



ICD 11: Mehr als Kapitel 6 „Psychische Störungen“, sondern Beschreibung des ganzen Menschen?

Grundlagen, Überblick und Neuerungen

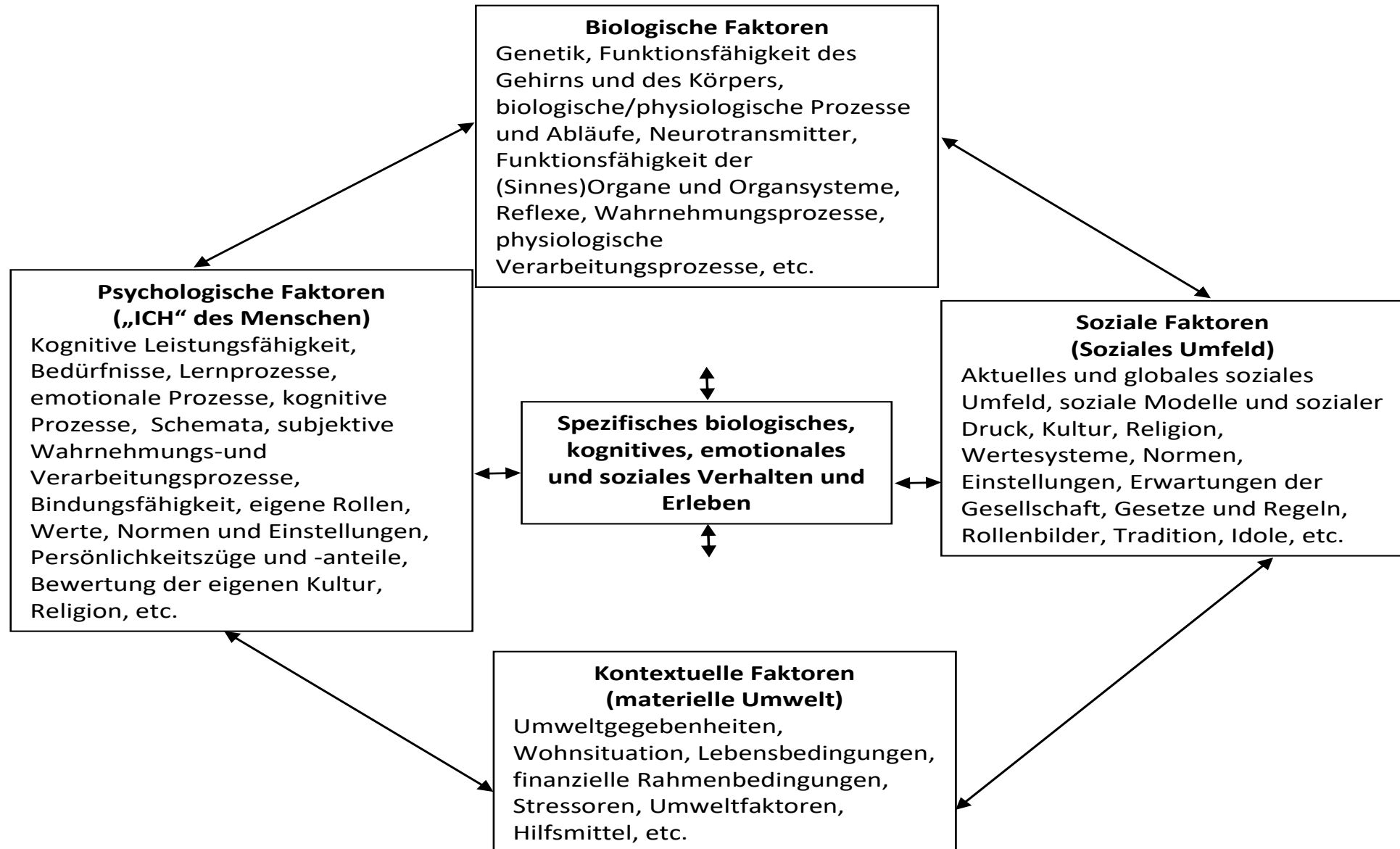
https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html

Gatterer G (2023) Normalitätskonzepte, Diagnosen und deren Relevanz für die Behandlung von psychischen Krankheiten mit Bezug zum neuen ICD-11. AVM.publications „Positionspapiere/Literaturarbeiten/Reviews.“

<https://institut-avm.at/avm-publications/positionspapiere-literaturarbeiten-reviews/>

G. Gatterer

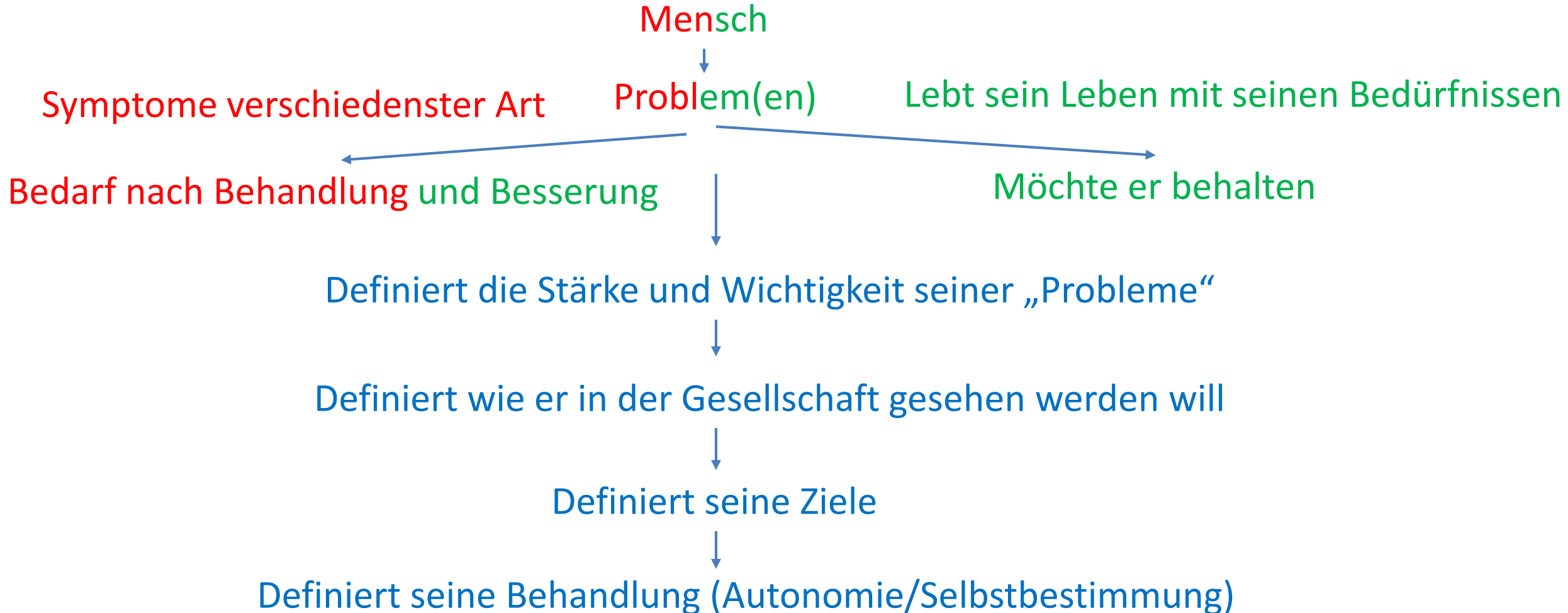
Das Menschenbild



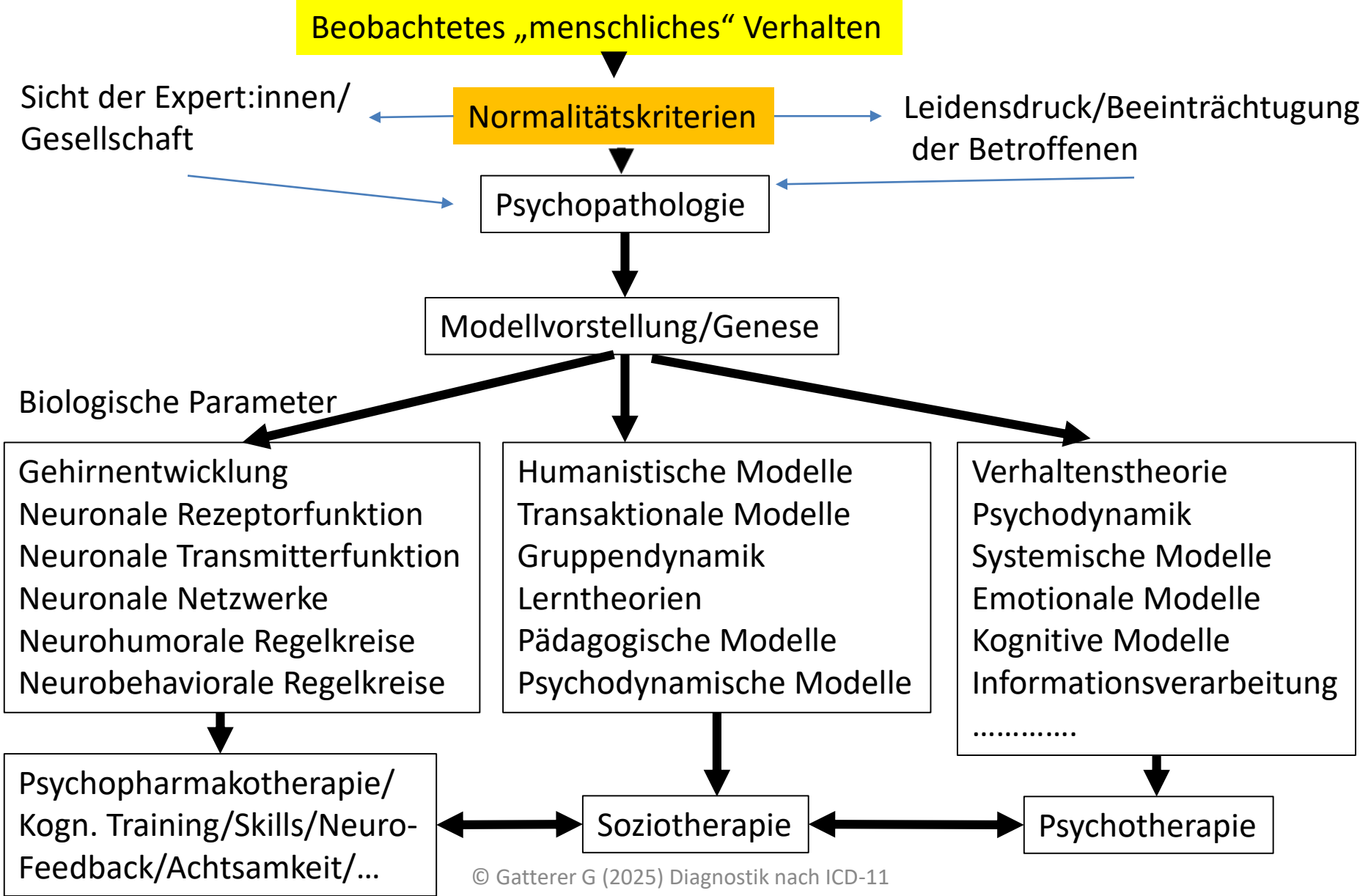
Der heutige Mensch in der Gesellschaft

- Lebt individuell
- Möchte Freiheit und Autonomie
- Möchte nicht diskriminiert werden wegen seiner Individualität
- Möchte nicht pathologisiert werden
- WHO-Menschenrechte bilden das ab: Freiheit ist das höchste Gut. Das beinhaltet auch das Recht sich selbst zu gefährden (Recht auf Unvernunft). Keine Diskriminierung wegen Individualität
- Gesetze werden angepasst z.B. Sterbeverfügungsgesetz

Der Mensch mit „Problemen“



Der Mensch im Gesundheitssystem



Normalitätskriterien für Diagnosesysteme

- „Idealnormen“ (WHO-Menschenrechte/Freiheit/Autonomie/ keine Diskriminierung)
- Biologische Normen/medizinische Sicht: „Gesundheit“
- Statistische Normen: „Durchschnittsmensch/Mehrheit“
- Soziale/gesellschaftliche Normen: Gesellschaftliches Zusammenleben
 - Gesetze (wurden Idealnorm angepasst!)
 - Kultur, Religion, Ethik, Moral, ...
 - Werte und Normen durch „Übereinkünfte“ der Gesellschaft
- Individuelle/persönliche/subjektive Normen

Kriterien für „Störung“ (Expert:innen/Betroffene/Gesellschaft)

- Entwicklung nicht angemessen
- Fehlende Fähigkeiten (körperlich, kognitiv, emotional, sozial, Kommunikation,...)
- „pathologische“ Symptome (vgl. Normen)
- Dauer/Intensität/Ausmaß/Umfang/Häufigkeit
- Lebensumstände
- Soziale Faktoren/kulturelle Faktoren
- Situationsabhängigkeit
- Kulturelle Maßstäbe
- Gefahr
- „individuelle“ Sicht,

Probleme der Diagnostik

- 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, medizinische Sicht,.....)
- Schwellenproblem: Gibt es einen Punkt wo 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)
- Unterschiede bei Berufsgruppen (Psychologie/Psychotherapie/Psychiatrie)

Probleme der Diagnostik

- Die Unterscheidung zwischen Disease vs. Illness vs. Sickness bzw. Krankheit vs. Beeinträchtigung/Behinderung vs. Behandlungs-/Präventionsbedarf/Pflege- und Unterstützungsbedarf
- Wo liegt die Grenze zwischen Problem und Diagnose? Wer entscheidet?
- Können psychische, soziale, individuelle und somatische Probleme nach den selben Kriterien beurteilt werden?
- Psychische Störungen sind (modifizierbare!) Konstrukte und ändern sich auch mit gesellschaftlichen Veränderungen, Gesetzen bzw. Kulturen
- Welche Relevanz haben diese Kriterien z.B. Gesetze, somatische Symptome und Krankheiten, eigene Bewertungen, für die Diagnostik?
- Wann ergibt sich Behandlungsbedarf? Wieviel Freiheit hat der Mensch bei der Entscheidung?

Wichtig!!

- Diagnostik ist immer ein Konstrukt zur „Vereinfachung der Komplexität des Verhaltens“
- Verändert sich durch Veränderung der Normen
- Die Diagnostik nach ICD, DSM und testpsychologische Diagnostik beinhaltet oft unterschiedliche Konstrukte und insofern nicht immer vergleichbar (Kriterien und Konstrukte beachten!!)
- Psychotherapeutische Diagnostik orientiert sich am Menschenbild und dem Pathologiekonzept der Therapieschule (Humanistisch/psychodynamisch/systemisch/lerntheoretisch) und ist in den Begriffen nicht immer gleichzusetzen mit ICD/DSM

Kategoriale vs. Dimensionale Diagnostik

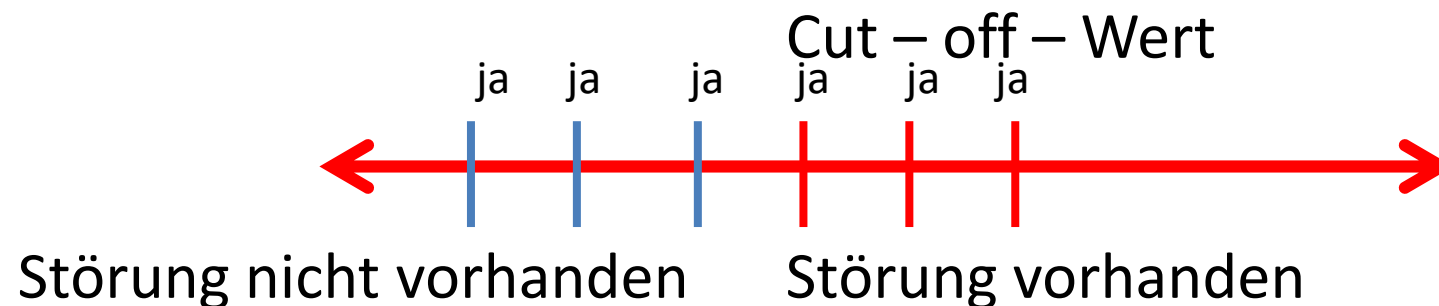
- **kategorialer Ansatz** = dienen der Abgrenzung einzelner Störungsbilder untereinander und Erleichterung der Verständigung über klinische Sachverhalte. Hier muss eine Diagnose bei einer knappen Nichterfüllung der Kriterien ausgeschlossen werden.
- **dimensionaler Ansatz** = geht davon aus, dass sich psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten nicht eindeutig von »normalem« Verhalten abgrenzen und sich keine eindeutig von einander unterscheidbaren Klassen definieren lassen. Vielmehr wird angenommen, dass den beobachteten Phänomenen bestimmte Dimensionen zugrunde liegen, auf denen die Beobachtungen kontinuierlich verteilt sind (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. Bsp: Beurteilung der Auftretenshäufigkeit und Intensität der Symptome auf den Checklisten. Vorteil: es können auch subklinische Fälle erfasst werden.

Klassifikatorische/katagoriale Diagnostik

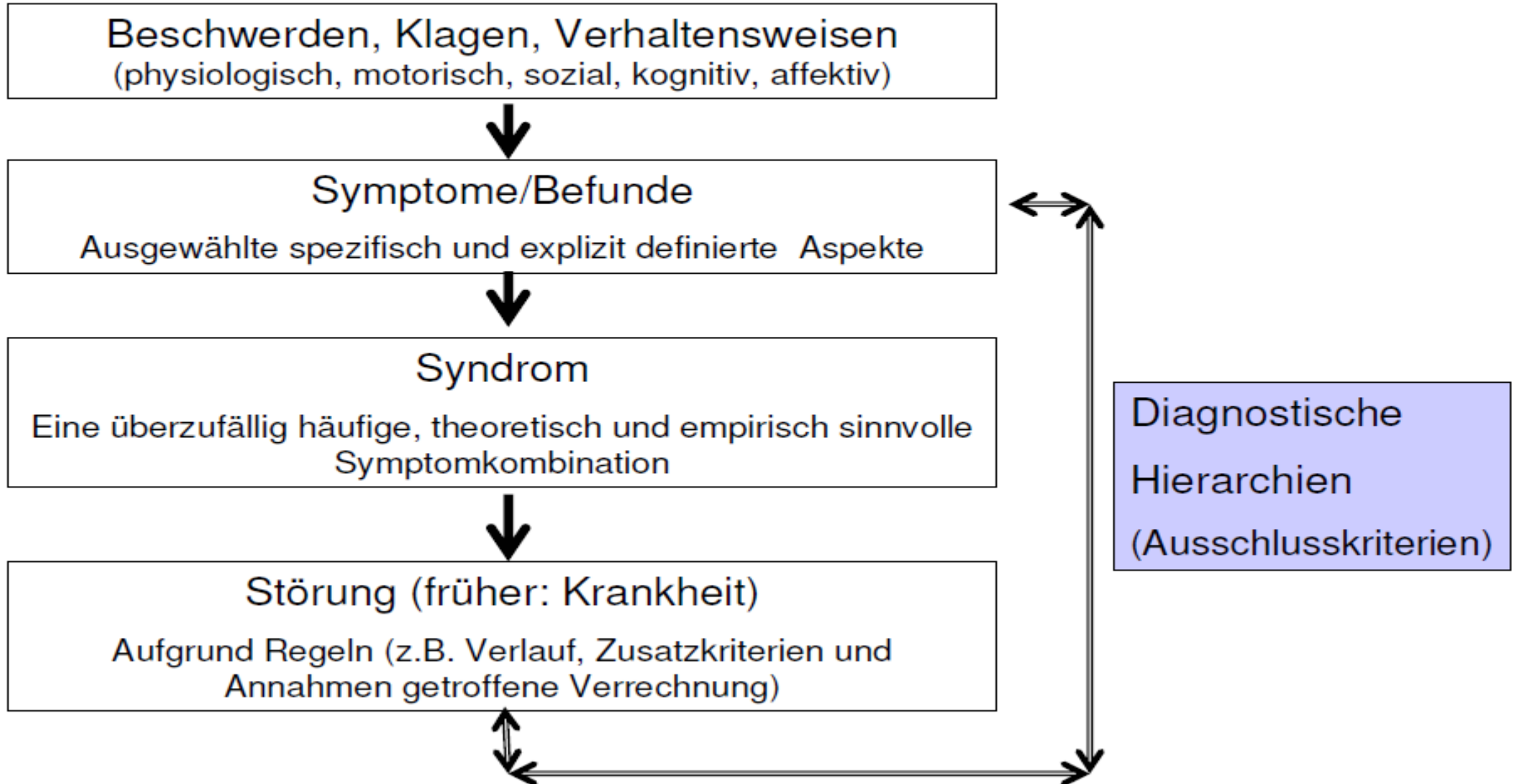
Klassifikation: Einteilung oder Einordnung von Phänomenen, die durch bestimmte gemeinsame Merkmale charakterisiert sind, in ein nach Klassen gegliedertes System (Wittchen & Lachner, 1996, S. 4).

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 Diagnose.

Klassifikatorische Diagnostik: Gesamter Untersuchungs- und Entscheidungsprozess, der zur Erhebung der (psychopathologischen) Befunde und zur Ableitung einer oder mehrerer Diagnosen führt (Stieglitz & Freyberger, 1996, S. 24).

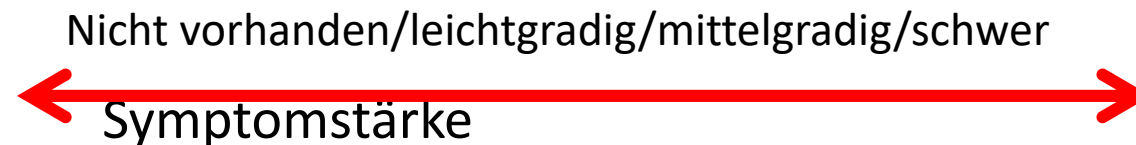


Der klassifikatorisch-diagnostische Prozess



Dimensionale Diagnostik (Syndromskalen)

- Beschreibung psychischer Phänomene anhand von Dimensionen und Relationen untereinander
- Repräsentation der Phänomene auf einem Kontinuum
(keine Depression, leichte Depression, mittelgradige Depression schwere D. anhand der „subjektiven“ Bewertung)
- Vorteile: differenzierte Information bzgl. Ausprägung, Schweregrad von Syndromen, Relation zu anderen Messwerten
- Nachteile: „Momentaufnahme“, Cut-off-Wert-Problem, keine Diagnosestellung
z.B. Testwert / „Depressivität“ / Punktwert im Leistungstest



Diagnostisches Vorgehen

- Symptome (biologisch/psychisch/sozial/emotional/Kontext/
- Leidensdruck (z.B. GAF-Wert)
- Beginn/Verlauf
- Auslöser/Ursachen (biologisch/.....)
- Dauer (als Abgrenzung von „situativen Problemen und Zuständen“ zu einer „Krankheit/Störung“)
- Intensität/Gefährdung/Gesetze (Beurteilung der „Relevanz“ und „Behandlungsbedürftigkeit“)
- Vergleichsnormen (Med./stat.)
- Soziale Normen
- Nachvollziehbarkeit

ICD-11: versucht all das abzubilden!

- Als Klassifikation für die gesamte Medizin verfügt die ICD-11 über **insgesamt 28 Kapitel**, die neben den Störungskapiteln i. e. S. eine Reihe von Kapiteln für störungsübergreifende Zusatzcodes beinhalten.
- Die entwickelte Metastruktur der ICD-11 MMS (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>) des neuen **Kapitels 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders (MBND)** folgte im Gegensatz zur ICD-10 und in gewisser Abstimmung mit der Revision von DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; [First et al., 2021](#)) **der Entwicklungsperspektive über die Lebensspanne** – in stärker gegliederter Struktur dank alphanumerischer Kodiermöglichkeiten – mit den *neurodevelopmental disorders* am Beginn und den *neurocognitive disorders* am Ende des Kapitels.

- Bisher im F-Kapitel der ICD-10 verortete Störungen finden sich nun in jeweils **eigenen Kapiteln, wie Sleep-wake disorders (Kapitel 07) oder Conditions related to sexual health (Kapitel 17)**. Diese sind keine psychische Störung. z.B. 7B01.2 Albtraumstörung.
- Neurologische bzw. im Überlappungsbereich zwischen Neurologie und Psychiatrie liegende Störungen finden sich im Kapitel **08 Diseases (!) of the nervous system**.
- Analog zur Kreuz-Stern Verschlüsselung der Kapitel F00–F09 der ICD-10 werden klinische Manifestationen neurokognitiver Störungen in der ICD-11 in Kapitel 06 kodiert und obligatorisch mit einem Code zur Ätiopathogenese in Kapitel 08 postkoordinativ kombiniert.
- Bei Codierung als **psychische Störung benötigt man Code aus Kapitel 6**

In der Entwicklung der CDDG für die Kapitel der MBND der ICD-11 standen als Leitkonzepte **wissenschaftliche Validität, diagnostische Konsistenz („Reliability“), „Utility“ und „Global Applicability“** im Vordergrund. 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. Das entsprechende „Coding Tool“ für ICD-11 ermöglicht eine automatisierte Kombination zu entsprechend extendierten Codestrings i. S. von Komplexcodes, die eine stärker personalisierte Diagnostik und Therapieindikation erlauben. Ob in Zukunft stärker dimensional orientierte diagnostische Konzeptentwicklungen wie z. B. HiTOP (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology) eine praktische klinische Bedeutung erlangen werden, mag dahinstehen ([Gaebel et al., 2020](#)).

Die zu Beginn der Revision für DSM-5 wie ICD-11 intendierte stärkere **Berücksichtigung von Biomarkern** für die Diagnostik musste mangels hinreichender Evidenz und praktischer Relevanz für beide Systeme zunächst aufgegeben werden, dürfte aber bei künftig in engeren Zeiträumen stattfindenden Revisionen weiter auf der Agenda stehen. Zunächst ist das Ziel erreicht worden, diagnostische Reliabilität, „Utility“ und „Applicability“ für die Mehrzahl von Diagnosen des Kapitels MBND der ICD-11 im Vergleich zu Diagnosen des Kapitels F der ICD-10 in internetbasierten (mit Fallvignetten) und klinischen Feldstudien an internationalen Zentren zu verbessern oder als mindestens vergleichbar gut zu sichern ([Reed, Keeley, et al., 2018](#); [Reed, Sharan, et al., 2018](#)).

Tabelle 1

ICD-11-Kapitel

Nr.	Kapitel	Nr.	Kapitel
1	Bestimmte infektiöse oder parasitäre Krankheiten	2	Neubildungen
3	Krankheiten des Bluts oder der blutbildenden Organe	4	Krankheiten des Immunsystems
5	Endokrine, Ernährungs- oder Stoffwechselkrankheiten	6	Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen
7	Schlaf-Wach-Störungen	8	Krankheiten des Nervensystems
9	Krankheiten des visuellen Systems	10	Krankheiten des Ohrs oder des Warzenfortsatzes
11	Krankheiten des Kreislaufsystems	12	Krankheiten des Atmungssystems
13	Krankheiten des Verdauungssystems	14	Krankheiten der Haut
15	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems oder des Bindegewebes	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, anderenorts 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
25	Schlüsselnummern für besondere Zwecke	26	Ergänzendes Kapitel für Zustände gemäss der Traditionellen Medizin – Modul 1
V	Ergänzender Abschnitt für die Einschätzung der Funktionsfähigkeit	X	Zusatzcodes

Quelle: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html

Foundation vs Linearisierung

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/nomenklaturen/medkk/icd-11.assetdetail.31851006.html>

- Mit der Einführung von ICD-11 wird zwischen Foundation und Linearisierung unterschieden. Während die bisherigen ICD-Systeme der Linearisierung entsprachen, ist die Foundation eine neue Errungenschaft der ICD-11.
- Die Foundation ist eine multidimensionale Sammlung medizinischer Entitäten: Krankheiten, Störungen, Verletzungen, äussere Ursachen, Anzeichen und Symptome. Die Entitäten werden mit Attributen wie Körperstelle, Körpersystem und Kausalmechanismus definiert. Diese Entitäten sind in Hierarchien gegliedert, in denen sogenanntes «multi-parenting» möglich ist. Dies bedeutet, dass eine Entität mehreren übergeordneten Entitäten zugewiesen werden kann. Einerseits hat dies den Vorteil, dass die Foundation sehr flexibel ist und somit die reale Welt sehr gut abbildet. Andererseits kann die Foundation deswegen nicht als Klassifikationssystem genutzt werden. Eine statistisch nutzbare Klassifikation beruht auf dem gegenseitigen Ausschluss und muss Doppelzählungen vermeiden (Chute, 2018).
- Erst die sogenannte Linearisierung macht es möglich, ICD-11 für die Kodierung zu nutzen. Die Linearisierung ist somit ein Auszug aus der Foundation, die ausschliesslich «single-parenting» zulässt. Das heisst eine Entität wird immer nur einer übergeordneten Entität zugewiesen. Es gibt verschiedene Linearisierungen in verschiedener Granularität. Ein Beispiel für eine Linearisierung ist die Mortalitäts- und Morbiditätsstatistik-Linearisierung (MMS). Weitere Linearisierungen sind in der Entwicklungsphase und können auf der Wartungsplattform der WHO gesichtet werden.

Wichtigste Neuerungen

Die ICD-11 wird nicht mehr in der bekannten Buchform publiziert, sondern als ein webbasiertes Codier-Werkzeug (Jakob, 2018). Auf der folgenden Seite ist die aktuellste Browser Version zugänglich: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Das Kapitel, welches die psychischen Störungen beinhaltet, ist das Kapitel 06 (engl. Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders). Die neuen ICD-11 Codierungen der psychischen Störungen fangen somit mit der Nummer «6» an (z. B. für soziale Phobien: ICD-11 Code = 6B04).

- Insgesamt umfasst das Kapitel **MBND 21 Störungskapitel** im Vergleich zu zehn Störungskapiteln des Kapitels F der ICD-10. Innerhalb und zwischen den einzelnen Kapiteln gibt es zum Teil erhebliche Veränderungen; **15 Subkapitel wurden gänzlich neu eingefügt** ([Gaebel, Stricker & Kerst, 2020](#); [Reed et al., 2019](#)), wobei einzelne Subkapitel, wie z. B. Prolonged grief disorder, Gaming disorder oder Compulsive sexual behaviour disorder nach Bekanntwerden erhebliche Diskussion in den Medien bezüglich einer etwaigen „Psychiatisierung“ hervorgerufen haben.

- Weitere wichtige Kapitel 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 23** erfasst **„Äußere Ursachen von Morbidität oder Mortalität“** z.B. vorsätzliche Selbstschädigung PC62 durch Verletzung während des Aufenthalts im Wasser, ausgenommen Ertrinken
- **Kapitel 24** beinhaltet **Faktoren, welche den Gesundheitsstatus beeinflussen** können, wie ‚Armut‘ (QD50) oder ‚fehlende körperliche Bewegung‘ (QE20).

- Spezifische Aspekte von Störungen und Krankheiten können mit der ICD-11 **differenzierter als bis anhin verschlüsselt** werden (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2021). So können beispielsweise die (bzw. der Stammcode von den) sozialen Phobien mit einer sogenannten Postkoordination 'Panik Attacke' (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).

Anwendungsbereiche

- Die ICD wird verwendet, um den Großteil der globalen Gesundheitsressourcen zuzuordnen. Zu den Nutzern der ICD gehören Ärzte, Krankenschwestern, andere Gesundheitsdienstleister, Forscher, Fachkräfte für Gesundheitsinformationsmanagement, Kodierer, Mitarbeiter im Bereich Gesundheitstechnologie, Analysten, politische Entscheidungsträger, Versicherer, Patientenorganisationen und viele mehr.
- Die ICD kann daher verwendet werden, um Daten aufzuzeichnen, zu klassifizieren und zu nutzen, die sonst unter Überschriften wie Todesursache, Diagnose, Aufnahmeanlass, behandelte Bedingungen, zusätzliche Diagnosen, Risikofaktoren und Konsultationsgrund erfasst werden, die in einer Vielzahl von Gesundheitsakten und Dokumenten erscheinen, aus denen die Statistiken abgeleitet werden.

Aufbau

- Die Kapitelstruktur der ICD spiegelt wichtige Aspekte von Krankheiten wider. Die Kapitel sollen keine Bereiche der medizinischen Fachkenntnis oder Domänen von Fachgebieten abgrenzen.
- Der Bezug zu einem Fachgebiet oder zu Erstattungssystemen ist nachgeordnet. Die ICD enthält Kategorien für Krankheiten, Störungen, Syndrome, Anzeichen, Symptome, Befunde, Verletzungen, äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität, Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Gründe für die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sowie für die traditionelle Medizin.
- ICD-11 ergänzt diese durch die Möglichkeit, zusätzliche Details wie Anatomie, Substanzen, Medikamente, medizinische Geräte, Infektionserreger, Unfallort und viele weitere zu erfassen. ICD-11 wird außerdem mit einer Reihe von Regeln und Erläuterungen zu ihrer Anwendung sowie den erforderlichen Metadaten geliefert. Auch die erforderlichen Berichtsformate sind enthalten.

ICD-11

- Das ICD-11 nähert sich dem DSM 5 stark an
- Online-codierung; weniger an spezifischen Kriterien orientiert; Lebensspannenansatz
- Störungen des Kindes- und Jugendalters nicht getrennt, aber in den Bereichen operationalisiert
- Starke Orientierung an „Verhalten und Leitsymptomen“; Objektivierung
- Zusammenfassung „logischer“ Bereiche; Zusammenfassung zu globalen Konstrukten z.B. Autismus, Schizophrenie
- Einbeziehung „leichter“ Abweichungen oder Risiken; Nicht nur Pathologie
- Kombination mit anderen Kategorien z.B. Neurologie
- Vermehrte dimensionale Diagnostik (stark/mittel/schwer)
- Neue Diagnosen bzw. veränderte diagnostische Zuordnung
- Mehrfachbezeichnungen
- Persönlichkeitsstörungen stark verändert (wie Forschungsdiagnosen DSM 5)

Tabelle 4

Werkzeuge der WHO

Werkzeug	Beschreibung	weitere Informationen
Schulung		
ICD-11 Reference Guide	Erläuterung zum Aufbau und zur Anwendung von ICD-11.	https://icdcdn.who.int/icd11reference-guide/en/html/index.html
ICD-11 Transition Guide	Empfehlungen zur Umstellung auf ICD-11.	https://icd.who.int/docs/ICD-11%20Implementation%20or%20Transition%20Guide_v105.pdf
Ausbildungsplattform (ICD-FIT)	Komplettes Ausbildungsprogramm für Kodierende sowie Selbsteinschätzungstool.	https://icd.who.int/icdfit/login.php
Elektronische ärztliche Bescheinigung	Anweisungen zur Todesursachen-Spezifikationen.	https://apps.who.int/iris/handle/10665/40557
Instrument der verbalen Autopsie	Anweisungen zur Todesursachen-Spezifikation, wenn kein Arzt die Leichenschau vornehmen kann.	https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/verbal-autopsy-standards-ascertaining-and-attributing-causes-of-death-tool
Kodierung		
ICD-11-Browser	Aktueller Browser «ICD-11-MMS»	vgl. Abschnitt 2.6.1

Kodiertool	Automatisierte Unterstützung bei der Kodierung.	https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release , vgl. auch Abschnitt 2.6.2
API	«Application Programming Interface», Schnittstelle zur Einbettung des Kodierungstools in lokaler Software.	https://icd.who.int/icdapi , vgl. Abschnitt 2.6.4
Spezielle tabellarische Listen	Vorgegebene Listen zur Auswertung, z. B. internationale statistische Erfassung der Sterblichkeit	«Mortality List» oder «Morbidity List» im ICD-11-Browser unter «Info», vgl. Abschnitt 2.6.5
Mapping-Tabellen	Überleitungstabellen zwischen ICD-10-WHO und ICD-11	«ICD-10 / ICD-11 mapping Tables» im ICD-11-Browser unter «Info»
DORIS	«Digital Open Rule Integrated Cause of Death Selection Tool» Softwareunterstützung für die Auswahl der Todesursache basierend auf der Todesurkunde.	https://icd.who.int/doris/

Qualitätssicherung

CodEdit	Software zur Bewertung der Kodierungsqualität.	https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases/services/code-dit-tool
ANACoD3	«Analysing Mortality and Causes of Death 3» Onlinetool zur Bewertung der Datenqualität und Analyse der Todesursachen.	https://anacod-cdn.azureedge.net/v11/#/upload

Diagnostischer Prozess ICD-11. Medizin, klinische Psychologie und Psychotherapie (Bsp. VT)

Klinische Diagnostik

- Anamnese
- Medizinische Diagnostik
- Psychische Diagnostik
- Problembereiche
- Psychopathologischer Status
- Normalitätsüberprüfung
- Diagnosestellung (ICD-11)
- Überprüfung durch
 - Skalen, Skores
 - **Psychologische Tests**
 - Biofeedback etc.

Verhaltenstherapeutische Diagnostik

- Verhaltenstherapeutische Diagnostik
 - Genesemodell
 - Horizontale Verhaltensanalyse
 - Vertikale VA
 - Plananalyse
 - Schemata
 - Regeln, Normen
 - Rollen
 - Kultur
- VT Fragebögen z.B Young

Neu im ICD 11

- Es wird der ganze Mensch beschrieben, nicht nur die Störung auch Probleme

Grundlage für die Diagnostik ist eine

- Gute Beziehungsgestaltung.
- Eine genaue Anamnese über Symptome, Genese und Verlauf
- Wer leidet bzw. hat das Problem?
- Abklärung biologischer und sonstiger Ursachen
- ein psychopathologischer Status
- Die Reflexion von Werten, Normen, Gesetzen und eigener Betroffenheit
- Die Einhaltung der vorgegebenen Kriterien

Diagnostisches Vorgehen

- Symptome
 - wenn somatisch ergibt sich somatische Diagnose!
 - Wenn psychisch definieren Leidensdruck, Gesetze und körperliche Erkrankung die Diagnose
- LeidensdruckZFunktionsbeeinträchtigung
- Beginn
- Auslöser
- Dauer
- Intensität/Gefährdung/Gesetze
- Vergleichsnormen (Med./stat.)
- Soziale Normen
- Nachvollziehbarkeit

Vom ICD-10 zum ICD- 11

Psychische Störungen in der ICD-11

Ein Gesamtüberblick über die wichtigsten Änderungen



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

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

ZUSAMMENFASSUNG

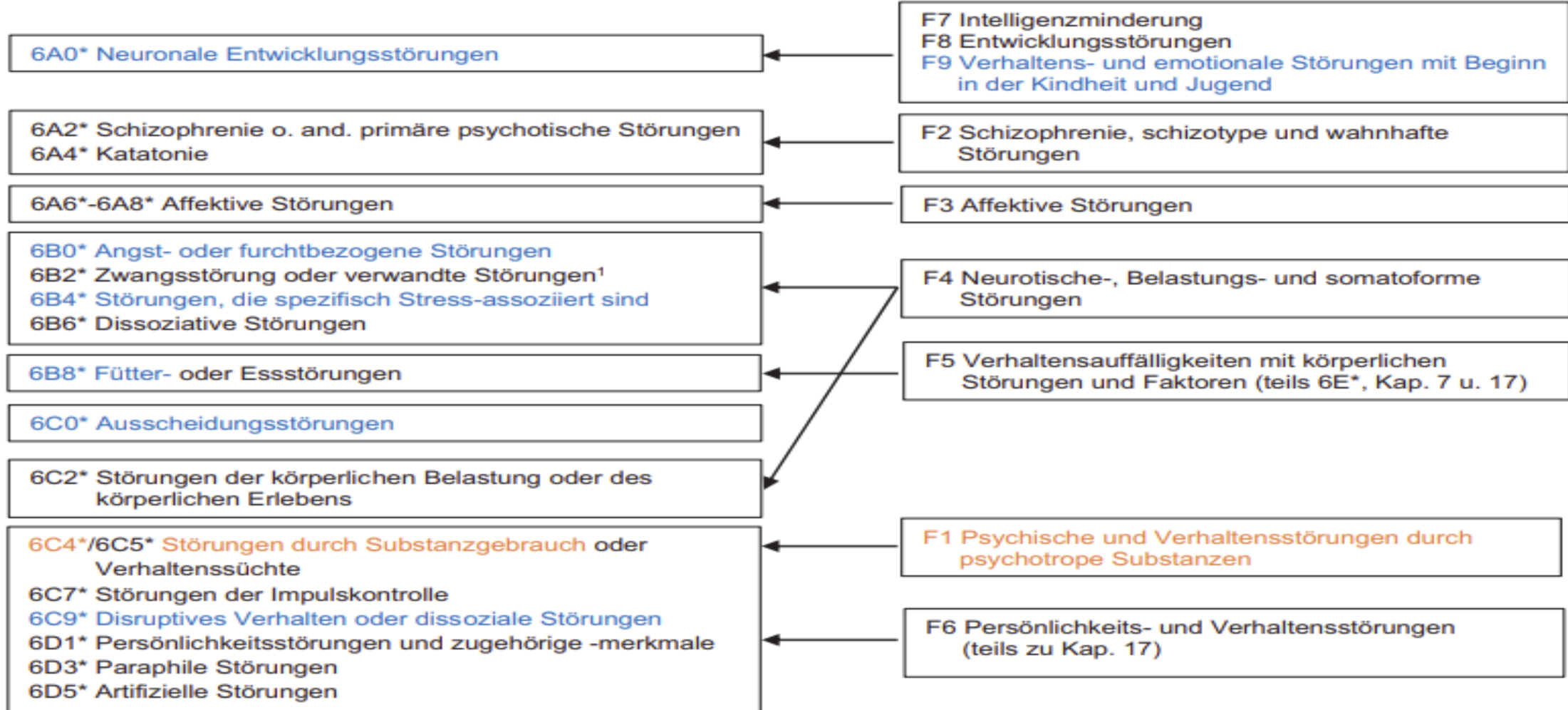
Das internationale Klassifikationssystem für Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme wurde in seiner 11. Überarbeitung am 1.1.2022 verabschiedet. Bis die ICD-11 verbindlich in der Versorgungspraxis gilt, wird es noch eine bislang nicht

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

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-2216-7277.pdf>

ICD-11 Kapitel 06
Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen

ICD-10 Kapitel V (F)
Psychische und Verhaltensstörungen



6D7*/6E0* Neurokognitive Störungen

6E2* Psychische o. Verhaltensstörungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt o. Wochenbett (vormals F53)

6E4* Psychologische o. Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Stör. o. Erkrankungen (vormals F54)

6E6* Sekundäre oder psychische Verhaltenssyndrome bei andernorts klassifizierten Störungen o. Erkrankungen

6E8Y Sonstige näher bezeichnete Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen

6E8Z Psychische, Verhaltens- oder neuronale Entwicklungsstörungen, nicht näher bezeichnet

Kapitel 07 Schlaf- Wach-Störungen
7A0* Insomnien (vormals F51)
7A2* Hypersomnien (vormals F51)

Kapitel 17 Zustände mit Bezug zu sexueller Gesundheit
HA0* Sexuelle Dysfunktion (vormals F52)
HA2* Sexuelle Schmerzstörung (vormals F52)
HA6* Geschlechtsinkongruenz (vormals F64)

Kapitel 21 für zusätzliche Symptome die nicht bei Diagnose integriert sind

Kapitel 24 für „nicht krankheitswertige“ Probleme und Symptome

Kapitel V für Einschätzung der Funktionsfähigkeit/X-Codes als Zusatz

F0 Organische, einschließlich symptomatischer Störungen

F99 Psychische Störung ohne nähere Angabe

Hinzukommende psychische Störungen in der ICD-11 (neu als „psychische“ Störungen kodierbar)

- Katatonie (6A4*)
- Bipolar-Typ-II-Störung (6A61)
- Körperdysmorphie Störung (6B21)
- Eigengeruchswahn (6B22)
- Pathologisches Horten (6B24; vulgo „Messie-Syndrom“)
- Exkoriationsstörung (6B25.1; Skin-Picking-Disorder)
- Komplexe PTBS (6B41)
- Anhaltende Trauerstörung (6B42)
- Binge-Eating-Störung (6B82)
- Vermeidend-restriktive Ernährungsstörung (6B83)
- Körper-Integritäts-Identitätsstörung (6C21)
- Computer-Spielsucht (6C51; Gaming Disorder)
- Störung mit zwanghaftem Sexualverhalten (6C72)
(vulgo „Sex-Sucht“; Compulsive Sexual Behavior Disorder)
- Intermittierende explosive Störung (6C73)
- (Prämenstruelle dysphorische Störung (6A34.41); neu, aber in Kapitel 16 „Krankheiten des Urogenitalsystems“)

Wegfallende psychische Störungen in der ICD-11 (nicht mehr als „psychische“ Störungen kodierbar)

- **Nicht organische Schlafstörungen (7A*)**
früher F51, jetzt in Kapitel 07 „Schlaf- und Wachstörungen“
- **Sexuelle Dysfunktionen (HA0*) und Schmerzstörungen (HA2*)**
früher F52, jetzt in dem neuen Kapitel 17 „Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit“
- **Geschlechtsinkongruenz (HA6*)**
früher F64 (Störung der Geschlechtsidentität), jetzt in Kapitel 17 als H60* bei Erwachsenen und Jugendlichen; als H61* bei Kindern
- **Akute Belastungsreaktion (QE84)**
früher F43.0, jetzt in Kapitel 24 „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen oder zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führen“ unter „Problematik in Verbindung mit schädlichen oder traumatischen Ereignissen“
- **Tic-Störungen (8A05)**
früher F95, jetzt in Kapitel 08 „Krankheiten des Nervensystems“
- **Masochismus (keine Krankheitswertigkeit)**

Die Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltens Süchte

- Die Revision der ICD soll einem gewandelten Verständnis der Suchtstörungen und deren Diagnostik Rechnung tragen und die klinische Anwendbarkeit vereinfachen. Im Bereich der substanzbezogenen und nicht substanzbezogenen Störungen sind gegenüber der Vorgängerversion erhebliche Neuerungen eingeführt worden. Die wichtigsten Änderungen betreffen ein erweitertes Angebot an Stoffklassen, deutliche (vereinfachende) Anpassungen in den konzeptuellen und diagnostischen Leitlinien der substanzbezogenen Störungsbilder und insbesondere der „Abhängigkeit“, sowie die Einführung der Kategorie der „abhängigen Verhaltensweisen“ und damit verbunden die Zuordnung der „Glücksspielstörung“ zu den Suchtstörungen sowie die Aufnahme der neuen (bildschirmbezogenen) „Spielstörung“. Zudem findet eine Erweiterung der diagnostischen Optionen für frühe, präklinische Phänotypen der Suchtstörungen („Episodisch Schädlicher Gebrauch“) erstmals Eingang in den ICD-Katalog.

ICD-11 Abhängigkeit	ICD-10 Abhängigkeitssyndrom
<p>Die Diagnose erfordert, dass 2 oder mehr der 3 zentralen Kriterien über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten bestehen, kann aber auch gestellt werden, wenn die Substanz mindestens einen Monat kontinuierlich (täglich oder fast täglich) konsumiert wird</p>	<p>Um die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms stellen zu können, müssen 3 oder mehr Kriterien mindestens einen Monat lang gleichzeitig oder wiederholt innerhalb von 12 Monaten vorhanden sein</p>
<p>1 Beeinträchtigte Kontrolle über den Substanzkonsum – Bezogen auf Beginn, Menge und Umstände oder Ende des Konsums. Wird oft, aber nicht notwendigerweise von subjektiven Empfindungen von Drang oder Verlangen, die Substanz zu konsumieren, begleitet</p>	<p>1 Ein starkes Verlangen („craving“) oder eine Art Zwang, die Substanzen zu konsumieren</p>
<p>2 Physiologische Merkmale (indikativ für substanzbezogene Neuroadaptation) manifestiert sich als: (i) Toleranz, (ii) Entzugerscheinungen nach Konsumstopp oder -reduktion oder (iii) wiederholter Konsum der Substanz, um Entzugerscheinungen zu mindern oder zu verhindern Entzugerscheinungen müssen dem Entzugssyndrom der Substanz entsprechen und sind nicht auf anhaltende Substanzeffekte zurückzuführen</p>	<p>2 Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d. h. über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums, deutlich daran, dass oft mehr von der Substanz oder über einen längeren Zeitraum konsumiert wird als geplant, oder an dem anhaltenden Wunsch oder an erfolglosen Versuchen, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren</p>
<p>3 Substanzkonsum wird fortschreitend zur Priorität im Leben, d. B., dass die Substanz Vorrang über andere Interessen, Vergnügungen, alltägliche Aktivitäten, Verpflichtungen oder der Gesundheitspflege oder persönlichen Pflege erhält. Der Substanzkonsum nimmt zunehmend eine zentrale Rolle im Leben der Person ein und verschiebt andere Aspekte des Lebens in die Peripherie und wird oft trotz des Auftretens von Problemen fortgeführt</p>	<p>3 Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz. Für eine Intoxikation oder um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen der Substanz konsumiert werden, oder es treten bei fortgesetztem Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf</p>
	<p>4 Ein körperliches Entzugssyndrom, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, mit den für die Substanz typischen Entzugssymptomen oder auch nachweisbar durch den Gebrauch derselben oder einer sehr ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden</p>
	<p>5 Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügungen oder Interessensbereiche wegen des Substanzgebrauchs; oder es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen</p> <p>6 Anhaltender Konsum trotz eindeutiger schädlicher Folgen, deutlich an dem fortgesetzten Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über Art und Ausmaß des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte</p>

Störungen aufgrund von Substanzgebrauch oder Verhaltenssüchte

- 6C4...Störungen durch Substanzkonsum (Untergruppen; Stärke; psychische Auswirkungen z.B. Stimmungstörung)
- 6C5 ...Störungen durch Verhaltenssüchte
- ▷ **6C50** Pathologisches Glückspielen (veraltet)
- ▷ **6C51** Pathologisches Spielen
- **6C5Y** Sonstige näher bezeichnete Störungen durch Verhaltenssüchte
- **6C5Z** Störungen durch Verhaltenssüchte, nicht näher bezeichnet

Die Konzeption von Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11

- 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. 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. Alle anderen Formen von PS werden durch spezifische Profile von fünf pathologischen Persönlichkeits-Traits charakterisiert. Die zentrale 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.

Persönlichkeitsstörungen von Babette Renneberg, Sabine C. Herpertz

Reihe: Fortschritte der Psychotherapie - Band 79



Skalen:

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.66872>

[4/full](#)

Fortschritte der
Psychotherapie

 hogrefe

© Gatterer G (2025) Diagnostik nach ICD-11

Persönlichkeitsstörungen und zugehörige Persönlichkeitsmerkmale

- ▷ **6D10** Persönlichkeitsstörung (leicht/mittel/schwer)
- ▽ **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

Neu Definition ICD-11

- ICD 11: Eine Persönlichkeitsstörung ist eine ausgeprägte Störung der Persönlichkeitsfunktion, die fast immer mit erheblichen persönlichen und sozialen Interaktionsproblemen verbunden ist.
- Die zentralen Manifestationen sind Beeinträchtigungen in der Funktion von
 - Aspekten des Selbst (z. B. Identität, Selbstwert, Fähigkeit zur Selbststeuerung)
 - Probleme im zwischenmenschlichen Bereich (z. B., Entwicklung und Aufrechterhaltung enger und für beide Seiten befriedigender Beziehungen, Verständnis für die Sichtweise anderer...)
- Beeinträchtigungen äußern sich in maladaptiven (z. B. unflexiblen oder schlecht regulierten) Muster der Kognition, des emotionalen Erlebens, des emotionalen Ausdrucks und des Verhaltens.
- Wegfall der Gruppen außer Borderline

- Andauernde Funktionsbeeinträchtigung in Aspekten des Selbst und der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung
- mindestens zwei-jährige Dauer
- manifestiert sich in unangepassten Mustern von Kognitionen, emotionaler Erfahrung, emotionalen Ausdrucks sowie Verhaltens
- manifestiert sich über eine Bandbreite persönlicher und sozialer Situationen
- Verhaltensmuster ist für den Entwicklungsstand der Person unangemessen und lässt sich primär nicht durch soziokulturelle Faktoren, einschließlich sozialpolitischer Konflikte, erklären
- Symptomatik ist nicht direkte Folge einer Medikation oder Substanz (einschließlich Entzugssymptomen) und lässt sich nicht besser durch andere Diagnosen erklären
- Die Störung ist mit erheblichem Leiden und gewichtigen Funktionsbeeinträchtigungen im persönlichen, familiären, sozialen, Ausbildungs oder Berufskontext oder in anderen Bereichen verbunden.

Diagnostik

- Zunächst müssen alle allgemeinen Kriterien erfüllt sein, erst dann kann von einer PS gesprochen werden.
- Danach wird der Schweregrad eingeschätzt:
 - Schweregrad:
 - 6D10.0 leichte PS
 - 6D10.1 mäßige PS
 - 6D10.2 Schwere PS

Schweregradeinschätzung

- **leichte Persönlichkeitsstörung:** Funktionsbeeinträchtigung ist auf spezifische Lebensbereiche begrenzt, zumindest einige soziale und berufliche Rollen werden aufrechterhalten, spezifische Manifestationen gehen nicht mit gravierendem Schaden für sich selbst oder andere einher
- **mäßige Persönlichkeitsstörung** erstreckt sich auf mehrere Lebensbereiche, die emotionalen, kognitiven und behavioralen Manifestationen sind von mäßigem Schweregrad, hin und wieder auch selbst- oder fremdschädigendes Verhalten
- **schwere Persönlichkeitsstörung** ist mit der Erfüllung sozialer Normen inkompatibel, erstreckt sich auf so gut wie alle Lebensbereiche und geht oft mit selbst- oder/und fremdschädigendem Verhalten einher.

Renneberg & Herpertz (2021). Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe

Schweregradeinschätzung

Dimensionale Beurteilung der Funktionsbeeinträchtigung einer Person in den Bereichen

a) des Selbst und

b) der interpersonellen Beziehungsgestaltung

infolge Exploration, Einschätzung der Person und Skalen.

Beurteilt werden:

- zeitliche Stabilität, die betroffenen Emotionen, Kognitionen und Verhaltensweisen, Aspekte der Selbst- und Fremdgefährdung und
- wie viele unterschiedliche Lebensbereiche sind beeinträchtigt, wie ausgeprägt ist der persönliche Leidensdruck, wie stark sind die Einschränkungen im sozialen Umfeld

Beeinträchtigungen des Selbst

- Identität (z.B. von „klare Vorstellung des eigenen Selbst“ bis zu „brüchiges, abrupt wechselndes oder rigides, unflexibles Selbstbild“)
- Selbstwert (z.B. von „stabiler, positiver Selbstwert, der im Einklang mit den Leistungen und Qualitäten der Person steht“ bis zu „Überheblichkeit, Selbstabwertung oder Abhängigkeit von Anderen“)
- Selbstreflexion (z.B. von „die Person kann ihr eigenes Erleben und Verhalten einordnen“ bis zu „unrealistische Sicht auf sich selbst, überhöhte Pläne, mangelnde Einschätzung eigener Potenziale“)
- Selbststeuerung (z.B. von „realistische Zielsetzung und -erreichung“ bis zu „mangelnde Frustrationstoleranz oder auch aggressives, impulsives Verhalten“).

Interpersonelle Beziehungsgestaltung

- **Interesse an Beziehungen zu anderen und Fähigkeit zur Intimität** „zufriedenstellende zwischenmenschliche Beziehungen“ bis zu „soziale Isolation und Einsamkeit“
- **Empathie „Fähigkeit, Bedürfnisse und Motive Anderer zu erkennen und zu berücksichtigen“** bis zu „Umsetzung eigener Interessen ohne Rücksichtnahme auf Andere“
- **Konfliktfähigkeit** „Konflikte werden angenommen und konstruktiv gelöst“ bis zu „unterwürfiges Verhalten und Vermeidung von Konflikten oder extreme Verhaltensweisen in Konflikten“
- Beurteilung in beide Bereiche (zu wenig oder zu viel)

Einteilung in die Persönlichkeitsmerkmale bzw. Störung

- Negative Affektivität
- Distanziertheit
- Dissozialität
- Enthemmung
- Anankasmus



Schweregrad

- Ist Borderline-Muster erfüllt?

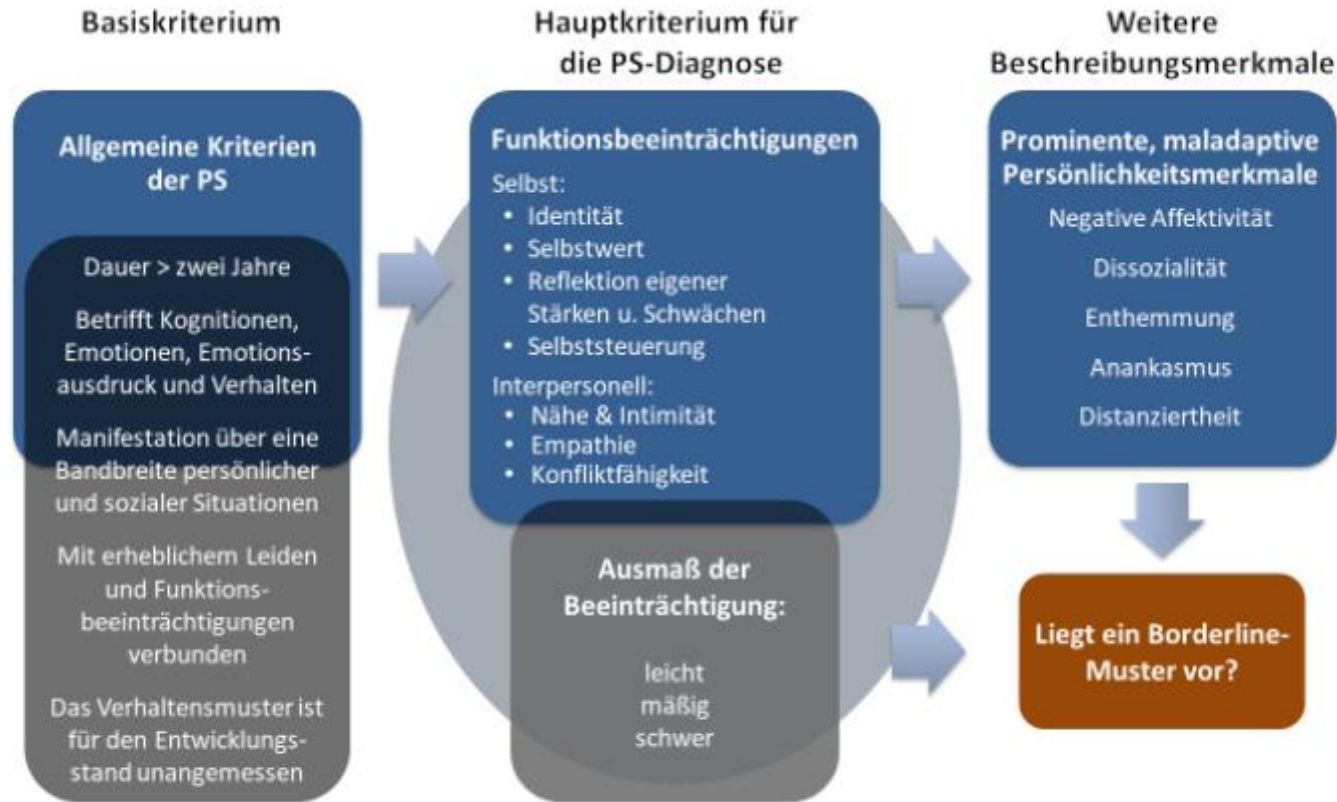
6D11.5 Diagnose Borderline Muster

- Aus klinisch-therapeutischen Gründen und biologischen Aspekten bzw. klarer Abgrenzung zu anderen hinzugefügt
- Die Spezifizierung führt zur Identifikation von Personen, die auf spezifisch entwickelte Psychotherapie ansprechen
- Vorgehen:
 - Schweregradeinschätzung: Damit Definition von Störung oder nur
 - Zuschreibung der Persönlichkeitsmerkmale
(z.B: leichte Persönlichkeitsstörung mit Negativer Affektivität and Anankasmus

Beschreibung

Das Borderline-Muster kann auf Personen angewandt werden, deren Persönlichkeitsstörung durch ein durchdringendes Muster der Instabilität zwischenmenschlicher Beziehungen, des Selbstbilds und der Affekte sowie durch eine ausgeprägte Impulsivität gekennzeichnet ist, die sich in vielen der folgenden Punkte äußert: Verzweifeltes Bemühen, eine tatsächliche oder eingebildete Verlassenheit zu vermeiden; ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen; Identitätsstörung, die sich in einem ausgeprägten und anhaltend instabilen Selbstbild oder Selbstwertgefühl manifestiert; eine Tendenz zu unüberlegtem Handeln in Zuständen starker negativer Affekte, die zu potenziell selbstschädigenden Verhaltensweisen führen; Wiederkehrende Episoden von Selbstverletzung; emotionale Instabilität aufgrund ausgeprägter Stimmungsreaktivität; chronische Gefühle der Leere; unangemessen starke Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren; vorübergehende dissoziative Symptome oder psychoseähnliche Züge in Situationen hoher affektiver Erregung.

- Kodierhinweise
- Diese Kategorie sollte NUR in Kombination mit einer DG: Kategorie der Persönlichkeitsstörung (leicht, mittelschwer oder schwer) oder einer „Schwierigen“ Persönlichkeit verwendet werden.



Übersichtsarbeit

Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen im ärztlichen Alltag

Implikationen aus der ICD-11

Sabine C. Herpertz, Isabella Schneider, Babelle Renneberg, Antonius Schneider

Deutsches Ärzteblatt

| Jg. 119 | Heft 1-2 | 10. Januar 2022

Kapitel 24: QE50.7 Persönlichkeitsproblematik

- Eine Persönlichkeitsproblematik bezieht sich auf ausgeprägte Persönlichkeitsmerkmale, die sich auf die Behandlung oder die Gesundheitsversorgung auswirken können, aber nicht den Schweregrad erreichen, der eine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung rechtfertigt. Eine Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch lang anhaltende Schwierigkeiten (z. B. mindestens zwei Jahre) in der Art und Weise, wie der Betroffene sich selbst, andere und die Welt erlebt und darüber denkt. Im Gegensatz zu Persönlichkeitsstörungen manifestieren sich diese Schwierigkeiten im kognitiven und emotionalen Erleben und Ausdruck nur sporadisch (z. B. in Zeiten von Stress) oder in geringer Intensität. Die Schwierigkeiten sind mit einigen Funktionsstörungen verbunden, die jedoch nicht so schwerwiegend sind, dass sie nennenswerte Störungen in sozialen, beruflichen und zwischenmenschlichen Beziehungen verursachen und auf bestimmte Beziehungen oder Situationen beschränkt sein können.

Diagnostische Instrumente

Personality Disorder Severity	Trait Domain Specifiers
<ul style="list-style-type: none"> • Personality Disorder Severity ICD-11 (PDS-ICD-11) scale– 14 items • Level of Personality Functioning Scale – Brief Form (LPFS-BF) - 12 items • Self- and Interpersonal Functioning Scale (SIFS) – 24 items • Level of Personality Functioning Questionnaire – 12-18 (LoPF-Q-12-18) for use with adolescents – 97 items • Scales for ICD-11 Personality Disorder: Self and Interpersonal Dysfunction – 65 items • Structured Clinical Interview for DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders (SCID-AMPD) Module I • Semi-structured interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP 5.1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Personality Inventory for ICD-11 (PiCD): 5 domains – 60 items • Five-Factor Inventory for ICD-11 (FFiCD) including 5 domains, 20 facets, and 47 nuances – 121 items • Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) with ICD-11 algorithm – 158 items • Personality Inventory for DSM-5 and ICD-11 Plus Modified (PID5BF+M) – 36 items • Personality Assessment Questionnaire for ICD-11 personality trait domains (PAQ-11) – 17 items • Scales for ICD-11 Personality Disorder: Five Personality Disorder Trait Domains – 181 items • Structured Clinical Interview for DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders (SCID-AMPD) Module II with ICD-11 algorithm

Kinder-Jugendliche

- Nicht spezifische Altersgrenze gegeben
- Durch das Wegfallen der Bezeichnungen weniger Probleme, da keine Stigmatisierung
- Persönlichkeitsschwierigkeit sollten diagnostiziert werden
 - Wenn Symptome keiner Anderen Störung zuordenbar
 - da die anderen „Störungen des Kindes und Jugendalters“ fehlen
 - Wenn massive Auswirkungen auf das Kind/den Jugendlichen bestehen (Gesetze/Funktionsbeeinträchtigungen/Leidensdruck)
- Die Borderline-Persönlichkeitsstörung blieb, da sie „genauer“ sein soll und biologische Ursachen hat.

Paraphile Störungen

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

Ganz neues Kapitel 21: Viele zusätzliche Symptome verschiedener Kategorien

- Klinische Befunde umfassen solche, die mit Hilfe von physikalischen, labortechnischen und bildgebenden Verfahren festgestellt werden. Krankheiten können sich auf viele Arten und in verschiedenen Körpersystemen manifestieren. Solche spezifischen Manifestationen können ein Grund für eine Behandlung oder eine Begegnung sein, mit oder ohne Diagnose oder Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung. **Die Kategorien in diesem Kapitel umfassen die weniger gut definierten Zustände und Symptome, die ohne die notwendige Untersuchung des Falles, um eine endgültige Diagnose zu stellen, als "anderorts nicht klassifiziert", "unbekannte Ätiologie" oder "vorübergehend" bezeichnet werden können.** Die in diesem Kapitel enthaltenen Zustände, Zeichen oder Symptome bestehen aus: - Fällen, bei denen auch nach Untersuchung aller relevanten Fakten keine näher bezeichnete Diagnose gestellt werden kann - Zeichen oder Symptomen, die zum Zeitpunkt der Erstbegegnung vorhanden waren, die sich als vorübergehend erwiesen haben und deren Ursachen nicht untersucht werden konnten - Vorläufigen Diagnosen bei einem Patienten, der nicht zur weiteren Untersuchung oder Behandlung zurückgekehrt ist - Fällen, die zur Untersuchung oder Behandlung an andere Stellen überwiesen wurden, bevor die Diagnose gestellt wurde - Fällen, in denen eine genauere Diagnose aus einem sonstigen Grund nicht möglich war - Bestimmten Symptomen, für die ergänzende Informationen bereitgestellt werden, die für sich genommen relevante Fragestellungen in der medizinischen Versorgung darstellen. **Diese Kategorien sollten in Verbindung mit einem Kode aus einem anderen Kapitel verwendet werden, der den zugrunde liegenden Zustand klassifiziert.**

- ▽21 Symptome, Zeichen oder klinische Befunde, anderenorts nicht klassifiziert. Z.B. Lesen, Schreiben, Psyche etc.
- ▽Symptome, Zeichen oder klinische Befunde, die die Psyche oder das Verhalten betreffen
 - ▷MB20 Symptome, Zeichen oder klinische Befunde mit Beteiligung des Bewusstseins
 - ▷MB21 Symptome, Zeichen oder klinische Befunde mit Beteiligung der Kognition
 - ▷MB22 Symptome oder Zeichen mit Beteiligung der Motivation oder Energie
 - ▷MB23 Symptome oder Zeichen mit Beteiligung des Erscheinungsbilds oder des Verhaltens
 - ▷MB24 Symptome oder Zeichen mit Beteiligung der Stimmung oder des Affekts
 - ▷MB25 Symptome oder Zeichen mit Beteiligung des formalen Denkens
 - ▷MB26 Symptome oder Zeichen mit Beteiligung des inhaltlichen Denkens

Kapitel 23: Viele unterschiedliche Kausalfaktoren

Die WHO-Definition einer "**Verletzung**" ist: "Verletzungen werden durch akute Exposition gegenüber physikalischen Einwirkungen wie mechanischer Energie, Hitze, Elektrizität, Chemikalien oder ionisierender Strahlung verursacht, die mit dem Körper in Mengen oder in einem Ausmaß interagieren, welche die menschliche Toleranzschwelle überschreiten. In einigen Fällen (z. B. Ertrinken und Erfrierungen) resultieren Verletzungen aus dem plötzlichen Mangel an lebenswichtigen Stoffen wie Sauerstoff oder Wärme". Verletzungen können auf verschiedene Weise kategorisiert werden. Für die meisten Analysezwecke und zur Ermittlung von Interventionsmöglichkeiten ist es jedoch besonders nützlich, Verletzungen danach zu kategorisieren, ob sie absichtlich zugefügt wurden oder nicht und von wem. Häufig verwendete Kategorien sind: - unbeabsichtigt (d. h. versehentlich) - beabsichtigt (d. h. vorsätzlich): - zwischenmenschlich (z. B. tätlicher Angriff oder Tötung) - Selbstbeschädigung (z. B. Drogen- und Alkoholmissbrauch, Selbstverstümmelung, Selbsttötung) - Gesetzliche Maßnahmen (z. B. der Polizei oder sonstiger Exekutivorgane) - Krieg, Bürgeraufstände oder Unruhen (z. B. Demonstrationen oder Ausschreitungen) - unbestimmte Absicht Betreffend der Sammlung von Ereignissen, die Verletzungen verursachen, gelten eine Reihe von Definitionen, siehe Abschnitt "Definitionen zu Transportmittelunfällen".

▽23 Äußere Ursachen von Morbidität oder Mortalität

- ▷ Unbeabsichtigte Ursachen
- ▷ Vorsätzliche Selbstbeschädigung
- ▷ Tötlicher Angriff
- ▷ Umstände unbestimmt
- ▷ Exposition gegenüber extremen Naturkräften
- ▷ Misshandlung
- ▷ Gesetzliche Maßnahme
- ▷ Bewaffneter Konflikt
- ▷ Ursachen für Schaden oder Verletzung mit Bezug zur Gesundheitsversorgung

▽Vorsätzliche Selbstbeschädigung

- ▷Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Transportmittelunfall
- ▷Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Sturz oder Sprung
- ▷Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Kontakt mit Person, Tier oder Pflanze
- ▷Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Exposition gegenüber Objekt, anderenorts nicht klassifiziert
- ▷Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Eintauchen, Untergehen oder ins Wasser fallen
- ▷Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Gefährdung der Atmung
- ▷Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Exposition gegenüber thermischen Einflüssen
- ▷Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Exposition gegenüber oder schädliche Auswirkungen von Substanzen
- ▷Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Exposition gegenüber sonstigen Mechanismen

Kapitel 24

- 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.
- **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.

▽ 24 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen oder zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

▽ Gründe für den Kontakt mit dem Gesundheitswesen

- ▷ Kontakt mit dem Gesundheitswesen aufgrund von Untersuchung oder Abklärung
- ▷ Kontakt mit Gesundheitssystem aufgrund Beratung
- ▷ Kontakt mit Gesundheitswesen aufgrund Reproduktion
- ▷ Gesundheitsversorgung in Verbindung mit Umständen, die den Versorgungszeitraum beeinflussen, ohne Verletzung oder Schaden
- ▷ Faktoren in Verbindung mit medizinischen Betreuungsmöglichkeiten oder sonstiger Gesundheitsversorgung
- ▷ Spender von Organen oder Geweben
- ▷ Versorgung, Anpassung oder Handhabung eines medizinischen Geräts

▽ Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen

- ▷ Problematik in Verbindung mit Finanzen
- ▷ Problematik in Verbindung mit Trinkwasser oder Ernährung
- ▷ Problematik in Verbindung mit der Umwelt
- ▷ Problematik in Verbindung mit Berufstätigkeit oder Arbeitslosigkeit
- ▷ Problematik in Verbindung mit Ausbildung
- ▷ Problematik in Verbindung mit sozialer oder kultureller Umgebung
- ▷ Problematik in Verbindung mit Gesundheitsverhalten
- ▷ Problematik in Verbindung mit Sozialversicherung oder Sozialhilfe
- ▷ Problematik in Verbindung mit Justizsystem
- ▷ Problematik in Verbindung mit Beziehungen
- ▷ 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
- ▷ Problematik in Verbindung mit Erziehung
- ▷ Verlust von Körperstrukturen
- QF10 Eingeschränkte Funktion oder Beeinträchtigung eines Körperorgans oder -systems
- ▷ Schwierigkeiten oder Bedarf an Unterstützung bei Aktivitäten

Kapitel 24 (Burn-Out)

▽ Problematik in Verbindung mit Berufstätigkeit oder Arbeitslosigkeit

QD80 Problematik in Verbindung mit Arbeitslosigkeit

QD81 Problematik in Verbindung mit Arbeitsplatzwechsel

QD82 Problematik in Verbindung mit drohendem Arbeitsplatzverlust

▷ **QD83** Problematik mit Zuständen der Berufstätigkeit

▷ **QD84** Berufliche Exposition gegenüber Risikofaktoren

QD85 Burnout

QE50.2 Problematik in Verbindung mit Beziehungen mit Menschen am Arbeitsplatz

QD8Y Sonstige näher bezeichnete Problematik in Verbindung mit Berufstätigkeit oder Arbeitslosigkeit

QD8Z Problematik in Verbindung mit Berufstätigkeit oder Arbeitslosigkeit, nicht näher bezeichnet

QD85 Burnout

- **24 Faktoren, die den Gesundheitszustand oder den Kontakt mit Gesundheitsdiensten beeinflussen**
- Probleme im Zusammenhang mit Beschäftigung oder Arbeitslosigkeit
- Beschreibung
- Burnout ist 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.
- **Ausschlüsse**
- Anpassungsstörung (6B43)
- Spezifisch mit Stress assoziierte Störungen (6B40-6B4Z)
- Angst oder angstbedingte Störungen (6B00-6B0Z)
- Affektive Störungen (6A60-6A8Z)

Problematiken in Verbindung mit sozialer oder kultureller Umgebung

- QE00 Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung
- QE01 Stress, anderenorts 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

- ▷ 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

Zusatzcodes Funktionsfähigkeit

▽V Ergänzender Abschnitt für die Einschätzung der Funktionsfähigkeit

▷WHODAS 2.0 - 36 Items

- ▷Mobilität

- ▷Selbstversorgung

- ▷Sich zurechtfinden

- ▷Aktivitäten des Lebens

 - ▷VD40 Erledigung von Aufgaben im Haushalt

 - ▷VD41 Erledigung der wichtigsten Aufgaben im Haushalt

 - ▷VD42 Hausarbeiten erledigen

 - ▷VD43 Bezahlte Tätigkeit

 - ▷Beteiligung und Auswirkungen von Gesundheitsproblemen

- ▷Beteiligung und Auswirkungen von Gesundheitsproblemen

▷Model Disability Survey – Kurzversion

▷Generische Funktionsdomänen

X-Zusatzkodes

- ▷ Schweregrad
- ▷ Temporalität
- ▷ Ätiologie
- ▷ Topologie
- ▷ Anatomie und Topographie
- ▷ Histopathologie
- ▷ Umfang von Verletzungen
- ▷ Dimensionen äußerer Ursachen
- ▷ Bewusstsein
- ▷ Substanzen
- ▷ Beschreibungen von Diagnosekodes
- ▷ Kapazität oder Kontext
- ▷ Medizinische Geräte, Ausrüstung und Verbrauchsmaterial
- ▷ Erweiterungskodes mit besonderer Bedeutung für Hautkrankheiten.

Der neue (psychische) diagnostische Prozess

1. Orientierung am „Leitsymptom“ z.B. Paraphilien
2. Leiden der Betroffenen (primärer Leidensdruck)/oder Funktionseinschränkung
3. Psychopathologischer Status (und Informationen durch Diagnostiker)
4. und/oder gesetzliches „Pathologisieren“ (sekundärer Leidensdruck)
5. und/oder (medizinischer Leidensdruck)
6. Objektive Erfassung der Symptome (danach erfolgt die Zuordnung zum Kapitel und zur Diagnose)
7. Ergänzung durch diverse Traits und Spezifiers (ICD-11) und Tests
8. Bei nicht spezifischen Diagnosen (Transgender/Genderdysphorie) muss ebenfalls ein Leidensdruck in einer Hauptkategorie vorhanden sein. Geschlechtsvariante Verhaltensweisen und Vorlieben allein sind keine Grundlage für die Zuweisung von Diagnosen in dieser Gruppe.

Leitsymptome Paraphilien

- Paraphile Störungen sind durch **anhaltende und intensive Muster atypischer sexueller Erregung** gekennzeichnet, die sich in sexuellen Gedanken, Phantasien, dranghaften Bedürfnissen oder Verhaltensweisen äußern, die sich auf andere Personen beziehen, die aufgrund ihres Alters oder ihres Status **nicht einwilligungsfähig oder -willig sind**, und gemäß derer die Person gehandelt hat oder unter denen sie stark leidet. Paraphile Störungen können nur dann Erregungsmuster umfassen, die Verhaltensweisen als Einzelperson oder mit einwilligenden Personen beinhalten, **wenn diese mit ausgeprägtem Leiden verbunden sind**, das nicht nur auf die Ablehnung oder befürchtete Ablehnung des Erregungsmusters durch andere Personen zurückzuführen ist oder mit einem bedeutsamen Verletzungs- oder Todesrisiko verbunden ist (sonst z.B. soziale Ängste oder gesetzliche Einschränkungen).

Der neue (psychische) diagnostische Prozess

1. Orientierung am „Leitsymptom“ z.B. Paraphilien
2. Leiden der Betroffenen (primärer Leidensdruck)/oder Funktionseinschränkung
3. Psychopathologischer Status (und Informationen durch Diagnostiker)
4. und/oder gesetzliches „Pathologisieren“ (sekundärer Leidensdruck)
5. und/oder (medizinischer Leidensdruck).
6. Objektive Erfassung der Symptome (danach erfolgt die Zuordnung zum Kapitel und zur Diagnose)
7. Ergänzung durch diverse Traits und Spezifiers (ICD-11) und Tests
8. Bei nicht spezifischen Diagnosen (Transgender/Genderdysphorie) muss ebenfalls ein Leidensdruck in einer Hauptkategorie vorhanden sein. Geschlechtsvariante Verhaltensweisen und Vorlieben allein sind keine Grundlage für die Zuweisung von Diagnosen in dieser Gruppe.
9. Kodierung in mehreren Bereichen möglich

Beispiele

- Persönlichkeitsstörungen/Persönlichkeitsproblematik (keine Störung)
- Einvernehmliche Paraphilien (wenn kein Gesetz es verbietet)
- Schlafstörungen/Albtraumstörung
- Schmerzstörung
- Partnerschaftsprobleme
- Altern
- Tod eines Angehörigen
- und vieles mehr

- ▷ Hypersomnische Störungen
- ▷ Schlafbezogene Atmungsstörungen
- ▷ Zirkadianen Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen
- ▷ Schlafbezogene Bewegungsstörungen
- ▽ Parasomnische Störungen
 - ▷ **7B00** Arousalstörungen aus dem Non-REM-Schlaf
 - ▽ **7B01** REM-Schlaf-bezogene Parasomnien
 - 7B01.0** REM-Schlaf-Verhaltensstörung
 - 7B01.1** Rezidivierende isolierte Schlaflähmung
 - 7B01.2** Alptraumstörung
 - 7B01.Y** Sonstige näher bezeichnete REM-Schlaf-bezogene

Code: **7B01.2**

Beschreibung

Die Alptraumstörung ist gekennzeichnet durch wiederkehrende, lebhaft und hochgradig dysphorische Träume, die oft eine Bedrohung für die Person beinhalten, die im Allgemeinen während des REM-Schlafs auftreten und oft zu einem Aufwachen mit Angst führen. Die Person ist nach dem Aufwachen schnell orientiert und wach.

Inklusiva

Angsttraumstörung

Alle zugehörigen Einträge [Alle verbergen ▲](#)

Alptraumstörung
Alptraum
Alptraum o.n.A.
Angsttraumstörung
Alptrücken
Angsttraum
Alptrücken
Alptraum

Beispiele Schmerzstörung (Kapitel 21) Barke, A., Korwisi, B.,

Nilges, P., Rief, W., & Treede, R.-D. (2023). Alles anders? Chronische Schmerzen sind in der ICD-11 keine psychische Störung mehr! Psychotherapeutenjournal, 4-12.

- In der ICD-11 werden Schmerzstörungen erstmals systematisch klassifiziert.
- Komplexe regionale Schmerzsyndrome (CRPS) sind unter den primären Schmerzen (MG30.4) eingeordnet.
- Chronische Schmerzen werden als eigenständige Kategorie unter der Diagnose-Ziffer MG30 klassifiziert.
- Die ICD-11 enthält eine umfassende Klassifizierung aller chronischen Schmerzsyndrome, einschließlich Kopf- und Gesichtsschmerzen.
- Die frühere Diagnose „Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“ wurde durch die neue Klassifikation der Schmerzen in der ICD-11 ersetzt.
- Psychische Faktoren werden dazukodiert
- Diese Änderungen bieten eine klarere Struktur für die Diagnose und Behandlung von Schmerzstörungen.

Die angezeigten Ergebnisse sind unvollst...

Erweiterte Suche ▾

8E43

Schmerzstörungen

8E43.0

Neuropathische

Schmerzen

Schmerzen

MG30

Chronische

Schmerzen

MG31

Akute **Schmerzen**

MG3Z

Schmerzen, nicht
näher bezeichnet

ir Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken



- ▷ **MG30.0** Chronische primäre Schmerzen
- ▷ **MG30.1** Chronische tumorassoziierte Schmerzen
- ▷ **MG30.2** Chronische postoperative oder posttraumatische Schmerzen
- ▷ **MG30.3** Chronische sekundäre muskuloskelettale Schmerzen
- ▷ **MG30.4** Chronische sekundäre viszerale Schmerzen
- ▷ **MG30.5** Chronische neuropathische Schmerzen
- ▷ **MG30.6** Chronische sekundäre Kopfschmerzen oder orofaziale Schmerzen
- MG30.Y** Sonstige näher bezeichnete chronische Schmerzen
- MG30.Z** Chronische Schmerzen, nicht näher bezeichnet



- ▽ **MG30.0** Chronische primäre Schmerzen
 - ▷ **MG30.00** Chronische primäre viszerale Schmerzen
 - MG30.01** Chronisches ausgedehntes Schmerzsyndrom
 - MG30.02** Chronische primäre muskuloskelettale Schmerzen
 - ▷ **MG30.03** Chronische primäre Kopfschmerzen oder orofaziale Schmerzen
 - MG30.04** Komplexes regionales Schmerzsyndrom
 - ED02 Painful-Bruising-Syndrom
 - MG30.0Y** Sonstige näher bezeichnete chronische primäre Schmerzen
 - MG30.0Z** Chronische primäre Schmerzen, nicht näher bezeichnet

Psychische und sonstige Faktoren dazu

z.B.

- 6E40 Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren, die anderenorts klassifizierte Störungen oder Erkrankungen beeinflussen oder aus Kapitel 8 – Krankheiten des Nervensystems
- 8A8 Kopfschmerzerkrankungen oder aus Kapitel 21 Symptome, Zeichen oder klinische Befunde, anderenorts nicht klassifiziert z.B. MB24 Symptome oder Zeichen mit Beteiligung der Stimmung oder des Affekts oder wenn dadurch eine klare affektive Störung bedingt ist
- 6C20 Somatische Belastungsstörung oder
- 6B23 Krankheitsangststörung

plus Schweregrad der Beeinträchtigung (Kapitel X oder in der Diagnose)

partner

Erweiterte Suche ▾

QE51

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

QE51.1 Vorgeschichte bezüglich Gewalt des Ehepartners oder **Partners**

QE51.0 Belastung in Beziehung mit

Verminderte Libido

Foundation URI: <http://id.who.int/icd/entity/867236062>

322.1

ing

iertes sexuelles Verlangen oder verminderte sexuelle m Vergleich zum üblichen Niveau des sexuellen



Problematiken in Verbindung mit Beziehungen

Kapitel 24

- ▷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

Beispiel Partnerkonflikte Kapitel 24

- QE51 Problematik in Verbindung mit Interaktionen mit Ehepartner oder Partner
 - QE50.6 Unzulängliche soziale Fähigkeiten
 - QE50.7 Persönlichkeitsproblematik
- Zusätzlich die psychischen Symptome aus Kapitel 21 wenn sie nicht Kriterien aus Kapitel 6 oder 7 erfüllen
 - MB24 Symptome oder Zeichen mit Beteiligung der Stimmung oder des Affekts
 - MB23 Symptome oder Zeichen mit Beteiligung des Erscheinungsbilds oder des Verhaltens
 - MB22.1 Verminderte Libido

Altern im ICD-11

- MG2A Alterungsbedingter Rückgang der intrinsischen Kapazität – keine Diagnose!!
 - Demenzen im Kapitel 6 – neurokognitive Störungen (6D8..)
- und
- im Kapitel 8 – neurologische Störungen (Störungen mit neurokognitiven Beeinträchtigungen als Hauptmerkmal)
- und Symptome ohne Krankheitswert
- im Kapitel 21 (z.B. Symptome oder Zeichen mit Beteiligung des Nervensystems MB4A Apraxie und/oder MB21.0 Altersabhängige Abnahme kognitiver Funktionen oder die Symptome wie Angst etc. einzeln anführen)

QE61 Verschwinden oder Tod eines Familienangehörigen

- Entweder in Kapitel 24 – als „Tatsache“
 - oder Akute Belastungsreaktion (QE84)
 - oder Unkomplizierter Trauerfall (QE62)
 - Oder 6B40 Posttraumatische Belastungsstörung
-
- In Abhängigkeit von emotionaler Reaktion der Betroffenen

Konsequenzen

- Der Mensch steht im Mittelpunkt und definiert seine „Störung“ oder auch nicht wenn
 - Kein Leidensdruck
 - und/oder keine damit verbundenen körperlichen Krankheiten
 - und/oder keine Gesetze die gebrochen werden (kultureller Aspekt)
- Mögliche Konsequenzen durch die Finanzierung durch das Gesundheitssystem
- „Machverlust“ der Expert:innen
- Toleranz und Akzeptanz einer neuen „Normalität“

Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit

Bin ICH-zentriert-

Gott sei Dank gibt es Narzissten nicht mehr!!!

Habe keine Altersbeschwerden.
Bin ich da normal?

Bin psychisch immer glücklich –
manisch?
Brauche ich ein Neuroleptikum?



Bin ich normal wenn ich mit
68 Jahren noch arbeite?

Habe vor kurzem geheiratet?
Fehlende Realitätskontrolle?

Entscheide was ich will –
darf ich das im Alter?
Altersstarrsinn/Demenz?

Habe eigentlich keine richtigen Ängste –
habe ich fehlende Realitätskontrolle?

Gott sei dank ist das alles im ICD-11 keine Diagnose da ich

- **das entscheiden darf**
- **Keine Gesetze breche und**
- **Entscheidungsfähig bin**

Referenzen

- 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>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2021). ICD-11 – 11. Revision der ICD der WHO. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/>
- 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>
- 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>
- 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>
- Sievers, C. (2021). ICD-11: Mehr als nur ein Update. BARMER. <https://doi.org/10.30433/ePSTRA.2021.004>
- 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/) <https://www.zuepp.ch/aktuelles/berufspraxis/nl23-icd-11/>

- [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)
<https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1422-4917/a000836>
- [Änderungen in der ICD-11 | Psylife.](https://psylife.de/magazin/aenderungen-icd11) <https://psylife.de/magazin/aenderungen-icd11>
- <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/>
- [BfArM - ICD-11.](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/node.html) <https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/node.html>
- Taghizadeh, H., Benrath, J. (2024). Chronisches Schmerzsyndrom im ICD-11. In: Pocket Guide Schmerztherapie. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-67658-5_10
- Marchewka J. et al. (2023) Sexuelle Gesundheit, sexuelle Störungen und Geschlechtsinkongruenz im Klassifikationssystem ICD-11. [https://www.researchgate.net/publication/367666327 Sexuelle Gesundheit sexuelle Störungen und Geschlechtsinkongruenz im Klassifikationssystem ICD-11](https://www.researchgate.net/publication/367666327_Sexuelle_Gesundheit_sexuelle_Stoerungen_und_Geschlechtsinkongruenz_im_Klassifikationssystem_ICD-11)
- Mokros, A., Nitschke, J. Sexueller Sadismus: Aktueller Wissensstand und die Codierung gemäß DSM-5-TR und ICD-11. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 15, 39–46 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11757-020-00647-4>