöglichkeiten bekommen.

Die Grundlagen der Diagnostik stellen das Verhalten und Erleben von Menschen in sozialen Systemen dar.

Betrachtet man das menschliche Verhalten, so ist dieses als Resultat von organischen Faktoren (biologische Grundlage des Verhaltens), psychischen Faktoren (Lernprozesse, Einstellungen, eigene Werte und Normen, Gefühle ...), sozialen Faktoren (soziale Normen, Beziehungen ...) und Umweltgegebenheiten (Kontext) zu sehen. Darauf baut auch das ICD-11 auf, welches den betroffenen Menschen und seine Symptomatik, aber auch damit verbundene biologische, soziale und kulturelle und kontextuelle Faktoren (z. B. Umwelteinflüsse; Rahmenbedingungen) in die Diagnostik mit einbezieht.

Die Bereiche und deren Zusammenspiel sind in folgender Abbildung dargestellt (vgl. Gatterer Hrsg., 2023).



Diese Bereiche beeinflussen einander und das Verhalten gegenseitig und führen zu individuellen Verhaltensweisen und Erleben in unterschiedlichen Lebensbedingungen. Normalität bedeutet also die „psychisch gute“ Auseinandersetzung mit diesen Bereichen.

### Kriterien für die Definition von Gesundheit und Krankheit (Normalität)

Unter obigen Aspekten ist auch die Problematik von Gesundheit und Krankheit bzw. Normalität zu sehen. Gesundheit und Krankheit sind bei jüngeren Menschen meist leicht voneinander zu trennen. Die WHO (Ottawa-Charta der WHO 1986; 1998, Seite 1) definiert Gesundheit wie folgt: “Health means more than freedom from disease, freedom from pains, freedom from untimely death. It means optimum physical, mental and social efficiency and wellbeing”. Insofern handelt es sich bei diesen Begriffen um sehr dynamische, komplexe Faktoren, die Bereiche wie Lebenszufriedenheit, Körperlichkeit, Anpassungsfähigkeit etc. beinhalten. Die Bereiche schließen einander jedoch nicht immer absolut aus, sondern weisen wechselseitige Überschneidungen auf (Kruse, 2001).

- Idealnorm

Hier wäre die WHO-Definition des Zustands des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens das praktische Beispiel. Dieser ist jedoch schwer erreichbar. Ebenso gehört hierzu die aktuelle Diskussion von Schönheit und Wohlbefinden über soziale Medien.

- Medizinische Sicht von Normalität

Medizinisch gesehen wird Gesundheit oft mit dem Fehlen von Krankheiten, durch das Fehlen von Symptomen, Symptomgruppen oder Syndromen, über Normwerte (z. B. Blutzucker) und

das Kriterium der „Funktionsfähigkeit“ definiert. Das ist bei jüngeren Menschen zwar ebenfalls nicht immer einfach, bringt bei älteren jedoch einige Probleme, wie etwa die Problematik von „altersbedingten Veränderungen“, die Definition „krankheitswertiger Veränderungen“ (z. B. Gedächtnisstörungen treten im Alter vermehrt auf, sind jedoch auch das erste Anzeichen für eine Demenz) und das Fehlen von Normwerten für „gesunde“ alte Menschen (Stambler, 2022).

- Statistische Sicht

Statistisch gesehen wird „Normalität“ oft durch die Häufigkeit des Vorhandenseins von bestimmten Verhaltensweisen definiert. Dadurch entstehen teilweise auch soziale Normen und Rollenbilder (z. B. Sauberkeit). Diese orientieren sich an

- der Art des Verhaltens,
- der Stimmung, dem Antrieb, dem Denken und sonstigen Verhaltensaspekten (Schlaf, Essen, Trinken ...),
- dessen Häufigkeit und Intensität,
- dem Kontext,
- den sozialen Normen,
- der Erklärbarkeit und Nachvollziehbarkeit
- und dem Leiden des Betroffenen (oder der Umwelt).

Auch psychische Krankheiten werden oft nach ähnlichen Kriterien definiert.

Dabei ergibt sich aber die Problematik, dass bestimmte Verhaltensweisen in einem Kontext (z. B. bei Künstlern) „normal“ sind, bei anderen (z. B. älteren Menschen) als krankhaft und behandlungsbedürftig angesehen werden. Insofern spielen hier oft Gruppenzuordnungen, aber auch soziale Faktoren eine wesentliche Rolle. Durch gesellschaftliche Entwicklungen, z. B. Diversität, Genderdiskussionen, polykulturelle Gesellschaften, Minderheitengesetze, Verhinderung von Diskriminierung durch „anders sein“, wird dieser statistische Normalitätsbegriff immer problematischer gesehen.

Im Alter ergibt sich unter Berücksichtigung des statistischen Normbegriffes oft die Problematik, dass dadurch Verhaltensweisen, die für sich nicht pathologisch sind, als nicht altersadäquat pathologisiert werden, um Aspekte, die damit verbunden sind abzubilden. Dies soll aber keine Altersdiskriminierung darstellen. Im ICD-11 wurde dieser Aspekt mit „Old Age MG2A“ insofern integriert (<https://www.carl-auer.de/magazin/larnaca-conferences/fortgeschrittenes-pathologisches-altern-sollte-in-der-icd-abgebildet-werden>).

- Soziale Normen

Diese orientieren sich an gesellschaftlichen Normen und sind zeitlichen Veränderungen unterworfen. Hier stellen Gesetze eine wesentliche Norm dar. Ergänzt werden sie durch soziale Normen unabhängig von statistischen oder gesundheitlichen Aspekten, die durch Übereinkunft getroffen werden und als Orientierungshilfen für die Gesellschaft dienen, aber keinen verbindlichen Gesetzescharakter haben. Ähnliches gilt für religiöse, ethische und kulturelle Aspekte, die in manchen Ländern wie Gesetze gehandhabt werden oder sogar über diesen stehen. Das ICD-11 passt sich hier stark den veränderten gesellschaftlichen Veränderungen hinsichtlich mehr Toleranz für Individualität und Freiheit an. Dahinter stehen auch neue Gesetze, wie etwa in Österreich das Sterbeverfügungsgesetz (Recht auf selbstbestimmtes Sterben unter bestimmten Voraussetzungen), das Erwachsenenschutzgesetz (ersetzt das Sachwalterschaftsgesetz und bedeutet höhere Autonomie für die Betroffenen) und das Minderheitenschutzgesetz.

- Individuelle Normen

Diese treffen Menschen für sich selbst im Rahmen der Definition von Individualität und „Ich“. Man sieht sich sozusagen als Maß für Normalität an und vergleicht sich mit den anderen.

Zusätzlich tritt das Problem der „subjektiven“ Sicht von Gesundheit und Krankheit auf. Dieses Kriterium ist in der aktuellen Gesellschaft immer wichtiger geworden, was sich auch im ICD-11 widerspiegelt, wo der Parameter des subjektiven Leidens bei psychischen Krankheiten ganz nach vorne gestellt wird.

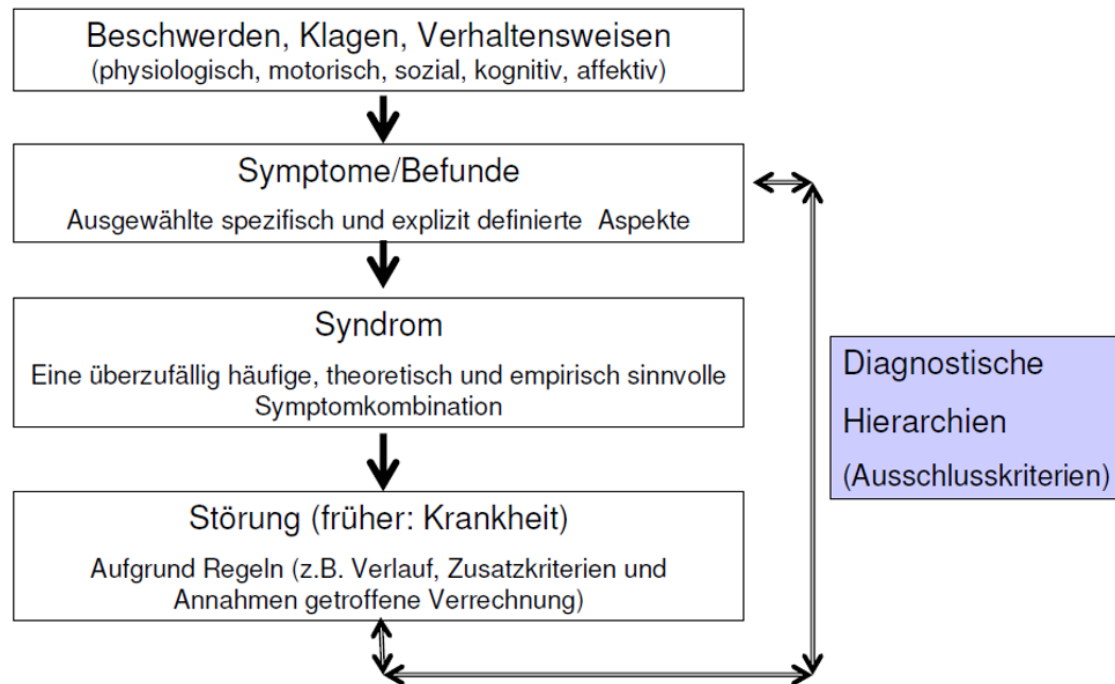
So definiert das ICD-11 den Bereich der „Mental, behavioural and neurodevelopmental disorders ... (*als*) ... syndromes characterised by clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotional regulation, or behaviour that reflects a dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes that underlie mental and behavioural functioning. These disturbances are usually associated with distress or impairment in personal, family, social, educational, occupational, or other important areas of functioning“ (<https://icd.who.int/dev11/1-m/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f334423054>).

### **Kategoriale vs. dimensionale Diagnostik**

Der kategoriale Ansatz dient der Abgrenzung einzelner Störungsbilder untereinander und der Erleichterung der Verständigung über klinische Sachverhalte. Dazu müssen bestimmte Kriterien für eine Diagnose erfüllt sein. Dabei muss eine Diagnose bei einer knappen Nichterfüllung der Kriterien ausgeschlossen werden.

Das ICD-10 ist primär kategorial aufgebaut. Die Einteilung oder Einordnung von Phänomenen, die durch bestimmte gemeinsame Merkmale charakterisiert sind, erfolgt in ein nach Klassen gegliedertes System (Wittchen & Lachner, 1996, S. 4). Liegt der Messwert eines Merkmals innerhalb oder außerhalb einer „Klasse“ von im Voraus definierten Merkmalen (z. B. Eignung vorhanden ja/nein, Angststörung ja/nein) ergibt sich die Diagnose. Auf die Problematik der Normalität und die damit verbundene Diagnostik weisen auch Rief & Stenzel (2012; [https://lehrbuch-psychologie.springer.com/sites/default/files/atoms/files/berking\\_rief\\_klinische\\_band\\_i\\_probe\\_kapitel\\_2.pdf](https://lehrbuch-psychologie.springer.com/sites/default/files/atoms/files/berking_rief_klinische_band_i_probe_kapitel_2.pdf)) hin. Kategoriale Systeme listen also jene Faktoren auf, die für das Erstellen einer Diagnose bzw. deren Schweregrades notwendig sind. Damit ergeben sich Cluster, die zu einer Diagnose zusammengeführt werden. Dahinter steht meist ein „globales“ Konstrukt für eine Störung bzw. ein Syndrom. Bis zu einer bestimmten Anzahl von Symptomen ist man demnach „gesund“ bzw. „krank“.

Der gesamte Untersuchungs- und Entscheidungsprozess, der zur Erhebung der (psychopathologischen) Befunde und zur Ableitung einer oder mehrerer Diagnosen führt ist unten dargestellt (Stieglitz & Freyberger, 1996, S. 24).



Der dimensionale Ansatz hingegen geht davon aus, dass sich psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten nicht eindeutig von „normalem“ Verhalten abgrenzen und sich keine eindeutig voneinander unterscheidbaren Klassen definieren lassen. Vielmehr wird angenommen, dass den beobachteten Phänomenen bestimmte Dimensionen zugrunde liegen, auf denen die Beobachtungen kontinuierlich verteilt sind. Die Dimension geht von unauffällig zu auffällig oder von gesund zu krank. Die feststellbaren Unterschiede sind dabei vor allem quantitativer Natur, so dass es keine klare Trennung zwischen den beiden Polen gibt.

Dies wäre etwa die Beurteilung der Auftretenshäufigkeit und Intensität der Symptome auf den Checklisten (z. B. Rating der Stärke von Angst auf einer Skala von 0 bis 10) oder auch im ICD-11 die individuelle Bewertung einer Persönlichkeitsstörung nach leicht, mittel und schwer. Dabei können auch leichte Störungen bzw. subklinische Störungen erfasst werden.

Beispielsweise wäre die Erfassung von Persönlichkeitsstörungen im ICD-11 folgendermaßen definiert:

„Eine Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch Probleme in der Funktionsweise von Aspekten des Selbst (z. B. Identität, Selbstwert, Genauigkeit der Selbsteinschätzung, Selbststeuerung) und/oder zwischenmenschliche Störungen (z. B. die Fähigkeit, enge und für beide Seiten befriedigende Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, die Fähigkeit, die Sichtweise anderer zu verstehen und mit Konflikten in Beziehungen umzugehen), die über einen längeren Zeitraum (z. B. zwei Jahre oder länger) bestehen. Die Störung äußert sich in maladaptiven (z. B. unflexiblen oder schlecht regulierten) Mustern der Kognition, des emotionalen Erlebens, des emotionalen Ausdrucks und des Verhaltens und zeigt sich in einer Reihe von persönlichen und sozialen Situationen (d. h. sie ist nicht auf bestimmte Beziehungen oder soziale Rollen beschränkt). Die Verhaltensmuster, die die Störung charakterisieren, sind entwicklungsmäßig nicht angemessen und können nicht in erster Linie durch soziale oder kulturelle Faktoren, einschließlich sozialpolitischer Konflikte, erklärt werden. Die Störung ist mit erheblichem Stress oder einer signifikanten Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen

Funktionsbereichen verbunden.“

([https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html)).

Diese werden in leicht, mittel oder schwer bzw. „Schwierigkeiten“ und den *Trait Domain* Spezifizierern

6D11.0 Negative Affektivität bei Persönlichkeitsstörung oder -problematik

6D11.1 Distanziertheit bei Persönlichkeitsstörung oder schwieriger Persönlichkeit

6D11.2 Dissozialität bei Persönlichkeitsstörung oder schwieriger Persönlichkeit

6D11.3 Enthemmung bei Persönlichkeitsstörung oder schwieriger Persönlichkeit

6D11.4 Anankasmus bei Persönlichkeitsstörung oder schwieriger Persönlichkeit

6D11.5 Borderline-Muster

zugeordnet.

Eine vollständige Beschreibung eines bestimmten Falles einer Persönlichkeitsstörung umfasst dadurch

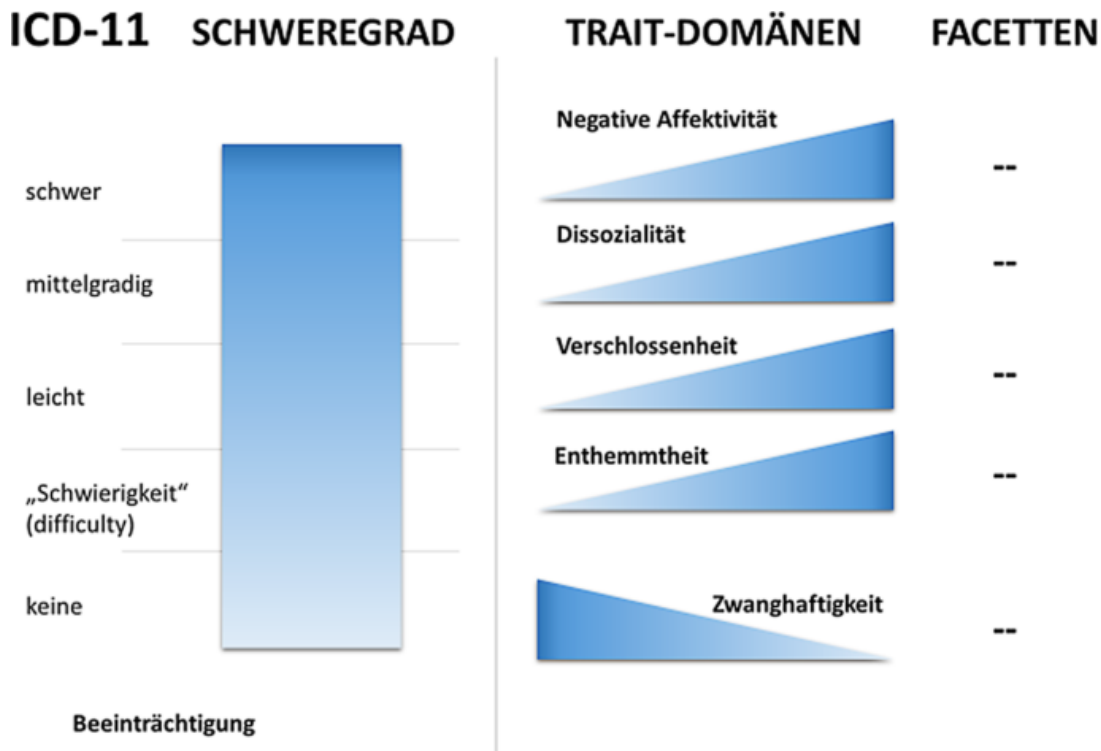
- die Bewertung des Schweregrads und

- die Zuordnung der anwendbaren Merkmalsdomänenspezifizierer (z. B. leichte Persönlichkeitsstörung mit negativer Affektivität und Anankastia; schwere Persönlichkeitsstörung mit Dissozialität und Enthemmung).

Das Borderline-Muster: Dieser Spezifizierer gilt als optional, sollte jedoch, wenn er verwendet wird, idealerweise in Kombination mit den Spezifizierern der Merkmalsdomäne verwendet werden (z. B. mittelschwere Persönlichkeitsstörung mit negativer Affektivität, Dissozialität und Enthemmung, Borderline-Muster).

Durch diese Zuordnungskriterien wird Stigmatisierung z. B. durch die Diagnose „Narzistische Persönlichkeitsstörung“ vermieden und die Problematik klar definiert, z. B. Dissozialität.

Die Diagnostik kann nach Mitmansgruber (2020) folgendermaßen dargestellt werden:



### Perspektiven der Betrachtung von Verhaltensweisen

Die Problematik der „nicht objektiven“ Beurteilung kann durch die unterschiedlichen Positionen und Sichtweisen bei der Beurteilung von Veränderungen erklärt werden. So kann eine Situation bzw. ein Problem aus folgenden Positionen betrachtet werden (mod. nach Gatterer, 2010):

- Die subjektive Sicht: Darunter versteht man die individuelle Sichtweise des Beurteilers und auch des Betroffenen. Damit verbunden sind unterschiedliche Normen und Werte hinsichtlich „Normalität“ und „Krankheit“. Oft spielen auch eigene Verhaltensweisen bei der Beurteilung eines Verhaltens bzw. eines Problems eine Rolle. So kann es etwa vorkommen, dass ein Betreuer aus der Tatsache heraus, dass er selbst Cannabis raucht, Cannabis rauchen als weniger problematisch einstufen als Alkohol trinken.
- Die professionelle/gesetzliche Sicht: Hier werden nur „harte Tatsachen“ als Faktoren zur Beurteilung herangezogen. Abweichungen von der oft statistischen „Norm“ sind zu korrigieren. Die Person selbst und ihre Bedürfnisse spielen dabei eine untergeordnete Rolle. In diesem Bereich ergeben sich immer wieder Veränderungen durch gesetzliche Veränderungen. Als wesentliche Veränderungen sind hierbei in Österreich die stärkere Betonung von Autonomie und Freiheit durch das Gewaltschutzgesetz, das Erwachsenenschutzgesetz, das Unterbringungsgesetz, das Sterbeverfügungsgesetz, die Patient:innenverfügung und die Möglichkeit der Änderung der Geschlechtszugehörigkeit auch ohne geschlechtsangleichende Operation zu nennen.
- Die fachbezogene Sicht: Jede Fachdisziplin beurteilt Veränderungen in ihrem eigenen Bereich oft als relevanter als in anderen. So kann es etwa vorkommen, dass internistische Probleme (z. B. erhöhtes Krebsrisiko beim Rauchen von Nikotin) und Krankheiten als wesentlicher bewertet werden als psychiatrische (z.B. Psychoserisiko durch den Konsum von Cannabis) oder auch umgekehrt.



- Die patient:innenorientierte Sicht: Dabei wird der Mensch mit seinen Problemen und seiner Sichtweise in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt.
- Die systemische Sicht: Hier wird das Problem und seine Auswirkung auf den gesamten Lebensraum des Betroffenen bzw. des Sozialsystems betrachtet.

Alle diese Sichtweisen haben bei der ganzheitlichen Betreuung des Menschen wesentliche Bedeutung und müssen deshalb sowohl bei diagnostischen als auch rehabilitativen und therapeutischen Maßnahmen beachtet werden. Eine Behandlung bzw. Pflegemaßnahmen dürfen jedoch nur mit Zustimmung des Betroffenen durchgeführt werden. Eine Ausnahme stellt Selbst- bzw. Fremdgefährdung infolge der gesetzlichen Rahmenbedingungen dar.

## **Überlegungen zur Diagnostik und Therapie**

Folgende Überlegungen können hilfreich sein, um obige Normalitäts- und Behandlungsproblematik zu lösen.

- Genaue und objektive Erfassung der aktuellen Situation durch einen standardisierten psychopathologischen Status
- Ergänzung durch verschiedene zusätzliche medizinische, psychologische, soziale und kontextuelle Parameter und Untersuchung derselben
- Genaue Definition des Problems bzw. der Störung. Wer hat es? Wer leidet? Seit wann besteht es? Wie sieht es genau aus? Wen stört es?
- Bewertung der Krankheitswertigkeit. Leidet der/die Betroffene? Ist es gefährlich? Liegt Selbst- und oder Fremdgefährdung vor? Ist die Person volljährig und entscheidungsfähig? Wer ist aller betroffen? Warum ist es ein Problem? Was sagt der Gesetzgeber? Gibt es ein Gesetz, welches die „Störung“ definiert (z. B. Pädophilie).
- Welche Diagnosen ergeben sich entsprechend ICD-10, in Zukunft ICD-11?
- Diskussion der Ziele. Wer definiert diese, und wer soll behandelt werden? Für wen ergeben sich Verbesserungen? Gibt es eine gesetzliche Auflage?
- Diskussion der Maßnahmen. Welche stehen zur Verfügung? Sind sie gesetzlich erlaubt und angemessen? Sind sie ethisch moralisch vertretbar?
- Diskussion der Konsequenzen. Welche Konsequenzen haben die Maßnahmen für wen? Wie stark ist der/die Betroffene beteiligt?
- Weiters ist es im Sinne der „Objektivität“ der Diagnostik notwendig, eigene Werte und Normen in der Selbsterfahrung reflektiert zu haben, um einen „emotionalen Bias“ durch die Beurteiler:innen zu vermeiden.

## **Konsequenzen für die Diagnostik nach ICD-11 – ein globaler Überblick**

In der Entwicklung der CDDG (Clinical Description and Diagnostic Guidelines) für die Kapitel der MBND (Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders) der ICD-11 standen als Leitkonzepte wissenschaftliche Validität, diagnostische Konsistenz („Reliability“), „Utility“ und „Global Applicability“ im Vordergrund. Als Ergebnis liegt nun das ICD-11 ([https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html)) mit den essentiellen diagnostischen Merkmalen der einzelnen Krankheitsbilder (möglichst flexible Anwendung ohne operationale Pseudopräzision oder Polythetik), deren Abgrenzung gegenüber anderen psychischen Störungen (Differenzialdiagnose) oder Normvarianten sowie der Berücksichtigung kultur- und

geschlechterspezifischer Reaktionen etc. (First, Reed, Hyman & Saxena, 2015; Reed et al., 2019) in einer deutschen Erstversion vor.

Grundlage für eine Diagnose sind der subjektive Leidensdruck bzw. Gesetze oder der psychische Leidensdruck durch eine biologische Krankheit.

Die ICD-11 ist auch weiterhin ein überwiegend kategorial strukturiertes Klassifikationssystem, wenn man von den Persönlichkeitsstörungen absieht, wobei ein erheblicher Zuwachs an dimensional konfigurierten „Specifiers“ oder „Qualifiers“ zu verzeichnen ist, die im Bereich von Symptom-, Verlaufs- und Schweregradindikatoren angesiedelt sind und zusätzlich zu teilweise präkoordinierten Kategorien (siehe z. B. Schizophrenia or other primary psychotic disorders) postkoordinativ hinzugefügt werden können.

Eine bedeutsame inhaltliche Änderung ist der Lebensspannenansatz der ICD-11. So beginnt das ICD-11 im Kapitel 6 „Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen“ mit den neuronalen Entwicklungsstörungen und endet mit den Neurokognitiven Störungen. Einzelne Krankheitsbilder sind nicht mehr so definiert wie im ICD-10 bzw. wurden überhaupt als „Störung“ aufgegeben (vgl. Sexualstörungen). Neurologische bzw. im Überlappungsbereich zwischen Neurologie und Psychiatrie liegende Störungen finden sich im Kapitel 08 „Diseases of the nervous system“. Klinische Manifestationen neurokognitiver Störungen werden somit in der ICD-11 im Kapitel 06 kodiert und obligatorisch mit einem Code zur Ätiopathogenese in Kapitel 08 postkoordinativ kombiniert.

Die Schlaf-Wachstörungen wurden ein eigenes globales Kapitel 7. Es dürfte hier in den kommenden Jahren zwischen den Fächern zu weiteren Änderungsvorschlägen, Diskussionen und bestenfalls Einvernehmlichkeiten unter Nutzung des vorhandenen Vorschlagstools kommen (Müller, 2022), solange Manifestation und Ätiopathogenese neuropsychiatrischer Störungsbilder auf unterschiedliche Fachkapitel verteilt bleiben. Hierbei spiegelt sich auch die Idee des ICD-11 als sich veränderndes System wider.

Weitere wichtige Aspekte für die Erfassung von psychischen Störungsbildern sind die Kapitel 21 und 24 (Sievers, 2021).

Kapitel 21 beinhaltet Symptome, Zeichen oder klinische Befunde, die man nicht anderswo klassifizieren kann (sogenannte „M-Codes“), welche jedoch von klinischer Relevanz sein können, wie zum Beispiel „Perfektionismus“ (MB28.C) oder „überwertige Ideen“ (MB26.6).

Kapitel 24 beinhaltet „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen oder zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“.

Die Kategorien in diesem Kapitel sind für Fälle vorgesehen, in denen andere Umstände als eine Krankheit, Verletzung oder äußere Ursache, die anderswo klassifiziert werden können, als „Diagnosen“ oder „Probleme“ erfasst werden. Dies kann im Wesentlichen auf zwei Arten geschehen:

„... wenn eine Person, die krank sein könnte, das Gesundheitswesen zu einem bestimmten Zweck aufsucht, z. B. um eine begrenzte Versorgung oder Dienstleistung für einen aktuellen Zustand zu erhalten, um ein Organ oder Gewebe zu spenden, um eine prophylaktische Impfung zu erhalten oder um ein Problem zu besprechen, das an sich keine Krankheit oder Verletzung ist oder ... wenn ein Umstand oder Problem vorliegt, das den Gesundheitszustand der Person beeinflusst, aber an sich keine aktuelle Krankheit oder Verletzung darstellt. Ein solcher Umstand oder ein solches Problem kann bei Bevölkerungsbefragungen erhoben werden, wenn die Person aktuell krank ist oder nicht, oder als zusätzliche Information

aufgezeichnet werden, die zu beachten ist, wenn die Person wegen einer Krankheit oder Verletzung behandelt wird“.

In diesem Kapitel findet sich auch „Burn-Out“ als „... ein Syndrom, das als Folge von chronischem Stress am Arbeitsplatz konzeptualisiert wird, der nicht erfolgreich bewältigt wurde. Es ist durch drei Dimensionen gekennzeichnet:

- 1) Gefühle der Energieerschöpfung oder Erschöpfung,
- 2) erhöhte mentale Distanz zur Arbeit oder Gefühle von Negativismus oder Zynismus in Bezug auf die Arbeit und
- 3) ein Gefühl der Ineffektivität und des Mangels an Leistung.

Burnout bezieht sich speziell auf Phänomene im beruflichen Kontext und sollte nicht zur Beschreibung von Erfahrungen in anderen Lebensbereichen verwendet werden“.

Burnout wird insofern als Berufssphänomen (QD85) und nicht als ein medizinischer Zustand verschlüsselt (WHO, 2018). Erfüllt die Person jedoch die Kriterien einer Depression, so ist diese zu diagnostizieren.

Spezifische Aspekte von Störungen und Krankheiten können mit der ICD-11 differenzierter als bisher verschlüsselt werden (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2021). So können beispielsweise die (bzw. der Stammcode von den) sozialen Phobien mit einer sogenannten Postkoordination „Panikattacke“ (MB23.H) zur Spezifizierung der Diagnose ergänzt werden, welches dann eine Codekette bildet (6B04/MB23.H). Zusätzlich ist es möglich, optionale Ergänzungs-codes (engl. *extension codes*; „X-Codes“) durch ein „&“ mit einem einzelnen Stammcode oder einer Codekette zu kombinieren (Sievers, 2021). Dies erlaubt es, die Diagnose mit zusätzlichen Details zu ergänzen, wie beispielsweise dem Schweregrad einer positiven Symptomatik bei einer Schizophrenie (6A20/6A25.0&XS0T).

Andere, wie beispielsweise die körperdysmorphe Störung und das pathologische Horten (Messiesyndrom), wurden in die Zwangsstörung integriert, oder die Binge Eating Störung (Gaebel, Stricker und Kerst, 2020) in die Essstörungen aufgenommen.

Die „Störungen der Geschlechtsidentität“ sind nicht mehr bei den psychischen Störungen angesiedelt, sondern in dem separaten neuen Kapitel 17 „Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit“. Hier sind auch die sexuellen Funktionsstörungen, Schmerzen und andere Erkrankungen beinhaltet, während Paraphilien weiter bei den psychischen Erkrankungen klassifiziert werden. Sexuelle Dysfunktion und Transgender gelten ohne subjektiven Leidensdruck somit nicht als psychische Störungen. So steht im ICD-11:

„Geschlechtsinkongruenz ist durch eine ausgeprägte und anhaltende Inkongruenz zwischen dem empfundenen Geschlecht und dem zugewiesenen Geschlecht gekennzeichnet. Geschlechtsvariante Verhaltensweisen und Vorlieben allein sind keine Grundlage für die Zuweisung von Diagnosen in dieser Gruppe.“

Veränderungen ergeben sich auch bei „Psychischen Störungen oder Verhaltensstörungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett (6E20, 6E21, 6E22)“, bei „Psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen“ (6E40) und bei „Sekundären psychischen oder Verhaltenssyndromen bei anderenorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen“. Dabei gilt jedoch, dass der Leidensdruck die Kriterien einer „spezifischen psychischen Störung“ erfüllt. Es beinhaltet „... Syndrome in Zusammenhang mit der Schwangerschaft oder dem Wochenbett (Beginn innerhalb von etwa sechs Wochen nach der Entbindung), die signifikante psychische und verhaltensbezogene Merkmale aufweisen. Erfüllen die Symptome die diagnostischen Anforderungen für eine spezifische psychische Störung (z. B. Depression), sollte auch diese Diagnose gestellt werden“.

## Das ICD-11 und seine Verwendung

Anbei ist ein Überblick über das ICD-11 (deutsche Version: [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html)) angeführt. Die Namen der deutschen Übersetzung können sich dabei noch ändern. Zur genauen Beschreibung wird auf die WHO-Originalversion verwiesen <https://icd.who.int/dev11/l-m/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2fentity%2f37291724>

Die Gruppe der spezifischen psychischen Störungen findet sich im Kapitel 6.  
Mit ▷ gekennzeichnete Bereiche haben noch Unterkategorien bzw. Spezifizier.

### 06 Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen

- ▷ Neuronale Entwicklungsstörungen
- ▷ Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen
- ▷ Katatonie
- ▷ Affektive Störungen
- ▷ Angst- oder furchtbezogene Störungen
- ▷ Zwangsstörung oder verwandte Störungen
- ▷ Störungen, die spezifisch Stress-assoziiert sind
- ▷ Dissoziative Störungen
- ▷ Fütter- oder Essstörungen
- ▷ Ausscheidungsstörungen
- ▷ Störungen des körperlichen Erlebens oder der körperlichen Belastung
- ▷ Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltenssüchte
- ▷ Störungen der Impulskontrolle
- ▷ Disruptives Verhalten oder dissoziale Störungen
- ▷ Persönlichkeitsstörungen und zugehörige Persönlichkeitsmerkmale
- ▷ Paraphile Störungen
- ▷ Artificielle Störungen
- ▷ Neurokognitive Störungen
- ▷ Psychische Störungen oder Verhaltensstörungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett
- ▷ 6E40 Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen
- ▷ Sekundäre psychische oder Verhaltenssyndrome bei andernorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen
- ▷ Sexuelle Dysfunktion
- ▷ Transgender
- 6E8Y Sonstige näher bezeichnete psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen
- 6E8Z Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen, nicht näher bezeichnet
- ▷ 07 Schlaf-Wach-Störungen

## 08 Krankheiten des Nervensystems

- ▷17 Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit
- ▷18 Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett
- ▷19 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
- ▷20 Entwicklungsanomalien
- ▷21 Symptome oder klinische Befunde, andernorts nicht klassifiziert
- ▷24 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen oder zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

Im folgenden Abschnitt wird versucht, einen Überblick über die wichtigsten Veränderungen zu geben.

So sind in der ICD-11 die Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend nicht mehr in einem separaten Kapitel untergebracht, sondern in den jeweiligen „Erwachsenenkapiteln“ verschlüsselt.

Das ICD-11 beginnt mit 6A, den

**Neuronalen Entwicklungsstörungen**, wo Autismus unter Autismus-Spektrum-Störungen globaler unter Einbeziehung von Spezifiers definiert wird. Z. B. 6A02.1 Autismus-Spektrum-Störung mit Störung der Intelligenzentwicklung, mit leichtgradiger oder keiner Beeinträchtigung der funktionellen Sprache. Asperger ist nicht mehr eine eigene Diagnose, sondern muss diesen Spezifiers zugeordnet werden. Spezielle Diagnosen des Kindes- und Jugendalters gibt es somit nicht mehr.

Die Gruppe besteht aus

- ▷6A00 Störungen der Intelligenzentwicklung
- ▷6A01 Störungen der Sprech- oder Sprachentwicklung
- ▷6A02 Autismus-Spektrum-Störung
- ▷6A03 Lernentwicklungsstörung
- ▷6A04 Entwicklungsstörung der motorischen Koordination
- ▷6A05 Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung [ADHS]. Diese muss vor dem 12. Lebensjahr erstmals manifestiert sein, kann aber auch erst später auftreten und diagnostiziert werden.
- ▷6A06 Stereotype Bewegungsstörung
- ▷8A05.0 Primäre Tics oder Ticstörungen (Kapitel Krankheiten des Nervensystems)
- ▷6E60 Sekundäres neuronales Entwicklungssyndrom
- ▷6A0Y Sonstige näher bezeichnete neuronale Entwicklungsstörungen
- ▷6A0Z Neuronale Entwicklungsstörungen, nicht näher bezeichnet.

Kritik wird bei den Lese- und Rechtschreibstörungen, als auch den Rechenstörungen geübt. Diese wurden im ICD-10 als schulische Entwicklungsstörung klassifiziert, sind nun aber als Lernstörung in diesem Kapitel (Freitag et al., 2021).

Änderungen ergeben sich bei der „Reaktiven Bindungsstörung des Kindesalters“. Diese ist neu im Kapitel „Störungen, die spezifisch Stress-assoziiert sind“ enthalten.

Ebenso wird die „Trennungsangst“ neu unter der Ziffer 6B05 unter „Angststörungen“ aufgeführt, definiert als „ausgeprägte Furcht oder Angst vor der Trennung von spezifischen Bezugspersonen“. Bei Kindern beziehen sich die Ängste in der Regel auf die Eltern, bei Erwachsenen auf den Partner oder die Kinder. Zu den Symptomen zählen wiederholter starker Stress bei einer Trennung, Alpträume sowie die Weigerung, getrennt von der Bezugsperson

zu schlafen, zur Schule oder zur Arbeit zu gehen. Die Symptome müssen über mehrere Monate anhalten und zu starker Beeinträchtigung in der Familie, im Beruf oder Sozialleben führen.

Davon abzugrenzen sind affektive Störungen, soziale Angststörungen und selektiver Mutismus.

Der „selektive Mutismus (6B06)“ hat es ebenfalls als eigenständige „Angststörung“ in den Katalog geschafft. Davon ist auszugehen, wenn ein Kind in bestimmten Situationen, etwa in der Schule, nicht redet, unter anderen Umständen – meist zu Hause – jedoch weitgehend normal kommuniziert. Die Störung muss über mindestens einen Monat bestehen und zu gravierenden Problemen bei der Ausbildung oder im Sozialleben führen.

**Die Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen** beinhalten nunmehr nur mehr die

▷ **6A20** Schizophrenie

▷ **6A21** Schizoaffective Störung

▷ **6A22** Schizotype Störung

▷ **6A23** Akute vorübergehende psychotische Störung

▷ **6A24** Wahnhafte Störung

▷ **6A25** Symptomatische Manifestationen primärer psychotischer Störungen: Dieses Kapitel enthält zusätzliche Spezifizierungen wie Positivsymptome, Negativsymptome, depressive Symptome, manische Symptome, psychomotorische Symptome und kognitive Symptome.

▷ Substanzinduzierte psychotische Störungen (siehe Kapitel 6C4)

▷ **6E61** Sekundäres psychotisches Syndrom (Psychotisches Syndrom aufgrund eines Gesundheitszustands, der nicht unter psychische Störungen und Verhaltensstörungen fällt)

**6A2Y** Sonstige näher bezeichnete Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen

**6A2Z** Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen, nicht näher bezeichnet

Paranoide Symptome definieren keine eigene Form der Schizophrenie, sondern sind nur mehr ein Symptom. Ebenso fällt die Hebephrene Schizophrenie weg.

**Die Katatonie** wurde ein eigenes Kapitel und beinhaltet jegliche Form eines solchen Zustandsbildes.

**6A40** Katatonie in Verbindung mit einer anderen psychischen Störung

**6A41** Katatonie durch Substanzen oder Medikamente

**6E69** Sekundäres katatonisches Syndrom (Gemütssyndrom aufgrund eines Gesundheitszustands, der nicht unter psychische Störungen und Verhaltensstörungen fällt)

**6A4Z** Katatonie, nicht näher bezeichnet

**Affektive Störungen** sind primär durch den Affekt charakterisiert und beinhalten nur mehr

bipolare oder verwandte Störungen:

▷ **6A60** Bipolare Störung Typ I (Manische und gemischte Episoden, leicht/mittel/schwer, mit/ohne psychotische Symptome)

▷ **6A61** Bipolare Störung Typ II (Hypomanische und mindestens 1 depressive Episode; leicht/mittel/schwer, mit/ohne psychotische Symptome)

**6A62** Zylothyme Störung (Stimmungsinstabilität über mindestens zwei Jahre)

**6A6Y** Sonstige näher bezeichnete bipolare oder verwandte Störungen

**6A6Z** Bipolare oder verwandte Störungen, nicht näher bezeichnet

**Depressive Störungen** (leicht/mittel/schwer, mit/ohne psychotische Symptome bzw. in Remission):

- ▷ **6A70** Einzelne depressive Episode
- ▷ **6A71** Rezidivierende depressive Störung
- 6A72** Dysthyme Störung
- 6A73** Gemischte depressive Störung und Angststörung
- GA34.41** Prämenstruelle dysphorische Störung (siehe diese Kategorie)
- 6A7Y** Sonstige näher bezeichnete depressive Störungen
- 6A7Z** Depressive Störungen, nicht näher bezeichnet
- ▷ **6A80** Symptomatische Verläufe und Erkrankungsverläufe von affektiven Episoden bei affektiven Störungen

### **Substanzinduzierte affektive Störungen**

- ▷ **6E62** Sekundäres affektives Syndrom (Gemütssyndrom aufgrund eines Gesundheitszustands, der nicht unter psychische Störungen und Verhaltensstörungen fällt)
- 6A8Y** Sonstige näher bezeichnete affektive Störungen
- 6A8Z** Affektive Störungen, nicht näher bezeichnet

### **Angst- oder furchtbezogene Störungen**

In dieser Kategorie finden sich einige Änderungen.

Sie besteht aus:

- 6B00** Generalisierter Angststörung
- 6B01** Panikstörung
- 6B02** Agoraphobie
- 6B03** Spezifischer Phobie
- 6B04** Sozialer Angststörung
- 6B05** Trennungsangststörung (neu aufgenommen)
- 6B06** Selektivem Mutismus (neu aufgenommen)
- ▷ Substanzinduzierten Angststörungen (siehe dort)
- ▷ **6B23** Hypochondrie (siehe Zwangsstörungen)
- 6E63** Sekundärem Angstsyndrom
- 6B0Y** Sonstigen näher bezeichneten Angst- oder furchtbezogenen Störungen
- 6B0Z** Angst- oder furchtbezogenen Störungen, nicht näher bezeichnet

„Die diagnostischen Kriterien der generalisierten Angststörung, Agoraphobie und spezifischen Phobien werden angepasst. Die ICD-11 wird auf Basis einer Lebenszeitachse neu organisiert, sodass die kindesaltersspezifischen Kategorien der ICD-10 aufgelöst werden. Die Trennungsangststörung und der selektive Mutismus werden damit den „regulären“ Angststörungen zugeordnet und können zukünftig auch im Erwachsenenalter diagnostiziert werden. Neu ist ebenso, dass verschiedene Symptomdimensionen der Angst ohne kategoriale Diagnose verschlüsselt werden können (Vloet und Romanos, 2020)“

Die **Zwangsstörung oder verwandte Störungen** beinhalten die Diagnosen

- ▷ **6B20** Zwangsstörung
- ▷ **6B21** Körperdysmorphie Störung
- ▷ **6B22** Eigengeruchswahn

▷ **6B23** Hypochondrie: Diese gehört nunmehr nicht mehr zu den Somatisierungsstörungen, da die Angst krank zu sein oder zu werden im Vordergrund steht und die damit verbundenen Kontrolluntersuchungen bei Ärzt:innen. Sie wird auch hinsichtlich der Krankheitseinsicht in mittelmäßig bis gut bzw. schlecht bis fehlend, unterteilt

▷ **6B24** Pathologisches Horten (Messie Syndrom)

▷ **6B25** Körperbezogene repetitive Verhaltensstörungen (z. B. Haare ausreißen)

▷ Substanzinduzierte Zwangs- oder verwandte Störungen

**6E64** Sekundäres Zwangssyndrom oder verwandte Syndrome

**8A05.00** Tourette-Syndrom (in der Gruppe der neurologischen Störungen. Hier findet sich auch die Ticstörung)

**6B2Y** Sonstige näher bezeichnete Zwangsstörung oder verwandte Störungen

**6B2Z** Zwangsstörung oder verwandte Störungen, nicht näher bezeichnet

Einige Änderungen gibt es im neu geschaffenen Kapitel zu den **spezifisch belastungsbezogenen psychischen Störungen (Störungen die spezifisch Stress-assoziiert sind)** (Augsburger und Maercker, 2018).

Dieses besteht aus:

**6B40** Posttraumatische Belastungsstörung

**6B41** Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

**6B42** Verlängerte Trauerstörung

**6B43** Anpassungsstörung

**6B44** Reaktive Bindungsstörung

**6B45** Störung der sozialen Bindung mit enthemmtem Verhalten

**6B4Y** Sonstige näher bezeichnete Störungen, die spezifisch Stress-assoziiert sind

**6B4Z** Störungen, die spezifisch Stress-assoziiert sind, nicht näher bezeichnet.

Die „Akute Belastungsreaktion“ ist in der ICD-11 nicht mehr enthalten; man kann jedoch im Kapitel 24 eine „akute Stressreaktion (QE84)“ verschlüsseln.

Die „Anpassungsstörung“ (6B43) wurde überarbeitet und neu konzipiert. Dieses Störungsbild soll nun nicht mehr wie bis anhin eher eine „Restkategorie“ sein, sondern hat nun klar formulierte Kriterien (Augsburger und Maercker, 2018).

Die „Anhaltende Trauerstörung (6B42)“ ist eine neue Diagnose, welche eine chronifizierte Trauerreaktion nach dem Tod einer nahestehenden Person (vor mindestens sechs Monaten) verschlüsseln kann.

Bei der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ (PTBS, 6B40) hat sich u. a. das Traumakriterium verändert; neu wird in der ICD-11 auf die subjektive Komponente des Traumakriteriums („... die nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“) verzichtet und lediglich die objektive Komponente belassen („Ereignis oder Serie von Ereignissen von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentem Ausmaß“).

Eine neue Diagnose ist die „Komplexe PTBS“. Damit diese Diagnose gestellt werden kann, müssen (neben der Erfüllung des Traumakriteriums) die PTBS-Kriterien erfüllt sein (d. h. Wiedererleben, Vermeidung, anhaltende Bedrohungswahrnehmung) sowie Symptome aus drei weiteren Bereichen (Schwierigkeiten in der Regulierung von Emotionen, überdauerndes negatives Konzept des Selbst, Beziehungsschwierigkeiten).

Die Komplexe PTBS präsentiert sich klinisch als ein heterogenes Störungsbild, welches entsprechend neuester Untersuchungen keine Alters- und Geschlechtsunterschiede aufzeigt (Maercker et al., 2018) und sich von einer Persönlichkeitsstörung mit Borderline-Muster (welche sich klinisch ähnlich präsentieren kann) als separates Störungsbild sinnvoll abgrenzen lässt (Maercker, 2021).



**Dissoziative Störungen** „... sind gekennzeichnet durch eine unwillkürliche Unterbrechung oder Diskontinuität der normalen Integration eines oder mehrerer der folgenden Bereiche: Identität, Empfindungen, Wahrnehmungen, Affekte, Gedanken, Erinnerungen, Kontrolle über Körperbewegungen oder Verhalten. Die Unterbrechung oder Diskontinuität kann vollständig sein, ist aber häufiger partiell und kann von Tag zu Tag oder sogar von Stunde zu Stunde variieren. Die Symptome dissoziativer Störungen sind nicht auf die direkten Wirkungen eines Medikaments oder einer Substanz, einschließlich Entzugserscheinungen, zurückzuführen, lassen sich nicht besser durch eine andere psychische Störung, eine Verhaltensstörung oder eine neurologische Entwicklungsstörung, eine Schlaf-Wach-Störung, eine Erkrankung des Nervensystems oder einen anderen Gesundheitszustand erklären und sind nicht Teil einer anerkannten kulturellen, religiösen oder spirituellen Praxis. Die dissoziativen Symptome bei dissoziativen Störungen sind so schwerwiegend, dass sie zu einer erheblichen Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führen.“

Sie bestehen aus:

- ▷ **6B60** Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen
- ▷ **6B61** Dissoziative Amnesie
- 6B62** Trance-Störung
- 6B63** Besessenheitstrance-Störung
- 6B64** Dissoziative Identitätsstörung
- 6B65** Partielle dissoziative Identitätsstörung
- 6B66** Depersonalisations- oder Derealisationsstörung
- 6E65** Sekundäres dissoziatives Syndrom
- 6B6Y** Sonstige näher bezeichnete Dissoziative Störungen
- 6B6Z** Dissoziative Störungen, nicht näher bezeichnet.

Die Dissoziative Identitätsstörung (DIS) heißt in der ICD-11 analog zum DSM-5 „dissoziative Identitätsstörung“ (6B64). Die ICD-11 definiert diese Störung ausführlicher und präziser. Die Diagnose DIS bekommt mit der „partiellen dissoziativen Identitätsstörung“ (6B65) eine neue Schwesterdiagnose zur Seite gestellt: Diese zeichnet sich im Gegensatz zur DIS durch weniger ausgeprägte Spaltungen zwischen den Persönlichkeitszuständen aus. Während regelmäßig teildissoziiertes Handeln zu beobachten ist, treten bei der partiellen DIS in der Regel keine traumabedingten Amnesien auf (Gysi, 2021).

**Fütter- oder Essstörungen:** Hier kommen global folgende Veränderungen zum Tragen. Es ergeben sich wesentliche Neuerungen bezüglich der Zusammenführung der Fütter- und Essstörungen zu einer übergeordneten Kategorie sowie eine Gruppierung der Störungsbilder nach ihrer Psychopathologie im Sinne eines Kontinuums psychopathologischer Auffälligkeiten zwischen Kindheit, Adoleszenz und Erwachsenenalter und die Berücksichtigung kultureller Unterschiede (Gradl-Dietsch, 2020).

Neu in die Klassifikation aufgenommene Diagnosen betreffen die Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme (ARFID) und die Binge-Eating-Störung (BES) Folgende spezifische Diagnosen sind enthalten:

- ▷ **6B80** Anorexia nervosa
- 6B81** Bulimia nervosa
- 6B82** Binge-Eating-Störung
- 6B83** Vermeidend-restriktive Ernährungsstörung [ARFID]: Diese ist gekennzeichnet durch „... die Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme, die dazu führt: 1) die

Aufnahme einer unzureichenden Menge oder Vielfalt von Nahrungsmitteln zur Deckung eines angemessenen Energie- oder Nährstoffbedarfs, was zu einem signifikanten Gewichtsverlust, klinisch bedeutsamen Ernährungsdefiziten, zur Abhängigkeit von oralen Nahrungsergänzungsmitteln oder Sondennahrung oder zu einer anderweitigen Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit der Person geführt hat; oder 2) zu einer signifikanten Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen (z. B. aufgrund der Vermeidung oder des Stresses im Zusammenhang mit der Teilnahme an sozialen Erfahrungen, die mit Essen verbunden sind). Das Essverhalten ist nicht durch die Beschäftigung mit dem Körpergewicht oder der Körperform motiviert. Die eingeschränkte Nahrungsaufnahme und ihre Auswirkungen auf das Gewicht, andere Gesundheitsaspekte oder die Funktionsfähigkeit sind nicht auf die Nichtverfügbarkeit von Nahrungsmitteln zurückzuführen, sind nicht Ausdruck einer anderen Erkrankung (z. B. Nahrungsmittelallergien, Schilddrüsenüberfunktion) oder einer psychischen Störung und sind nicht auf die Wirkung einer Substanz oder eines Medikaments auf das zentrale Nervensystem einschließlich Entzugserscheinungen.“ Eine Anorexie ist auszuschließen.

**6B84** Pica

**6B85** Ruminations- oder Regurgitationsstörung

**6B8Y** Sonstige näher bezeichnete Fütter- oder Essstörungen

**6B8Z** Fütter- oder Essstörungen, nicht näher bezeichnet

Die **Ausscheidungsstörungen** sind häufige Störungen des Kindesalters. Sie werden aber im ICD-11 übergeordnet definiert. Es können drei übergeordnete Gruppen unterschieden werden: Die Enuresis nocturna, das Einnässen tagsüber und die Enkopresis oder Stuhlinkontinenz. Inzwischen sind viele Subgruppen identifiziert, die sich exakt diagnostizieren lassen. Die Definitionen der Enuresis nach ICD-11 werden mit den Störungsbildern der Enuresis nocturna und der funktionellen Harninkontinenz tags nach ICCS verglichen. Die Enkopresis nach ICD-11 wird den Rome-IV-Definitionen der funktionellen Obstipation und der nicht-retentiven Stuhlinkontinenz gegenübergestellt. Es wird dabei deutlich, dass die ICD-11 nicht dem aktuellen Forschungsstand entspricht, dass sie für die klinische Praxis keine therapieleitenden Diagnosen liefert und dass sie für die Forschung nicht genau genug ist. Deshalb sind die Klassifikationssysteme der ICCS und der Rome-IV in Klinik und Forschung vorzuziehen (von Gontard, 2021).

▷ **6C00** Enuresis

▷ **6C01** Enkopresis

**6C0Z** Ausscheidungsstörungen, nicht näher bezeichnet

**Störungen des körperlichen Erlebens oder der körperlichen Belastung** „sind durch Störungen der Körpererfahrung gekennzeichnet. Die Körperstressstörung beinhaltet körperliche Symptome, die der Betroffene als belastend empfindet und denen er übermäßig viel Aufmerksamkeit schenkt. Die Körperintegritätsstörung beinhaltet eine Störung im Körpererleben der Person, die sich durch den anhaltenden Wunsch nach einer bestimmten körperlichen Behinderung äußert, begleitet von anhaltendem Unbehagen oder intensiven Gefühlen der Unangemessenheit in Bezug auf die derzeitige nichtbehinderte Körperkonfiguration.“

▷ **6C20** Körperstressstörung

**6C21** Körper-Integritäts-Identitätsstörung [BIID]

**6C2Y** Sonstige näher bezeichnete Störungen des körperlichen Erlebens oder der körperlichen Belastung

**6C2Z** Störungen des körperlichen Erlebens oder der körperlichen Belastung, nicht näher bezeichnet

Somatoforme Störungen und Somatisierungsstörungen werden neu als „Störungen des körperlichen Erlebens oder der körperlichen Belastung“ definiert.

Die neu eingeführte Diagnose „Bodily Distress Disorder“ (6C20) hat große Überschneidungen mit der somatischen Belastungsstörung im DSM-5 und ersetzt die „anhaltende somatoforme Schmerzstörung“ der ICD-10 (F45.40) sowie weitere somatoforme Störungen. Die ätiologische Frage, inwieweit die Problematik somatisch oder psychisch ist, tritt gegenüber dem Grad der Belastung und der psychosozialen Folgen der Symptomatik in den Hintergrund.

**Die Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltensüchte** werden breit dargestellt, mit vielen Spezifiers und Untergruppen. Diese sind psychische Störungen und Verhaltensstörungen, die sich infolge des Gebrauchs überwiegend psychoaktiver Substanzen, einschließlich Medikamenten, oder bestimmter sich wiederholender belohnender und verstärkender Verhaltensweisen entwickeln.

Spielsucht (6C50) wird erstmals als eigene Diagnose unter Verhaltensüchte gelistet. Der Katalog differenziert zwischen einer Online- (6C50.0), einer Offline- (6C50.1) sowie einer nicht näher bestimmten Spielsucht (6C50.2). Im Vordergrund stehen der Kontrollverlust sowie eine zunehmende Fokussierung auf das Spielen, das andere Interessen verdrängt. Hinzu kommen eine Intensivierung trotz negativer Konsequenzen und eine erhebliche Beeinträchtigung des sozialen Funktionsniveaus. Die Spielsucht kann episodisch oder kontinuierlich auftreten und ist von Bipolarstörungen (6A6) und riskantem Spiel- und Wettverhalten (QE21) abzugrenzen.

**Die Störungen der Impulskontrolle** wurden erweitert. Sie beinhalten nunmehr die

**6C70** Pyromanie

**6C71** Kleptomanie

**6C72** Störung mit zwanghaftem Sexualverhalten

**6C73** Intermittierende explosive Störung

**6C7Y** Sonstige näher bezeichnete Störungen der Impulskontrolle

**6C7Z** Störungen der Impulskontrolle, nicht näher bezeichnet

Andere Störungen wie die

▷ Substanzinduzierte Impulskontrollstörung

▷ **6C50** Pathologisches Glücksspielen (veraltet)

▷ **6C51** Pathologisches Spielen

**6E66** Sekundäres Impulskontrollsyndrom

▷ **6B25** Körperbezogene repetitive Verhaltensstörungen

finden sich in den entsprechenden Kapiteln.

Zwanghaftes Sexualverhalten (6C72) ist jetzt ebenfalls eine eigenständige Impulskontrollstörung. Den Betroffenen gelingt es nicht, ihr sexuelles Verlangen zu zügeln, sie machen Sexualität zu einem zentralen Fokus und vernachlässigen andere Interessen, können auch dann nicht davon ablassen, wenn es ihnen schadet, Beziehungen zu Bruch gehen, das Sozialleben leidet und sie sich finanziell ruinieren. Übermäßiger Pornokonsum oder Telefonsex zählen ebenfalls dazu. Die Störung muss mindestens sechs Monate persistieren und zu erheblichem Stress im Umfeld führen. Stress, der nur durch eine moralische Bewertung oder Ablehnung eines bestimmten Sexualverhaltens entsteht, zählt jedoch ausdrücklich nicht dazu.

Davon abzugrenzen sind vor allem paraphile Störungen (6D30-36).

**Disruptives Verhalten oder dissoziale Störungen** waren früher in den Störungen des Kindes- und Jugendalters enthalten. Jetzt sind sie eine eigene Kategorie, die „durch anhaltende Verhaltensprobleme gekennzeichnet ist, die von ausgeprägtem und anhaltendem trotzigem, ungehorsamen, provozierenden oder gehässigen (d. h. störenden) Verhalten bis hin zu Verhaltensweisen reichen, die anhaltend die Grundrechte anderer oder wichtige altersgemäße gesellschaftliche Normen, Regeln oder Gesetze verletzen (d. h. dissozial). Der Beginn von disruptiven und dissozialen Störungen liegt meist, wenn auch nicht immer, in der Kindheit.“

▽**6C90** Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten

▷**6C90.0** Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und chronischer Reizbarkeit oder Wut

▷**6C90.1** Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten ohne chronische Reizbarkeit oder Wut

**6C90.Z** Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten, nicht näher bezeichnet

▽**6C91** Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten

▷**6C91.0** Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten, Beginn im Kindesalter

▷**6C91.1** Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten, Beginn im Jugendalter

**6C91.Z** Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten, nicht näher bezeichnet

**6C9Y** Sonstiges näher bezeichnetes disruptives Verhalten oder sonstige näher bezeichnete dissoziale Störungen

**6C9Z** Disruptives Verhalten oder dissoziale Störungen, nicht näher bezeichnet

## **Persönlichkeitsstörungen und zugehörige Persönlichkeitsmerkmale**

Die Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen (PS) als voneinander unterscheidbare Kategorien wird in der ICD-11 ersetzt durch eine dimensionale Einordnung mit Schweregradabstufungen. Ob eine PS vorliegt oder nicht, wird über Beeinträchtigungen von selbstbezogenen und interpersonellen Persönlichkeitsfunktionen definiert. „Eine Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch Probleme in der Funktionsweise von Aspekten des Selbst (z. B. Identität, Selbstwert, Genauigkeit der Selbsteinschätzung, Selbststeuerung) und/oder zwischenmenschliche Störungen (z. B. die Fähigkeit, enge und für beide Seiten befriedigende Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, die Fähigkeit, die Sichtweise anderer zu verstehen und mit Konflikten in Beziehungen umzugehen), die über einen längeren Zeitraum (z. B. zwei Jahre oder länger) bestehen. Die Störung äußert sich in maladaptiven (z. B. unflexiblen oder schlecht regulierten) Mustern der Kognition, des emotionalen Erlebens, des emotionalen Ausdrucks und des Verhaltens und zeigt sich in einer Reihe von persönlichen und sozialen Situationen (d. h. sie ist nicht auf bestimmte Beziehungen oder soziale Rollen beschränkt). Die Verhaltensmuster, die die Störung charakterisieren, sind entwicklungsmäßig nicht angemessen und können nicht in erster Linie durch soziale oder kulturelle Faktoren, einschließlich sozialpolitischer Konflikte, erklärt werden. Die Störung ist mit erheblichem Stress oder einer signifikanten Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verbunden.“

Alle PS-Diagnosen, mit Ausnahme der Borderline-PS, wurden aufgehoben, sodass es in der ICD-11 nur noch die Kategorie „Persönlichkeitsstörung“ (ICD-11 Code 6D10) gibt, die bei

Vorliegen der Kriterien einer Borderline-PS durch einen sogenannten „Trait-Qualifier“ ergänzt werden kann.

Die Hauptveränderung liegt insofern in der Aufgabe der Unterteilung in zehn Persönlichkeitsstörungen, die nach verschiedenen Untersuchungen (Hauser et al., 2021) auch nicht gut abgrenzbar waren. Nunmehr kann man nur mehr eine generelle PS diagnostizieren (6D10) und angeben, wie ausgeprägt deren Schweregrad ist (leicht, mittelgradig, schwer). Mit dieser Änderung wollte man sich einer dimensionalen Klassifizierung annähern. Zusätzlich kann durch eine Postkoordination spezifiziert werden, wie sich die Persönlichkeitszüge oder -muster manifestieren (z. B. negativistisch, zwanghaft).

Alle anderen Formen von PS werden durch spezifische Profile von fünf pathologischen Persönlichkeits-Traits charakterisiert. Das hat auch möglicherweise Auswirkungen auf die Forensik.

Die zentralste Veränderung aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht darin, dass die Altersgrenze für die Diagnose einer PS aufgehoben wurde, sodass die Störung und ihre Entwicklung nun vergleichbar zu anderen psychiatrischen Störungen in einer Perspektive über die Lebensspanne hinweg gesehen wird.

Hierzu gibt es auch Bereits die ersten Skalen (Clark et al., 2021)

Die aktuelle Einteilung erfolgt nach

▷ **6D10** Persönlichkeitsstörung

▽ **6D11** Ausgeprägte Persönlichkeitsmerkmale oder -muster

**6D11.0** Negative Affektivität bei Persönlichkeitsstörung oder -problematik

**6D11.1** Distanziertheit bei Persönlichkeitsstörung oder Schwieriger Persönlichkeit

**6D11.2** Dissozialität bei Persönlichkeitsstörung oder Schwieriger Persönlichkeit

**6D11.3** Enthemmung bei Persönlichkeitsstörung oder Schwieriger Persönlichkeit

**6D11.4** Anankasmus bei Persönlichkeitsstörung oder Schwieriger Persönlichkeit

**6D11.5** Borderline-Muster

**6E68** Sekundäre Persönlichkeitsänderung

**Paraphile Störungen** wurden ebenfalls teilweise entstigmatisiert und durch den Leidensdruck der Personen charakterisiert oder gesetzliche Rahmenbedingungen beschränkt, wodurch die masochistische Störung als eigene Störung ohne Leidensdruck wegfiel. Geblieben sind nur jene Störungen, die einen Gesetzesbruch darstellen oder nicht einvernehmlich sind.

▽ Paraphile Störungen

**6D30** Exhibitionistische Störung

**6D31** Voyeuristische Störung

**6D32** Pädophile Störung

**6D33** Sexuell sadistische Störung unter Ausübung von Zwang

**6D34** Frotteuristische Störung

**6D35** Sonstige paraphile Störung ohne Einwilligung einer anderen Person

**6D36** Paraphile Störung, die Verhaltensweisen als Einzelperson oder mit Einwilligung einer anderen Person beinhalten

**6D3Z** Paraphile Störungen, nicht näher bezeichnet

Dadurch bestehen sie nur mehr aus der exhibitionistischen Störung (6D30), der voyeuristischen Störung (6D31), der pädophilen Störung (6D32), der sexuell sadistischen Störung unter Ausübung von Zwang (6D33), der frotteuristischen Störung (6D34) und sonstiger paraphiler Störungen ohne Einwilligung einer anderen Person (6D35).

„Die Paraphile Störung, die Verhaltensweisen als Einzelperson oder mit Einwilligung einer anderen Person beinhalten (6D36) ist primär durch den Leidensdruck der Person gekennzeichnet. Sie ist durch ein anhaltendes und intensives Muster atypischer sexueller Erregung gekennzeichnet, das sich durch sexuelle Gedanken, Phantasien, dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen äußert und einwilligungsfähige Erwachsene oder Einzelverhalten einbezieht. Eines der beiden folgenden Elemente muss vorhanden sein: 1) die Person ist durch die Art des Erregungsmusters stark beeinträchtigt und die Beeinträchtigung ist nicht einfach eine Folge der Ablehnung oder der befürchteten Ablehnung des Erregungsmusters durch andere; oder 2) die Art des paraphilen Verhaltens birgt ein erhebliches Verletzungs- oder Todesrisiko für die Person oder den Partner (z. B. Asphyxophilie)“.

### **Artifizielle Störungen (ehem. Münchhausensyndrom)**

▽Artifizielle Störungen

**6D50** Artifizielle Störung, selbstbezogen

**6D51** Artifizielle Störung, fremdbezogen

**6D5Z** Artifizielle Störungen, nicht näher bezeichnet

„Artifizielle Störungen (Münchhausensyndrom, Simulieren) sind selbst- bzw. fremdbezogen: Unter artifiziellen Störungen versteht man das absichtliche Vortäuschen, Verfälschen, Herbeiführen oder Verschlimmern von medizinischen, psychologischen oder verhaltensbezogenen Anzeichen und Symptomen oder Verletzungen bei sich selbst oder einer anderen Person, meist einem abhängigen Kind, in Verbindung mit einer erkennbaren Täuschung. Es kann eine bereits bestehende Störung oder Krankheit vorliegen, aber die Person verschlimmert absichtlich die bestehenden Symptome oder fälscht oder verursacht zusätzliche Symptome. Personen mit einer fiktiven Störung suchen eine Behandlung oder stellen sich selbst oder eine andere Person aufgrund der vorgetäuschten, gefälschten oder selbst herbeigeführten Anzeichen, Symptome oder Verletzungen als krank, verletzt oder beeinträchtigt dar. Das betrügerische Verhalten ist nicht ausschließlich durch offensichtliche äußere Belohnungen oder Anreize motiviert (z. B. um Invaliditätzahlungen zu erhalten oder einer Strafverfolgung zu entgehen). Dies steht im Gegensatz zum Malingering, bei dem offensichtliche externe Belohnungen oder Anreize das Verhalten motivieren.“

### **Neurokognitive Störungen**

Die Neurokognitiven Störungen ersetzen wie im DSM-5 die organischen Störungen. Sie bestehen aus dem Delir, der leichten neurokognitiven Störung, der amnestischen Störung und der Demenz. Als Ursachen werden die Alzheimersche Krankheit, zerebrovaskuläre Erkrankungen, durch Lewi-Körper-Krankheit, die frontotemporale Demenz, die Demenz durch psychoaktive Substanzen inklusive Medikamente und die Demenz durch andernorts klassifizierte Erkrankungen, angeführt. Ergänzt wird dies durch eine große Gruppe von Verhaltensstörungen oder psychologischen Störungen bei Demenz. Insofern ist diese Diagnose konkreter als im ICD-11 und sollte klar von „altersbedingten kognitiven Veränderungen“ durch den Schweregrad (erhebliche Beeinträchtigung des täglichen Lebens) abgetrennt werden (Jessen & Frölich, 2018). Manche Bereiche werden auch zusätzlich im Kapitel Neurologische Störungen mitdiagnostiziert. Als Kritikpunkt kann das Fehlen von Biomarkern in der Diagnostik angeführt werden.

Im Folgenden sind die Störungen konkreter beschrieben.

▽Neurokognitive Störungen

▽**6D70** Delir

**6D70.0** Delir aufgrund einer andernorts klassifizierten Krankheit

▷**6D70.1** Delir durch psychoaktive Substanzen, einschließlich Medikamente

**6D70.2** Delir durch multiple ätiologische Faktoren

**6D70.Y** Delir, sonstige näher bezeichnete Ursache

**6D70.Z** Delir, nicht näher bezeichnete oder unbekannte Ursache

**6D71** Leichte neurokognitive Störung

▽**6D72** Amnestische Störung

**6D72.0** Amnestische Störung durch andernorts klassifizierte Krankheiten

▷**6D72.1** Amnestische Störung durch psychoaktive Substanzen, einschließlich Medikamente

**6D72.Y** Amnestische Störung, sonstige näher bezeichnete Ursache

**6D72.Z** Amnestische Störung, nicht näher bezeichnete oder unbekannte Ursache

▽Demenz

▷**6D80** Demenz durch Alzheimer-Krankheit

**6D81** Demenz durch zerebrovaskuläre Krankheit

**6D82** Demenz durch Lewy-Körper-Krankheit

**6D83** Frontotemporale Demenz

▷**6D84** Demenz durch psychoaktive Substanzen, einschließlich Medikamente

▷**6D85** Demenz durch andernorts klassifizierte Krankheiten

▷**6D86** Verhaltensstörungen oder psychologische Störungen bei Demenz

**6D8Y** Demenz, sonstige näher bezeichnete Ursache

**6D8Z** Demenz, nicht näher bezeichnete oder unbekannte Ursache

▷**6E67** Sekundäres neurokognitives Syndrom

**6E0Y** Sonstige näher bezeichnete neurokognitive Störungen

**6E0Z** Neurokognitive Störungen, nicht näher bezeichnet

Durch diese Operationalisierungen ist die Einteilung einfacher und die Abgrenzung zu anderen Krankheitsbildern mit kognitiven Beeinträchtigungen leichter.

„Demenz ist durch das Vorhandensein einer ausgeprägten Beeinträchtigung in zwei oder mehr kognitiven Bereichen im Vergleich zu dem, was angesichts des Alters der Person und des allgemeinen prämorbidem Niveaus der kognitiven Funktionen zu erwarten ist, gekennzeichnet, was einen Rückgang gegenüber dem früheren Funktionsniveau der Person darstellt.

Gedächtnisstörungen treten bei den meisten Demenzformen auf, aber die kognitiven Beeinträchtigungen beschränken sich nicht auf das Gedächtnis (d. h., es gibt auch Beeinträchtigungen in anderen Bereichen wie Exekutivfunktionen, Aufmerksamkeit, Sprache, sozialer Wahrnehmung und Urteilsvermögen, psychomotorischer Geschwindigkeit, visuell-perzeptive oder visuell-räumliche Fähigkeiten). Auch Verhaltensänderungen können vorhanden sein und bei einigen Formen der Demenz das Hauptsymptom darstellen. Die kognitive Beeinträchtigung ist nicht auf das normale Altern zurückzuführen und ist so schwerwiegend, dass sie die Unabhängigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens einer Person erheblich beeinträchtigt. Es wird vermutet, dass die kognitive Beeinträchtigung auf eine erworbene Grunderkrankung des Nervensystems, ein Trauma, eine Infektion oder einen anderen Krankheitsprozess zurückzuführen ist, der das Gehirn beeinträchtigt, oder auf die Einnahme bestimmter Substanzen oder Medikamente, einen Ernährungsmangel oder die Exposition gegenüber Toxinen, oder die Ätiologie kann unklar sein. Die Beeinträchtigung ist nicht auf eine aktuelle Substanzintoxikation oder einen Entzug zurückzuführen.“

## Sonstige Neuerungen

- ▷ Psychische Störungen oder Verhaltensstörungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett
- ▷ **6E40** Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen
- ▷ Sekundäre psychische oder Verhaltenssyndrome bei andernorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen
- ▷ Sexuelle Dysfunktion (siehe Kapitel 17)
- ▷ Transgender (siehe Kapitel 17)
- 6E8Y** Sonstige näher bezeichnete psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen
- 6E8Z** Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen, nicht näher bezeichnet
- ▷ **07** Schlaf-Wach-Störungen
- ▷ **08** Krankheiten des Nervensystems
- ▷ **16** Krankheiten des Urogenitalsystems
- ▷ **17** Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit
- ▷ **18** Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett
- ▷ **19** Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
- ▷ **20** Entwicklungsanomalien
- ▷ **21** Symptome oder klinische Befunde, andernorts nicht klassifiziert
- ▷ **22** Verletzungen, Vergiftungen oder bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
- ▷ **23** Äußere Ursachen von Morbidität oder Mortalität
- ▷ **24** Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen oder zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

Im Folgenden werden die für die Psychotherapie wichtigsten Bereiche kurz angeführt.

### **07 Schlaf-Wach-Störungen** – diese bestehen aus:

- ▷ Insomnien
- ▷ Hypersomnien
- ▷ Schlafbezogene Atmungsstörungen
- ▷ Störungen des zirkadianen Schlaf-Wach-Rhythmus
- ▷ Schlafbezogene Bewegungsstörungen
- ▷ Parasomnien
- 7B2Y** Sonstige näher bezeichnete Schlaf-Wach-Störungen
- 7B2Z** Schlaf-Wach-Störungen, nicht näher bezeichnet

„Schlafstörungen gehören zu den häufigsten Gesundheitsbeeinträchtigungen überhaupt und sind fakultative oder obligate diagnoserelevante Frühsymptome sowie regelhaft auftretende Begleitsymptome psychischer Erkrankungen und Symptome. Diese sogenannten nichtorganischen Schlafstörungen persistieren häufig über den aktuellen Erkrankungszeitraum hinaus und stellen einen hohen Risikofaktor für Krankheitsausbrüche wie auch für Rückfälle dar. Trotz einer hohen Rate an Komorbidität gibt es auch isolierte Schlafstörungen als eigenständige Diagnosen. Besonders Insomnien, z. B. in Form von Ein- und/oder Durchschlafproblemen, sind oft Initialsymptome psychischer Störungen. Aktuell stehen zur



diagnostischen Klassifikation von Schlafstörungen die ICD-10, das DSM-V und die ICSD-3 (Internationale Klassifikation der Schlafstörungen) zur Verfügung. Das ICD-11 reiht, im Gegensatz zum ICD-10 und zum DSM-V Schlafstörungen nicht mehr bei den psychiatrischen Erkrankungen, sondern als eigenständige Krankheitsgruppe (Müller, 2022).“ Damit verbunden können Schlafstörungen als eigenes Problem oder besondere Problematik in Zusammenhang mit anderen Erkrankungen kodiert werden.

**08 Krankheiten des Nervensystems** Hier finden sich verschiedene neurologische Erkrankungen, aber in der Untergruppe „Bewegungsstörungen“ auch Tic-Störungen (8A05; primäre und sekundäre) und hierunter wieder als eigener Bereich bei den primären Tic-Störungen **8A05.00** das Tourette-Syndrom. Ebenfalls die Demenzen im Bereich „Störungen mit neurokognitiven Beeinträchtigungen als Hauptmerkmal“. Die Kopfschmerzerkrankungen beinhalten verschieden Formen des Kopfschmerzes darunter

- ▷ **8A80** Migräne und
- ▷ **8A81** Spannungskopfschmerzen.

Hingegen ist das schlafbezogene Restless-Legs-Syndrom **7A80** bei den Schlafstörungen platziert. Generell ist diese Kategorie oft eine zusätzliche Kategorie zu den Störungen im Kapitel 6.

## **17 Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit**

Auch dieses Kapitel wurde neu gestaltet. Es definiert nun ebenfalls keine psychischen Krankheiten, sondern Belastungen, die für Menschen im Rahmen ihrer Sexualität entstehen können. Es beinhaltet die

- ▷ Sexuelle Dysfunktion
- ▷ Sexuelle Schmerzstörungen
- ▷ **HA40** Ätiologische Aspekte bei sexuellen Funktions- und Schmerzstörungen
- ▷ Transgender
- ▷ Veränderungen der weiblichen Genitale
- ▷ Veränderungen der männlichen Genitale
- ▷ Paraphile Störungen
- ▷ **5A71** Adrenogenitales Syndrom
- ▷ Infektionen, die vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragen werden
- ▷ **QA21** Kontakt mit Gesundheitswesen aufgrund kontrazeptiver Maßnahmen
- HA8Y** Sonstige näher bezeichnete Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit
- HA8Z** Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit, nicht näher bezeichnet

Die Sexuelle Dysfunktion beinhaltet die

- ▷ **HA00** Dysfunktion verminderten sexuellen Verlangens
- ▷ **HA01** Dysfunktion sexueller Erregung
- ▷ **HA02** Dysfunktionen des Orgasmus
- ▷ **HA03** Ejakulatorische Dysfunktionen
- ▷ **GC42** Sexuelle Dysfunktion in Zusammenhang mit Genitalprolaps bei der Frau
- HA0Y** Sonstige näher bezeichnete sexuelle Dysfunktionen
- HA0Z** Sexuelle Dysfunktionen, nicht näher bezeichnet

und ist durch „Syndrome, die die verschiedenen Arten umfassen, bei denen erwachsene Menschen Schwierigkeiten haben können, persönlich befriedigende, nicht erzwungene sexuelle Aktivitäten zu erleben“ charakterisiert. „Die sexuelle Reaktion ist ein komplexes Zusammenspiel psychologischer, interpersoneller, sozialer, kultureller und physiologischer Prozesse, und einer oder mehrere dieser Faktoren können jede Phase der sexuellen Reaktion beeinträchtigen. Um als sexuelle Dysfunktion zu gelten, muss die Dysfunktion: 1) häufig auftreten, auch wenn sie manchmal nicht vorhanden ist; 2) seit mindestens einigen Monaten bestehen und 3) mit klinisch bedeutsamem Leiden verbunden sein“.

Auch sexuelle Schmerzstörungen gehören in diese Gruppe die den

▷ **HA20** Scheidenkrampf

**GA12** Dyspareunie

**HA2Y** Sonstige näher bezeichnete sexuelle Schmerzstörungen

**HA2Z** Sexuelle Schmerzstörungen, nicht näher bezeichnet beinhaltet.

Manche dieser Probleme wie etwa ▷ **GC42** Sexuelle Dysfunktion in Zusammenhang mit Genitalprolaps bei der Frau oder **GA12** Dyspareunie sind auch an anderer Stelle, z. B. im Kapitel 16 **Störungen des Urogenitalsystems**, kodiert.

Transidentität wurde in der ICD-10 mit der Diagnose „Transsexualismus“ (F64.0) unter „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ codiert. Bereits das DSM-5 ging mit der Diagnose „Gender Dysphoria“ (302.85) einen Schritt in Richtung Entpathologisierung. Das ICD-11 geht hier noch sehr viel weiter, indem „Geschlechtsinkongruenz“ völlig neu in die Rubrik „Probleme/Zustände im Bereich der sexuellen Gesundheit“ (17HA60/61; Reiningger & Briken, 2021) einsortiert wird und aktuell noch Kinder und Erwachsene unterscheidet, wobei dies nicht mehr dem aktuellen Forschungsstand des ICD-11 entspricht. Die im ICD-10 beschriebenen „Störungen der Geschlechtsidentität“ finden sich also nicht mehr im Kapitel 6, sondern im neu geschaffenen Kapitel 17, gelten also nicht mehr als Krankheit. Das hat nicht nur eine Entpathologisierung nonbinärer Lebensweisen zur Folge, sondern wird sich aller Voraussicht nach auch auf die Umsetzung des Transsexuellengesetzes (TSG) auswirken (vgl. Günther et al., 2021; Rauchfleisch, 2019) bzw. auch Konsequenzen hinsichtlich von Finanzierungen haben.

Paraphile Störungen bleiben aber weiterhin wie bereits dargestellt im Kapitel 6.

Neu ist das Kapitel **24 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen oder zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen**

Dieses unterteilt sich in

▷ Gründe für den Kontakt mit dem Gesundheitswesen

▷ Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen

**QF4Y** Sonstige näher bezeichnete Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen oder zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

**QF4Z** Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen oder zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, nicht näher bezeichnet

Hier werden verschiedenste Probleme zusammengefasst, die dazu führen, dass ein Mensch das Gesundheitssystem beansprucht bzw. die seinen Gesundheitszustand beeinflussen.

Als wichtige Kategorien können hierbei „Probleme im Zusammenhang mit Beschäftigung oder Arbeitslosigkeit“ wie etwa „Burn-out (QD85)“ klassifiziert werden. Auch hier handelt es sich aber nicht um eine psychische Störung. Burn-out wird beschrieben als „ein Syndrom, das als Folge von chronischem Stress am Arbeitsplatz konzipiert wurde, der nicht erfolgreich bewältigt wurde. Es zeichnet sich durch drei Dimensionen aus:

1) Gefühle der Energieerschöpfung oder Erschöpfung; 2) erhöhte mentale Distanz zum Arbeitsplatz oder Gefühle von Negativismus oder Zynismus im Zusammenhang mit der Arbeit; und 3) ein Gefühl der Ineffektivität und des Mangels an Leistung. Burn-out bezieht sich speziell auf Phänomene im beruflichen Kontext und sollte nicht zur Beschreibung von Erfahrungen in anderen Lebensbereichen herangezogen werden. Es ist von

- Anpassungsstörung (6B43)
- Spezifisch mit Stress assoziierten Störungen (6B40-6B4Z)
- Angst oder angstbedingten Störungen (6B00-6B0Z) und
- affektiven Störungen (6A60-6A8Z) abzugrenzen.

Ebenso wichtig sind

▽Problematiken in Verbindung mit sozialer oder kultureller Umgebung

**QE00** Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung

**QE01** Stress, andernorts nicht klassifiziert

**QE02** Sozialer Rollenkonflikt

**QE03** Soziale Ausgrenzung oder Ablehnung

**QE04** Zielscheibe feindlicher Diskriminierung oder Verfolgung

**QE84** Akute Belastungsreaktion

**QE0Y** Sonstige näher bezeichnete Problematik in Verbindung mit sozialer oder kultureller Umgebung

**QE0Z** Problematik in Verbindung mit sozialer oder kultureller Umgebung, nicht näher bezeichnet

sowie

▽Problematiken in Verbindung mit Beziehungen

▷**QE50** Problematik in Verbindung mit zwischenmenschlichen Interaktionen

▷**QE51** Problematik in Verbindung mit Interaktionen mit Ehepartner oder Partner

▷**QE52** Problematik in Verbindung mit zwischenmenschlichen Interaktionen im Kindesalter

**QE5Y** Sonstige näher bezeichnete Problematik in Verbindung mit Beziehungen

**QE5Z** Problematik in Verbindung mit Beziehungen, nicht näher bezeichnet

▷Problematik in Verbindung mit Abwesenheit, Verlust oder Tod von anderen

▷**QE70** Problematik in Verbindung mit dem engeren Familienkreis, einschließlich familiärer Umstände

▷Problematik in Verbindung mit schädlichen oder traumatischen Ereignissen (wenn Traumakriterien nicht erfüllt sind)

▷Problematik in Verbindung mit Erziehung

▷Verlust von Körperstrukturen

**QF10** Eingeschränkte Funktion oder Behinderung eines Körperorgans oder -systems

▷Schwierigkeiten oder Bedarf an Unterstützung bei Aktivitäten

**QF4Y** Sonstige näher bezeichnete Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen oder zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

**QF4Z** Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen oder zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, nicht näher bezeichnet.

## **Auswirkungen auf den diagnostischen und therapeutischen Prozess**

Infolge der zukünftigen Veränderungen der Diagnosekriterien ergeben sich auch Konsequenzen für den diagnostischen und therapeutischen Prozess, sowohl für die Therapeut:innen als auch für die Patient:innen, Mitbetroffene und das Gesundheitssystem.

So ergeben sich für die Therapeut:innen folgende Veränderungen:

- Der diagnostische Prozess muss infolge neuer Kriterien neu definiert werden. Dazu gehört die Anpassung der bisher verwendeten Skalen und Tests, die Bewertung der Kriterien hinsichtlich ihrer Pathologie, die Akzeptanz veränderter Diagnosen und der damit verbundenen Konsequenzen für die Therapie.
- Ebenso ergeben sich Veränderungen hinsichtlich der Therapieziele, da durch die Entpathologisierung bestimmter Verhaltensweisen (z. B. Sexualpraktiken) etwa in Paartherapien dem Faktor „Akzeptanz“ von Anderssein mehr Bedeutung zukommt.
- Ähnliches gilt für die eigene Bewertung der „Pathologie“ von Verhaltensweisen durch die Therapeut:innen, die oft über Jahre trainiert wurde und nunmehr keine solche mehr ist.
- Durch den Wegfall von Diagnosen wie etwa „Somatoforme Störungen“ muss auch hier der Zugang zum Krankheitsbild neu reflektiert werden.
- Ähnliches gilt für die Unterscheidung eines Begriffes, der eine Diagnose im ICD-11 definiert, z. B. Trauma und dem psychotherapeutischen Traumabegriff bzw. der Bezeichnung Traumatisierung.
- Auch in der Interaktion mit Patient:innen ergeben sich Veränderungen, da sich durch die Veränderung von Diagnosen auch Konsequenzen für die Finanzierung einer Therapie ergeben können, wenn diese kein krankheitswertiges Zustandsbild mehr ist.
- Im Kinder- und Jugendbereich ergeben sich ebenfalls diagnostisch viele Veränderungen. Durch den Wegfall einer eigenen Kategorie müssen die „Kinderdiagnosen“ nun als „globale Diagnosen“ erfasst werden. Das bedeutet für die Diagnostik und Klassifikation der Lese-, Rechtschreib- und der Rechenstörung sowohl Veränderung im Störungsbegriff als auch in den diagnostischen Kriterien. Im ICD-10 sind diese Störungen als schulische Entwicklungsstörungen klassifiziert, in der ICD-11 werden diese Störungen als Lernstörungen in der Gruppe der „neurodevelopmental disorders“ zusammen mit der ADHS, Autismus, dem Tourette-Syndrom und Störungen der intellektuellen Entwicklung zusammengefasst. Eine wesentliche Veränderung ist die Klassifikation einer isolierten Lesestörung und die Erweiterung der Rechtschreibstörung als Störung des schriftsprachlichen Ausdrucks. Nach wie vor bleibt aber das IQ-Diskrepanzkriterium

erhalten, wobei dies nach Ansicht verschiedener Autor:innen sowohl in der Praxis als auch durch die Forschungsergebnisse nicht mehr unterstützt wird:

(<https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1422-4917/a000821> ).

- Ebenso ist die Diagnose der Persönlichkeitsstörungen nun nicht mehr auf die Erwachsenen beschränkt.
- Die Diagnose der Neurokognitiven Störungen ist ebenso nicht auf alte Menschen beschränkt und klar von Altersveränderungen abzugrenzen.
- Veränderungen ergeben sich jedoch auch für die Gesellschaft da „Individualitäten“, unter denen eventuell andere Menschen leiden, die aber keine Straftat darstellen, keine Störung darstellen bzw. dadurch die Person, die leidet, der Symptomträger wird.
- Dadurch ergeben sich auch neue Konsequenzen in der Behandlung, da Patient:innen sich auch vermehrt als Kund:innen im Gesundheitssystem sehen.
- Betroffen sind auch Eltern, da z. B. die „Diagnose“ Genderdysphorie auch bereits bei Kindern gestellt werden kann und ab dem 12. Lebensjahr in manchen Ländern mit Hormonblockern die Pubertät im falschen Körper verhindert werden kann (Contin, 2022).
- Die neuen Kapitel erweitern die Möglichkeit der Diagnostik auch auf noch nicht krankheitswertige Probleme und geben somit auch die Möglichkeit zur Prävention.

## **Zusammenfassung und Diskussion**

Das Konzept der Normalität von Verhaltensweisen hat keine einheitliche Definition und muss unter dem Aspekt von biologischen, sozialen, psychologischen und kontextuellen Faktoren diskutiert werden. Es ist sowohl kulturellen, aber auch zeitlichen Veränderungen durch soziale und gesellschaftliche Veränderungen unterworfen. Auch unterschiedliche Berufsgruppen definieren diesen Bereich aus ihrer Sicht unterschiedlich, sodass sich leicht die Problematik der Abgrenzung von „ausgeprägter“ Individualität und Pathologie ergibt. Das trifft besonders für den Bereich der psychischen Krankheiten und von Verhaltensweisen zu, sodass besonders Fachdisziplinen wie Psychiatrie, Psychologie, Psychotherapie, aber auch die Pflege damit konfrontiert sind.

Auswirkungen bei der Beurteilung hat aber auch, welcher Gruppe man angehört. So sind bestimmte Verhaltensweisen in einer Gruppe (z. B. Künstler, jüngere Menschen) normal, werden jedoch aus sozialer normativer Sicht bei anderen als krankhaft (z. B. älteren Menschen) eingestuft.

Die vorliegende Arbeit versucht die Hintergründe für die Beurteilung von Normalität und mögliche Gründe für Fehlbeurteilungen aufzuzeigen. Dem ICD-11 wird hierbei eine besondere Bedeutung beigemessen, da sich dadurch die Diagnostik psychischer Störungen deutlich verändert. Der Artikel stellt die wesentlichsten Veränderungen und deren Konsequenzen für den diagnostischen Prozess dar und versucht anhand der aktuellen Literatur und eigenen Erfahrungen Unterstützung zu geben.

## Literatur

- Augsburger, M., & Maercker, A. (2018). Spezifisch belastungsbezogene psychische Störungen im neuen ICD-11: Ein Überblick. *Fortschritte der Neurologie· Psychiatrie*, 86(03), 156-162. <https://doi.org/10.1055/a-0576-6790>
- Banerjee D, Mukhopadhyay S, Rabheru K, Ivbijaro G, de Mendonca Lima CA. Not a disease: a global call for action urging revision of the ICD-11 classification of old age. *Lancet Healthy Longevity* 2021; 2: e610–12. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(21\)00201-4](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(21)00201-4)
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2021). ICD-11 – 11. Revision der ICD der WHO. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/> ORIGINAL RESEARCH article
- Clark, L.A. et al. (2021) Preliminary Scales for *ICD-11* Personality Disorder: Self and Interpersonal Dysfunction Plus Five Personality Disorder Trait Domains. *Front. Psychol., Sec. Psychopathology*, Volume 12 - 2021 | <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.668724>
- Contin, B. (2022) Im falschen Körper geboren? Genderdysphorie bei Kindern und Jugendlichen. *Pädiatrie* 1/2022. <https://www.rosenfluh.ch/media/paediatric/2022/01/Im-falschen-Koerper-geboren.pdf>
- Disse, S. (2023) ICD-11-Klassifikation 17: Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit Version 01. Übersichten & Erläuterungen zur deutschen Fassung. Bookmundo Direct
- First, M.B., Reed, G.M., Hyman, St., Saxena, S. (2015) The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders, *World Psychiatry*, 14(1):82-90
- Freitag, Ch. M., Noterdaeme, M., Snippe, K., Schulz, P., Ziyon Kim Z und Karoline Teufel, K. (2021) Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache nach ICD-11 Online veröffentlicht: July 15, 2021 <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000821PDF>
- Gaebel, W., Stricker, J., & Kerst, A. (2020). Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification. *Dialogues in clinical neuroscience*, 22(1), 7. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.1/wgaebel>
- Gatterer, G. (2010) Was ist schon normal. Themenheft: Tabus in der Altenpflege. *Thema*, 9, Pro Senectute, 6–21
- Gatterer, G. (Hrsg., 2023) *Praxis Verhaltenstherapie*. Springer
- Gradl-Dietsch, G., et al. (2020) ICD-11-Sonderserie: Fütter- und Essstörungen in der ICD-11; Online veröffentlicht: December 08, 2020. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000772>

- Günther, M., Teren, K., Wolf, G. (2021). Psychotherapeutische Arbeit mit Trans\* Personen. 2. Aufl. München: Reinhardt
- Gysi, J. (2021): Diagnostik von Traumafolgestörungen. Multitaxiales Trauma-Dissoziations-Modell nach ICD-11. Bern: Hogrefe.
- Hauser, N.C., Herpertz, S.C. & Habermeyer, E. Das überarbeitete Konzept der Persönlichkeitsstörungen nach ICD-11: Neuerungen und mögliche Konsequenzen für die forensisch-psychiatrische Tätigkeit. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 15, 30–38 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11757-020-00648-3>
- Jakob, R. (2018). ICD-11–Anpassung der ICD an das 21. Jahrhundert. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 61(7), 771-777. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2755-6>
- Jessen, K., Frölich L. (2018) ICD-11: Neurokognitive Störungen. Fortschr Neurol Psychiatr 2018; 86(03): 172–177. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0044-101607>
- Kruse, A (2021) Gesundheit im Alter. [https://www.zfg.uzh.ch/static/2001/kruse\\_gesundheit.pdf](https://www.zfg.uzh.ch/static/2001/kruse_gesundheit.pdf)
- Maercker, A. (2021). Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 8(1), 1–4. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00148-8>
- Maercker, A., Hecker, T., Augsburger, M., & Kliem, S. (2018). ICD-11 prevalence rates of posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in a German nationwide sample. The Journal of nervous and mental disease, 206(4), 270–276. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000790>
- Mitmansgruber, H (2020) Die „neue“ Borderline-Persönlichkeitsstörung: Dimensionale Klassifikation im DSM-5 und ICD-11. The “new” borderline personality disorder: Dimensional classification in DSM-5 and ICD-11 Psychotherapie Forum volume 24, pages 89–99
- Müller, M. (2022) Schlafstörungen aus psychiatrischer Sicht. psychopraxis. neuropraxis 25, 16–25. <https://doi.org/10.1007/s00739-021-00767-4>
- Rauchfleisch, U. (2019). Transsexualismus-Genderdysphorie-Geschlechtsinkongruenz Transidentität. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reed, G.M. et al. (2019) Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. World Psychiatry. 2019 Feb;18(1):3-19. doi: 10.1002/wps.20611. PMID: 30600616 Free PMC article.

- Reiningger, K.M., & Briken, P. (2021). Sexualstörungen: Sexuelle Funktionsstörungen, Paraphilien und Geschlechtsidentitätsstörungen. In W. Rief, E. Schramm, & B. Strauß: Psychotherapie - Ein kompetenzorientiertes Lehrbuch (S. 303–321). München: Elsevier
- Rief, W., Stenzel, N (2012) Diagnostik und Klassifikation. In: Berking, M., Winfried Rief, W. (Hrsg.) Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor. Band I: Grundlagen und Störungswissen. Lesen, Hören, Lernen im Web. Springer. [https://lehrbuch-psychologie.springer.com/sites/default/files/atoms/files/berking\\_rief\\_klinische\\_band\\_i\\_pr\\_obekapitel\\_2.pdf](https://lehrbuch-psychologie.springer.com/sites/default/files/atoms/files/berking_rief_klinische_band_i_pr_obekapitel_2.pdf)
- Sievers, C (2021). ICD-11: Mehr als nur ein Update. BARMER – Institut für Gesundheitssystemforschung. BIFG <https://www.bifg.de/media/dl/ePaper/bifg-epaper-icd-11.pdf>
- Stambler, I et al. (2022). Fortgeschrittenes pathologisches Altern sollte in der ICD abgebildet werden. [Larnaca-Conferences, Publications.](https://www.carl-larnaca-conferences.com/publications) <https://www.carl-larnaca-conferences.com/publications/fortgeschrittenes-pathologisches-altern-sollte-in-der-icd-abgebildet-werden>. Ursprünglich veröffentlicht in Lancet Healthy Longevity, 3(1), E11, 2022. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(21\)00305-6](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(21)00305-6),
- Freyberger, H. J. und Rolf-Dieter Stieglitz, R.D. (1996) Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie. Begründ. von Th. Spoerri. Basel, Freiburg, Paris Karger
- Von Gontard, A (2021) Ausscheidungsstörungen – Klassifikation und Definition nach ICD-11. Online veröffentlicht: September 21, 2020 <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000751>.
- Vloet, T.D. und Romanos, M. (2020) Angststörungen – von der ICD-10 zur ICD-11. Online veröffentlicht: November 13, 2020. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000768>
- World Health Organization (2018). ICD-11 for mortality and morbidity statistics (2018). Neuerungen ICD-11 (zuepp.ch) <https://www.zuepp.ch/aktuelles/berufspraxis/nl23-icd-11/>
- WHO (2021a). ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. <https://icd.who.int/en>

## Links

- Auf dem Weg zur ICD-11: On the way to ICD-11: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie: Vol. 49, No. 6 (hogrefe.com). <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1422-4917/a000836>
- Änderungen in der ICD-11 | PsyLife. <https://psylife.de/magazin/aenderungen-icd11>



- <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/>
- BfArM - ICD-11 in Deutsch- Entwurfsfassung.  
[https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html)

### **Ergänzende Literatur**

- Gaebel W, Riesbeck M, Zielasek J, Kerst A, Meisenzahl-Lechner E, Köllner V, Rose M, Hofmann T, Schäfer I, Lotzin A, Briken P, Klein V, Brunner F, Keeley JW, Rebello TJ, Andrews HF, Reed GM, Kostanjsek NFI, Hasan A, Russek P, Falkai P. (2018). Web-based field studies on diagnostic classification and code assignment of mental disorders: comparison of ICD-11 and ICD-10. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2018 Mar;86(3):163-171. doi: 10.1055/s-0044-100508. Epub 2018 Apr 5. PMID: 29621822 Review. German.
- Gaebel W, Stricker J, Riesbeck M, Zielasek J, Kerst A, Meisenzahl-Lechner E, Köllner V, Rose M, Hofmann T, Schäfer I, Lotzin A, Briken P, Klein V, Brunner F, Keeley JW, Brechbiel J, Rebello TJ, Andrews HF, Reed GM, Vogel U, Hasan A, Falkai P. (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. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2020 Apr;270(3):281-289. doi: 10.1007/s00406-019-01076-z. Epub 2019 Oct 25. PMID: 31654119
- Gaebel W, Zielasek J, Reed GM. (2017) Mental and behavioural disorders in the ICD-11: concepts, methodologies, and current status. *Psychiatr Pol.* 2017 Apr 30;51(2):169-195. doi: 10.12740/PP/69660. Epub 2017 Apr 30. PMID: 28581530 Review. English, Polish.
- Keeley JW, Reed GM, Roberts MC, Evans SC, Robles R, Matsumoto C, Brewin CR, Cloitre M, Perkonig A, Rousseau C, Gureje O, Lovell AM, Sharan P, Maercker A. (2016) Disorders specifically associated with stress: A case-controlled field study for ICD-11 mental and behavioural disorders. *Int J Clin Health Psychol.* 2016 May-Aug;16(2):109-127. doi: 10.1016/j.ijchp.2015.09.002. Epub 2015 Nov 6. PMID: 30487855 Free PMC article.
- Wittchen, H.-U. & Lachner, G. (1996). Klassifikationen. In: Ehlers, A. & Hahlweg, K. (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie* (Bd. 1, S. 3-67). Göttingen: Hogrefe

### **WHO-Publikationen**

- WHO – World Health Organization (2010). ICD-10. Volume 2. Instruction Manual. Verfügbar unter: [https://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2\\_en\\_2010.pdf](https://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf) [Zugriff am 17.06.2021].

- WHO – World Health Organization (September 2012). WHO – FIC INFORMATION SHEET. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10). Verfügbar unter: <https://www.cdc.gov/nchs/data/icd/ICDInformationSheet.pdf> [Zugriff am 18.06.2021].
- WHO – World Health Organization (14. Mai 2018). ICD 11th revision Member State Information Session. Verfügbar unter: <https://dxrevisionwatch.files.wordpress.com/2018/05/icd11.pdf> [Zugriff am 18.06.2021].
- WHO – World Health Organization (2019). ICD-11 Reference Guide. Verfügbar unter: <https://icd.who.int/icd11refguide/en/index.html> [Zugriff am 10.05.2021].
- WHO – World Health Organization (2020). ICD-11 Training Tool and WHO Academy Course. Verfügbar unter: <https://score.tools.who.int/tools/count-births-deaths-and-causes-of-death/tool/icd-11-training-tool-and-who-academycourse-142/?L=> [Zugriff am 10.05.2021].
- WHO (2021a). ICD-11: Classifying disease to map the way we live and die. Verfügbar unter: <https://www.who.int/newsroom/spotlight/international-classification-of-diseases> [Zugriff am 10.05.2021].
- WHO – World Health Organization (2021c). WHOFIC Foundation. Verfügbar unter: <https://icd.who.int/dev11/f/en> [Zugriff am 11.08.2021].
- WHO – World Health Organization (2021d). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Verfügbar unter: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> [Zugriff am 15.07.2021].
- Wiseman, A. (30. Juni 2018). World Stroke Organization welcomes WHO stroke classification and definition in ICD 11. International Journal of Stroke. Verfügbar unter: <http://worldstrokeorganization.blogspot.com/2018/06/world-strokeorganization-welcomes-who.html> [Zugriff am 11.07.2021]

**Korrespondenzadresse:**

Univ.-Doz. Dr. Gerald Gatterer  
 Leiter des Instituts für Altersforschung an der  
 Sigmund Freud Privatuniversität Wien.  
 Wissenschaftlicher Leiter der Arbeitsgemeinschaft  
 für Verhaltensmodifikation Österreich.  
 Praxis: Schlossmühlgasse 22  
 2351 Wiener Neudorf  
 Mail: [gerald@gatterer.at](mailto:gerald@gatterer.at)