

ICD-11: Veränderungen und Trends

Eine Übersicht – Teil II

Alex Hartig

Zusammenfassung: 2022 wurde die ICD-11 für die Implementierung in den Mitgliedsstaaten der WHO freigegeben. Der Umstellungsprozess wird zwar noch Jahre in Anspruch nehmen, die ICD-11 hat jedoch schon jetzt Relevanz für den klinischen Alltag. Zu den Neuheiten gegenüber der Vorgängerversion gehören u. a. die Option zur vermehrten Nutzung von Specifiern und das dimensionale Modell der Persönlichkeitsstörungen. Nachdem im ersten Teil der zweiteiligen Artikelserie zu Veränderungen und Trends der ICD-11 u. a. grundlegende Innovationen, Struktur- und Kodierungsaspekte sowie die neuen Störungsbezeichnungen vorgestellt worden sind, beschäftigt sich der zweite Teil mit Veränderungen bei bereits bestehenden Diagnosen. Die Gruppierung der Persönlichkeitsstörungen wird dabei besonders berücksichtigt.

Vorbemerkungen

Aktuell, zum Zeitpunkt des Artikelverfassens, liegt keine offizielle, vollständige deutschsprachige Ausgabe der International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11, *World Health Organization, 2019*)¹ vor. Da das Vokabular für die finale deutsche Version noch nicht feststeht, wird bei den Störungs- und Gruppierungsbezeichnungen auf die englischen Originalbezeichnungen zurückgegriffen. In dem Glossar am Textende auf S. 148 werden die Übersetzungen (für die im Artikel verwendeten englischen Originalbegriffe) aufgelistet. Diese Übersetzungen entstammen der nicht endgültigen deutschen Entwurfsfassung der ICD-11.

Aufgrund von Umfangsbeschränkungen wurde der Beitrag auf zwei Ausgaben des Psychotherapeutenjournals verteilt. Der erste Teil (in der vorausgegangenen Ausgabe 1/2024) umfasst folgende Inhaltspunkte: Einleitung; Geschichte; Häufige Fragen – FAQ; Innovationen; Neue Störungen sowie ein Zwischenfazit. Der zweite – hier vorliegende – Teil beinhaltet: Weitere Veränderungen innerhalb einzelner Störungsgruppierungen (Schwerpunkt: Persönlichkeitsstörungen) und Gesamtfazit.

Weitere Veränderungen innerhalb einzelner Störungsgruppierungen (Highlights)

Der Übergang vom F-Kapitel in der ICD-10 zum Kapitel der Mental Behavioral and Neurodevelopmental Disorders (MBND) in der ICD-11 umfasst zahlreiche Erneuerungen. Einige davon werden in den folgenden Abschnitten präsentiert. Die

Reihenfolge der vorgestellten Veränderungen orientiert sich an der Verortung der Störungsgruppierungen im o. g. Kapitel der ICD-11.

Neurodevelopmental Disorders

Zu den *Neurodevelopmental Disorders* gehören u. a. die *Autism Spectrum Disorder (ASD)* und die *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*. Häufig kommt es zu Komorbiditäten: Mehr als ein Drittel der Personen mit *ASD* haben *ADHD* (Rong et al., 2021). Trotzdem sollen laut ICD-10 keine Doppeldiagnosen vergeben werden. Diese Einschränkung ist eliminiert worden und die ICD-11-Guidelines ermöglichen es, dass Personen parallel zur *ADHD*- eine *ASD*-Diagnose erhalten. Der ICD-10-Begriff der hyperkinetischen Störung taucht nicht mehr auf. Alle einzelnen Autismuskategorien (wie das Asperger- oder das Rett-Syndrom) sind aus dem MBDN-Kapitel gestrichen worden.

Für eine *ASD*-Diagnose müssen zwei Basisvoraussetzungen erfüllt sein: (i) Defizite in der sozialen Kommunikation und (ii) eingeschränkte, repetitive und inflexible Verhaltens-, Interessens- oder Aktivitätsmuster (Reed et al., 2019). Ergänzend können Specifier zur Bestimmung des Schweregrads eingesetzt werden. Diese beziehen sich auf die Frage, inwieweit Störungen der Intelligenzentwicklung und Einschränkungen im funktionalen Sprachgebrauch vorliegen (siehe Tabelle 1, S. 142). Für die *ADHD* können ebenfalls Specifier genutzt werden, um anzugeben, ob die Symptomrealität vorwiegend durch Unaufmerksamkeit, vorwiegend durch Impulsivität-Hy-

¹ Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

	with mild or no impairment of functional language	with impaired functional language	with complete, or almost complete, absence of functional language
without Disorder of Intellectual Development	6A02.0	6A02.2	—
with Disorder of Intellectual Development	6A02.1	6A02.3	6A02.5

Tabelle 1: Kreuztabelle – ASD-Specifier in der ICD-11 (World Health Organization, 2019)

peraktivität oder durch eine Kombination von beiden geprägt ist.

Das Konzept der *Neurodevelopmental Disorders* ist nicht unumstritten. Es fällt schwer, die Abgrenzung von anderen Gruppierungen zu begründen, da beispielsweise psychotische Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters ebenfalls von neuronalen Entwicklungsprozessen abhängen (Stein et al., 2020). Zudem stellt die Neurodivergenzbewegung zwingende Störungswertigkeiten infrage und eröffnet auf diesem Weg neue Versorgungsperspektiven (Chapman & Botha, 2023).

Schizophrenia and Other Primary Psychotic Disorders

Zur Erinnerung: Für die Diagnose einer Schizophrenie können in der ICD-11 folgende symptom-spezifische Specifier zum Einsatz kommen: Positivsymptome, Negativsymptome, depressive Symptome, manische Symptome, psychomotorische Symptome und kognitive Symptome. Pro Specifier kann ein Schweregrad mitverschlüsselt werden. Ferner kann angegeben werden, ob es sich bei einer aktuellen Symptomatik um die Erstepisode oder um einen Verlauf handelt, der durch mehrere Episoden bzw. durch Störungskontinuität geprägt ist. Aufgrund des neuen Kombinationsspielraums besteht keine Notwendigkeit mehr für die ICD-10-Subtypen der Schizophrenie (paranoid, hebephren, kataton etc.).

Die longitudinale Konzeption der *Schizoaffective Disorder* aus dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5) wird nicht übernommen. In der ICD-11 zeichnet sich die *Schizoaffective Disorder* weiterhin durch die gleichwertige und gleichzeitige Präsenz einer Schizophrenie und einer affektiven Episode aus. Die affektive Episode kann gemischt, manisch, schwer- oder mittelgradig-depressiv sein.

Typisch für die *Acute and Transient Psychotic Disorder* sind das fehlende Prodromal, das fluktuierende Symptombild und die relative Kürze der Störungsdauer (max. drei Monate). Die *Acute and Transient Psychotic Disorder* entspricht am ehesten den polymorphen Psychoseformen (Reed et al., 2019). Alle weiteren Störungen aus der F23-Sektion der ICD-10 sind nicht übernommen worden (Reed et al., 2019).

Mood Disorders**

Die ICD-11-Gruppierung der affektiven Störungen wird in die *Bipolar or Related Disorders* und die *Depressive Disorders* aufgliedert.

Für die Subgruppe der *Bipolar or Related Disorders* ist eine Grundsatzveränderung relevant: In der ICD-11 gibt es keine Möglichkeit mehr, manische Episoden separat/isoliert zu diagnostizieren. Sobald die Grenze zur manischen Episode überschritten wird, greift die Diagnose der *Bipolar Type I Disorder* (Stein et al., 2020).

Die depressiven Episoden stellen, wie im ersten Teil des Artikels erwähnt, eine Ausnahme im MBND-Kapitel dar, da für sie weiterhin eine Mindestsymptomanzahl besteht: Es müssen fünf von zehn Kriterien erfüllt sein. Mindestens eines der Symptome muss depressive Stimmung oder die klare Reduktion der Freude bzw. des Interesses an Aktivitäten sein.

Rund um die Veröffentlichung des DSM-5 hat die Abschaffung der Trauerexklusion für die womöglich massivste Kontroverse gesorgt (Pies, 2014). Kurzer Rückblick: Das Streichen der Trauerexklusion bedeutet, dass eine Person auch zeitnah nach dem Tod eines nahestehenden Menschen eine Depressionsdiagnose erhalten kann. Ausschlaggebend ist dann ausschließlich, dass die Depressionskriterien erfüllt sind. In der ICD-11 bleibt die Trauerexklusion der ICD-10 bestehen: Es soll keine depressive Episode vergeben werden, wenn es innerhalb der letzten sechs Monate zum Tod eines geliebten Menschen gekommen ist. Diese Frist kann verlängert werden, wenn die Dauer der Trauerreaktion kulturellen oder religiösen Normen entspricht. Allerdings wird antizipiert, dass es Ausnahmen geben kann. Wenn sich andauernde und schwere Symptome entwickeln, die untypisch für Trauerreaktionen sind (wie z. B. Suizidgedanken, psychotische Krankheitszeichen, psychomotorische Retardation), darf eine depressive Episode diagnostiziert werden.

Die *Dysthymic Disorder* bleibt bestehen. Dies stellt einen Kontrast zum DSM-5 dar: Die persistierende depressive Störung im DSM-5 (die Nachfolgediagnose der Dysthymiediagnose des DSM-IV) ist umfassender konzipiert; sie integriert neben der Dysthymie weitere Verlaufstypen wie z. B. chronische depressive Episoden.

Für die *Mood Disorders* werden eine Reihe an Spezifiern eingeführt. Beispielsweise kann angegeben werden, ob sich ein saisonales Muster zeigt oder ob Panikattacken vorliegen. Rapid Cycling ist ein Specifier der bipolaren Störungen. Für depressive Episoden kann Melancholia (vergleichbar mit dem somatischen Syndrom in der ICD-10) mitbestimmt werden. Außerdem besteht nicht nur bei schwergradigen, sondern auch bei mittelgradigen depressiven Episoden eine Spezifizierungsoption für das Vorliegen psychotischer Symptome.

Anxiety and Fear-Related Disorders

Zwischen affektiven und Angststörungen kommt es zu hohen Komorbiditätsraten (Saha et al., 2021). Und die *Generalized Anxiety Disorder (GAD)* ist enger mit Depressionen verwandt als mit anderen Angststörungen; trotzdem bleibt es in der ICD-11 bei der a priori-Zuordnung zu einer der beiden Gruppierungen (Stein et al., 2020). Allerdings ist das Verbot der Doppeldiagnose von einer *GAD* und einer depressiven Episode aufgehoben worden. In der Darstellung der *GAD* wird das Symptom des multithematischen Sorgens stärker betont. Für die *Panic Disorder* werden Erwartungsangst und Vermeidungsverhalten als Kardinalsymptome hinzugefügt (in der ICD-10 war es noch so, dass schon das Auftreten mehrerer Panikattacken innerhalb eines Monats für die Diagnosestellung reichte). Die Trennung zwischen phobischen und nicht-phobischen Angststörungen wird im MBND-Kapitel aufgehoben. Die *Social Anxiety Disorder* verliert ihren phobischen Status; ihr zentrales Merkmal ist Bewertungsangst.

Entsprechend dem Lebensspannenansatz werden die *Separation Anxiety Disorder* und *Selective Mutism* im MBND-Kapitel den *Anxiety and Fear-Related Disorders* zugeteilt (Reed et al., 2019).

Obsessive Compulsive and Related Disorders

Diese Gruppierung setzt sich aus den Neudiagnosen *Body Dysmorphic Disorder*, *Olfactory Reference Disorder*, *Hoarding Disorder* und *Body-Focus Repetitive Behaviour Disorders* sowie der *Hypochondriasis* und der *Obsessive Compulsive Disorder (OCD)* zusammen. Zudem findet sich hier ein Crosslink für das *Tourette Syndrome* (dessen primäre Position im Kapitel der Krankheiten des Nervensystems liegt).

In der ICD-11 gibt es keine Subtypen der *OCD*. Es wird also nicht mehr unterschieden, ob vorwiegend Zwangsgedanken oder vorwiegend Zwangshandlungen vorliegen. Ein Großteil der betroffenen Personen leidet sowieso unter Mischformen (Reed et al., 2019). Wie für die meisten anderen Störungen in dieser Gruppierung gilt auch für die *OCD*, dass mithilfe eines Specifiers angezeigt werden kann, ob Einsichtsfähigkeit besteht. 9 % bis 45 % der Menschen mit *OCD* haben ein niedriges Einsichtsvermögen (Broekhuizen et al., 2023).

Disorders Specifically Associated with Stress

Die Definition des Gatekeeperkriteriums der *Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)* wird in der ICD-11 vergleichsweise kurzgefasst (Maercker & Eberle, 2021): „Exposure to an event or situation (either short- or long-lasting) of an extremely threatening or horrific nature“ (World Health Organization, 2019). Als Ereignisbeispiele werden u. a. Kriegshandlungen, schwerwiegende Unfälle, Folter, sexuelle Gewalt, lebensbedrohliche Erkrankungen und das Miterleben des Todes einer anderen Person genannt. Explizit wird erwähnt, dass sich das Gatekeeperkriterium nicht auf die genannten Beispiele beschränkt. Laut Hyland et al. (2021) ermöglichen die flexiblen Guidelines der ICD-11 (im Kontrast zu den Vorgaben des DSM-5), dass für die Diagnose einer *PTSD* ein breiteres Spektrum an Ereignissen berücksichtigt werden kann. Dass die Definition des Gatekeeperkriteriums so kurzgefasst wird, beruht auf Forschungsbefunden, laut denen das Symptommuster genügt, um eine *PTSD* valide und reliabel zu diagnostizieren (Maercker & Eberle, 2022).

Wie Eilers und Rosner (2021) veranschaulichen, lässt die ICD-11-Konzeption der *PTSD* deutlich weniger Symptomkombinationen zu als frühere Diagnosesysteme. Drei Merkmale müssen erfüllt sein: (i) Wiedererleben, (ii) Vermeidung und (iii) anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung.

Feeding and Eating Disorders

Für die Vergabe einer *Anorexia Nervosa* muss keine endokrine Störung mehr vorliegen. Die atypischen Varianten der Anorexie und der Bulimie kommen in der ICD-11 nicht vor. Zudem wird der BMI-Richtwert für die *Anorexia Nervosa* auf < 18,5 erhöht. Alternativ kann eine rapide Gewichtsabnahme als Diagnosehinweis dienen. Als Beispiel nennt die ICD-11 einen Verlust von 20 % des Gesamtkörpergewichts innerhalb von sechs Monaten. *Pica* und die *Rumination-Regurgitation Disorder* sind gemäß dem Lebensspannenansatz in die Gruppierung der *Feeding and Eating Disorders* aufgenommen worden.

Disorders of Bodily Distress and Bodily Experience

Bitte beachten Sie hierzu eine Richtigstellung in der Kommentar-Sprechblase am rechten Seitenrand!

Die Somatisierungsstörung, die somatoforme autonome Funktionsstörung, die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren tauchen in der ICD-11 nicht mehr auf. Sie werden durch die umfassende *Bodily Distress Disorder* ersetzt. Das MBND-Kapitel verzichtet vollständig auf den Begriff „somatisch“, um Missverständnisse zu umgehen (Gureje & Reed, 2016). Zentrales Merkmal der *Bodily Distress Disorder* ist die Präsenz belastender körperliche Symptome. Meistens treten multiple Beschwerden auf. Weniger häufig entsteht die Belastung durch ein einzelnes Symptom (z. B.



Schmerz). Die *Bodily Distress Disorder* ist außerdem dadurch gekennzeichnet, dass den körperlichen Symptomen exzessive Aufmerksamkeit geschenkt wird. Beispielsweise kann sich eine anhaltende Besorgnis über die Schwere der Symptome oder potenzielle negative Folgen entwickeln. Oder es kann zu wiederholten Kontakten mit gesundheitsdienstleistenden Einrichtungen kommen, die über das hinausgehen, was medizinisch notwendig ist. Die exzessive Aufmerksamkeit wird weder durch geeignete klinische Untersuchungen und Erhebungen noch durch adäquate Beruhigungsmaßnahmen des Fachpersonals gemildert. Wichtig: Die Diagnose darf auch dann gestellt werden, wenn die körperlichen Beschwerden klar auf eine komorbide somatische Krankheit zurückzuführen sind. Ausschlaggebend für die Diagnosevergabe ist der relative Grad der Belastung.

Das DSM-5 verfügt mit der somatischen Belastungsstörung über eine Korrespondenzdiagnose. Im Zuge der Veröffentlichung des DSM-5 gab es Kritik. U. a. wurde befürchtet, dass Menschen mit medizinischen Befunden unnötigerweise psychische Diagnosen erhalten könnten (Frances, 2013). Aktuelle Untersuchungen bestätigen diese Befürchtung nicht (Löwe et al., 2022). Im ersten Teil dieser Artikelserie (in PTJ Ausgabe 1/2024) ist bereits erwähnt worden, dass chronische Schmerzen außerhalb des MBND-Kapitels eine eigene Gruppierung erhalten und dort biopsychosozial konzipiert werden.²

Disorders Due to Substance Use and Addictive Behaviours

Die Diagnostik von Substanzkonsumstörungen wird in der ICD-11 anhand der jeweils genutzten Substanzen vollzogen. Ein Prinzip, das aus der ICD-10 übernommen worden ist. Die Liste der Substanzen ist für die ICD-11 aktualisiert worden. Sie berücksichtigt aktuellere Konsumtrends und Verfügbarkeiten (Reed et al., 2019). Beispielsweise werden synthetische Cannabinoide und MDMA (Methylen-dioxy-methamphetamin, der Wirkstoff von Ecstasy) aufgeführt. Die Strukturierung in *Harmful Substance Pattern of Use* und *Substance Dependence* wird beibehalten. Hinzugefügt wird die Diagnose einer einzelnen *Episode of Harmful Use*. Damit sollen Frühinterventionen ermöglicht und Konsumeskalationen verhindert werden (Reed et al., 2019).

Personality Disorders**

Probleme des kategorialen Modells

Bei der Betrachtung der Revisionsgeschichte des DSM fällt auf, dass das Persönlichkeitsstörungskapitel – seit der Veröffentlichung der dritten Ausgabe – mehr Kritik erhält als an-

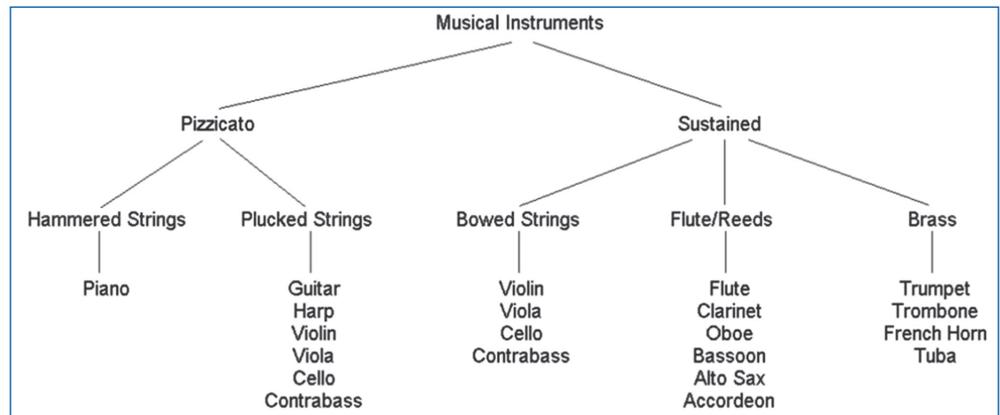


Abbildung 1: Hierarchische Taxonomie der Orchesterinstrumente (Quelle: Livshin, 2007)

dere Kapitel (Lilienfeld & Latzman, 2018). Zu den Problemen kategorialer Persönlichkeitsstörungsmodelle gehören: hohe Komorbiditätsraten, Heterogenitäten im klinischen Erscheinungsbild, schlechte Praktikabilität, willkürliche Cut-Offs und die empirische Widerlegung der Beständigkeitsannahme (Bach & First, 2018).

Die genannten Aspekte beeinträchtigen Forschung, klinische Diagnostik und Ableitungen für Behandlungen. Anhand des Beispiels der hohen Komorbiditäten lassen sich einige Problemzusammenhänge veranschaulichen. Idealtaxonomien setzen sich aus Elementen zusammen, die sich (überwiegend) gegenseitig ausschließen (Lilienfeld & Latzman, 2018). Eine Taxonomie der Orchesterinstrumente beinhaltet also Kategorien, die mehr oder weniger klar voneinander abgrenzbar sind: Eine Geige kann nicht gleichzeitig ein Klavier sein (siehe Abbildung 1).

Kommt es – wie im Falle der *Personality Disorders (PD)* – zu hohen Kovariationen, stellt dies die Unabhängigkeit der einzelnen Kategorien infrage. Empirische Forschungsergebnisse belegen die frappanten Komorbiditäten zwischen den unterschiedlichen *PD*. So haben etwa Stuart et al. (1998) gezeigt, dass nur 18 % der Individuen mit einer Persönlichkeitsstörung *nicht* die Kriterien von mindestens einer weiteren Persönlichkeitsstörung erfüllen. Die Erforschung der einzelnen Kategorien, Diagnostik und die Ableitung von Behandlungsmethoden werden dadurch erschwert. Als Erklärungsmodell für die hohen Komorbiditäten wird u. a. das Phänomen der „Jangle Fallacy“ genannt. Damit ist gemeint, dass Kategorien kreiert und benannt werden, obwohl es sich dabei nur um marginalunterschiedliche Manifestationen zugrundeliegender Prädispositionen handelt (Lilienfeld & Latzman, 2018). Zur Illustration dieser Theorie kann eine Analogie von Lilienfeld und Latzman (2018) dienen, die im Folgenden (in abgewandelter Form) wiedergegeben wird: *Eine Literaturwissenschaftlerin beschäftigt sich mit einer Gruppe von Schriftsteller*innen und bewertet diese Schriftsteller*innen auf fünf Dimensionen: (i) Romane, (ii) Kurzgeschichten, (iii) Dramen, (iv) Essays und (v) journalisti-*

² Siehe Barke et al. (2023) in der PTJ-Ausgabe 1/2023 für eine ausführliche Darstellung der Neukonzeption chronischer Schmerzen in der ICD-11.

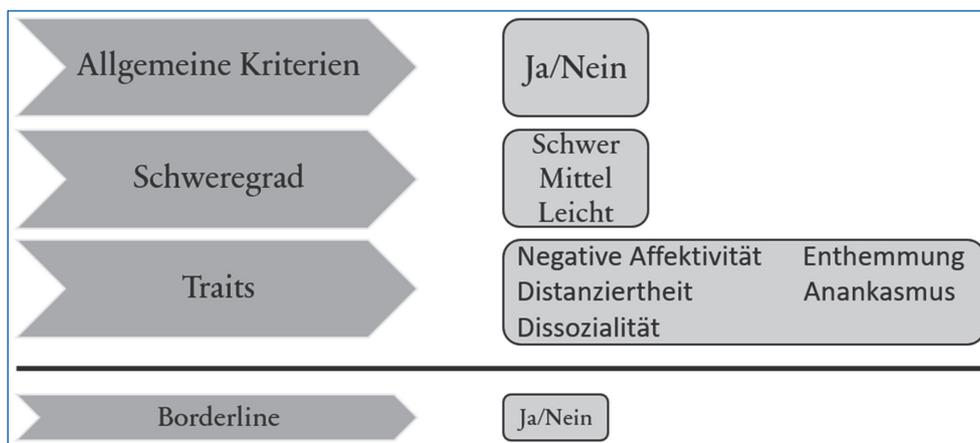


Abbildung 2: Diagnostisches Vorgehen PD (in Anlehnung an Bo Bach in: Nasjonal kompetansetjeneste ROP, 2019)

sche Stücke. Die Scores auf diesen Dimensionen korrelieren mit $r = 0,60$. Die Literaturwissenschaftlerin entscheidet sich dazu, alle genannten Dimensionen mit künstlichen Cut-Offs zu versehen. Dadurch kann sie jede untersuchte Person als entweder exzellent oder nicht exzellent auf der jeweiligen Dimension klassifizieren. So kommt es zu „Komorbiditäten“: zum Beispiel zwischen den Kategorien „exzellent bei Romanen“, „exzellent bei Kurzgeschichten“ und „exzellent bei Dramen“. Die Komorbiditätsbezeichnung ist in diesem Fall allerdings irreführend, da der Überlappung wahrscheinlich eine übergreifende Dimension (wie Erzählfähigkeit) zugrunde liegt. Analog kann davon ausgegangen werden, dass beispielsweise die hohe Komorbidität zwischen der Borderline Persönlichkeitsstörung und der dissozialen Persönlichkeitsstörung Ausdruck einer geteilten Persönlichkeitsdimension (wie z. B. Enthemmung) ist.

Im Angesicht der andauernden Kontroversen verabschiedet sich die ICD-11 von dem Kategorienansatz. Stattdessen wird eine dimensionale Klassifikation installiert, die sich aus einem dreischrittigen Vorgehen zusammensetzt (siehe Abbildung 2) und psychodynamische sowie persönlichkeitspsychologische Erkenntnisse berücksichtigt (Bach & First, 2018; Blüml & Doring, 2021).

Das neue dimensionale Modell der PD in der ICD-11

In einem **ersten Schritt** wird geklärt, ob die allgemeinen Merkmale der PD erfüllt sind. U. a. **müssen** dafür *Einschränkungen im Funktionieren von Aspekten des Selbst* (z. B. Identität, Selbstwert, Genauigkeit der Selbsteinschätzung, Selbststeuerung) und *Einschränkungen im interpersonellen Funktionieren* (z. B. die Fähigkeit, die Perspektiven Anderer einzunehmen bzw. nachzuempfinden; Konfliktskills; die Fähigkeit zum Aufbau und zur Erhaltung reziprok zufriedenstellender Beziehungen) vorliegen. Zudem muss es zu emotionalen, kognitiven und behavioralen Manifestationen der Störung kommen. Zu emotionalen Manifestationen zählt u. a. die Einschränkung der Fähigkeit, belastende Gefühle anzuerkennen. Kognitive Manifestationen beinhalten beispielsweise die Einschränkung der Fähigkeit, situative und zwischenmenschliche Erfahrun-

gen (besonders unter Stress) akkurat einzuschätzen. Zu den behavioralen Manifestationen gehört u. a. die Einschränkung der Fähigkeit, mit intensiven Emotionen und Stress adäquat umzugehen. Die Störung muss über einen längeren Zeitraum (z. B. zwei Jahre) bestehen und zu Belastungen bzw. Funktionsminderungen in relevanten (beruflichen, sozialen, familiären, akademischen usw.) Lebensbereichen führen.

Im **zweiten Schritt** wird der Schweregrad bestimmt. Pro Diagnose ist nur ein Schweregrad möglich. Komorbiditäten sind ausgeschlossen (Bach & First, 2018). Ermittelt werden soll u. a., wie stark und durchdringend die einzelnen Funktions- und Lebensbereiche (Selbst, zwischenmenschlich, emotional, kognitiv, behavioral) betroffen sind und wie hoch das gesamte Belastungsausmaß ist. Als Anker dienen guidelineartige und exemplarische Störungsbildbeschreibungen (siehe Tabelle 2). Wichtig: Hierbei handelt es sich nicht um Kriterienlisten. Die beispielhaften Störungsbildbeschreibungen sind vielmehr als lose Orientierungshilfen zu verstehen.

Der **dritte Schritt** dient zur Diagnose der Traits. Diese können miteinander kombiniert werden. Zur Verfügung stehen:

- (1) negative Affektivität,
- (2) Distanziertheit (soziale Distanziertheit und/oder affektive Distanziertheit),
- (3) Dissozialität (mangelnde Empathie und/oder Egozentrik),
- (4) Enthemmung,
- (5) Anankasmus.

Da negative Affektivität nur im Zusammenspiel mit mindestens einem weiteren Trait klinisches Informationspotenzial entwickelt, soll negative Affektivität nicht isoliert vergeben werden (Bach et al., 2022).

In einem **vierten und letzten Schritt** kann **optional** geprüft werden, ob die Voraussetzungen für den Borderline Specifier vorliegen. Die ICD-11 adaptiert die spezifischen Merkmale der Borderlinepersönlichkeitsstörung aus dem DSM-5. Es gilt also, dass fünf von neun Kriterien erfüllt sein müssen (Bach & First, 2018). Die Aufnahme des Specifiers kann als Kompromisslösung verstanden werden: Das neue Modell der PD ist so gestaltet worden, dass Borderlinesymptomatiken gut in den allgemeinen Merkmalen, den Schweregraden und den Traits abbildbar sind. Der ursprüngliche Plan war deswegen, den Begriff „Borderline“ ebenso zu streichen wie alle anderen Kategorien des alten Modells. Kurz vor der Veröffentlichung der ICD-11 kam es aber zu Kritik. Befürchtet wurde u. a., dass mit der Aufgabe des Borderlinekonzepts Forschungsfort-

Anhaltspunkte/Beispiele für leichte Persönlichkeitsstörung	Anhaltspunkte/Beispiele für mittlere Persönlichkeitsstörung	Anhaltspunkte/Beispiele für schwere Persönlichkeitsstörung
<ul style="list-style-type: none"> Die Selbsteinschätzung der Person weicht leicht von der Wahrnehmung ihrer selbst durch andere ab. 	<ul style="list-style-type: none"> Die Person hat Schwierigkeiten, ein positives Selbstbild aufrechtzuerhalten oder hat eine unrealistisch hohe Meinung von sich selbst. 	<ul style="list-style-type: none"> Das Selbstbild der Person ist unrealistisch und typischerweise instabil und widersprüchlich.
<ul style="list-style-type: none"> Die Person hat gelegentlich Konflikte mit Vorgesetzten und Kollegen, hält aber ihr Arbeitsverhältnis aufrecht. 	<ul style="list-style-type: none"> Die Person zeigt wenig Interesse, ein Beschäftigungsverhältnis zu behalten. 	<ul style="list-style-type: none"> Fehlende Motivation und mangelndes Engagement sowie zwischenmenschliche Konflikte machen längere und stabile Arbeitsverhältnisse unmöglich.
<ul style="list-style-type: none"> Durch Defizite in der Perspektivübernahme fällt es der Person schwer, enge Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten. 	<ul style="list-style-type: none"> Die Person hat größere Schwierigkeiten, die Perspektive anderer einzunehmen und anzuerkennen. Dies führt zu einem Mangel enger und zufriedenstellender Beziehungen. 	<ul style="list-style-type: none"> Unfähigkeit, Perspektive anderer einzunehmen.
<ul style="list-style-type: none"> Gelegentlich auftretende Schwierigkeiten in der Emotionsregulation. Leicht irritierbar bei dem Setzen und Verfolgen von Zielen. 	<ul style="list-style-type: none"> Bei Rückschlägen zeigt die Person eine reduzierte Emotionsregulation und gibt schnell auf. Umgekehrt können Ziele beharrlich aufrechterhalten werden, auch wenn ihr Erreichen unwahrscheinlich ist. 	<ul style="list-style-type: none"> Die Person hat große Schwierigkeiten in der Emotionsregulation, Impulskontrolle und anderen Verhaltensbereichen. Die Person zeigt sich unfähig, unangenehme oder unerwünschte Gefühle zuzulassen.
<ul style="list-style-type: none"> Beziehungen sind von häufigen, jedoch leichten Konflikten und Auseinandersetzungen geprägt ODER in Beziehungen besteht ein Abhängigkeitsverhältnis und Konflikte werden vermieden. 	<ul style="list-style-type: none"> Vorhandene Beziehungen sind gekennzeichnet durch heftige, auch gewaltsame Auseinandersetzungen oder auch eine starke Unterwürfigkeit der Person. 	<ul style="list-style-type: none"> Sofern Beziehungen bestehen, sind diese gekennzeichnet durch Oberflächlichkeit, Einseitigkeit und Konfliktlastigkeit bis hin zu Gewalt.
<ul style="list-style-type: none"> Die Realitätsorientierung ist überwiegend intakt, unter Stress kann es zu fehlerhaften Einschätzungen der Situation kommen. 	<ul style="list-style-type: none"> Es kann zu leichten stressabhängigen dissoziativen oder paranoiden Zuständen kommen. 	<ul style="list-style-type: none"> Die Person ist überwiegend unfähig, realistische Ziele zu setzen und zu verfolgen. Häufige stressabhängige dissoziative oder paranoide Zustände.

Tabelle 2: Anker für Schweregradbestimmung (übernommen von Rosenbach & Renneberg, 2022, S. 266)

schritte verloren gehen und Versorgungslücken entstehen würden (Tyrer et al., 2019). Die Verantwortlichen der WHO reagierten auf die Kritik und zur Lösung der Kontroverse wurde der im untenstehenden Kasten präsentierte Specifier in das neue Modell der PD integriert:

Den Diagnosegrenzbereichen wird besondere Beachtung geschenkt. PD von anderen persistierenden Störungen (wie

ASD, Dysthymic Disorder oder cPTSD) zu unterscheiden, fällt schwer. Zum Beispiel haben Menschen mit einer cPTSD eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, auch die Kriterien der PD zu erfüllen. Ob eine Doppeldiagnose zielführend ist, hängt laut der ICD-11 von der jeweiligen klinischen Situation ab. Wenn sich die Einschränkungen in den Selbstfunktionen und im interpersonellen Funktionieren auf die (bzw. einen der) oben genannten Persönlichkeitstrait zurückführen las-

The borderline pattern specifier may be applied to individuals whose pattern of personality disturbance is characterized by a pervasive pattern of instability of interpersonal relationships, self-image and affects, and marked impulsivity, as indicated by five (or more) of the following:

- Frantic efforts to avoid real or imagined abandonment.
- A pattern of unstable and intense interpersonal relationships, which may be characterized by vacillations between idealization and devaluation, typically associated with both strong desire for and fear of closeness and intimacy.
- Identity disturbance, manifested in markedly and persistently unstable self-image or sense of self.
- A tendency to act rashly in states of high negative affect, leading to potentially self-damaging behaviors (e.g., risky sexual behavior, reckless driving, excessive alcohol or substance use, binge eating).
- Recurrent episodes of self-harm (e.g., suicide attempts or gestures, self-mutilation).
- Emotional instability due to marked reactivity of mood. Fluctuations of mood may be triggered either internally (e.g., by one's own thoughts) or by external events. As a consequence, the individual experiences intense dysphoric mood states, which typically last for a few hours but may last for up to several days.
- Chronic feelings of emptiness.
- Inappropriate intense anger or difficulty controlling anger manifested in frequent displays of temper (e.g., yelling or screaming, throwing or breaking things, getting into physical fights).
- Transient dissociative symptoms or psychotic-like features (e.g., brief hallucinations, paranoia) in situations of high affective arousal.

Kasten: Borderline Specifier (World Health Organization, 2019)

Allgemeine Kriterien:	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Schweregrad:	<input type="checkbox"/> Leicht	<input type="checkbox"/> Mittel	<input checked="" type="checkbox"/> Schwer
Traits:	<input type="checkbox"/> Negative Affektivität	<input checked="" type="checkbox"/> Distanziertheit	<input checked="" type="checkbox"/> Dissozialität
	<input checked="" type="checkbox"/> Enthemmung	<input type="checkbox"/> Anankasmus	

Abbildung 3: Diagnoseschema PD ICD-11

sen, spricht dies differentialdiagnostisch für das Vorliegen einer PD.

Fallbeispiel

Das Beispiel orientiert sich an Case 3 aus *Bach und First (2018)* und ist zu illustrativen Zwecken bewusst plakativ verfasst; es dient ausschließlich zur Veranschaulichung des neuen Modells und erhebt nicht den Anspruch auf diagnostische Präzision:

Zu den Diagnosteterminen erscheint eine Person, die sich als männlich identifiziert und 26 Jahre alt ist. In den vergangenen Jahren hat der Patient mehrere Haftstrafen verbüßt. Bei den Delikten handelt es sich um Körperverletzungen und Raub. Das Gewaltausmaß wird in den Gerichtsakten als exzessiv beschrieben. Der Patient erklärt, keinen Leidensdruck zu verspüren. Weder in der aktuellen Situation noch rückblickend. Allerdings habe er in der Vergangenheit regelmäßig (zeitweise täglich) Kokain konsumiert und nach Konsumstopps unter Entzugsbeschwerden gelitten; seit ca. zwei Jahren abstinent. Der Vater des Patienten ist verstorben. Zur Mutter und zu den beiden Brüdern existiert kein Kontakt. Freundschaften bestehen nicht. Flüchtige sexuelle Kontakte. Kein romantisches Interesse. Der Patient wirkt affektflach, während er von der väterlichen Gewalt berichtet, die seine Kindheit geprägt habe. Normalintelligent. Schulabbruch (ohne Abschluss). Bisher hat der Patient kein Anstellungsverhältnis länger als sechs Monate gehalten. Lange Phasen der Arbeitslosigkeit. Aktuell keine Anstellung. Er gibt an – wenn überhaupt –, für eine Führungsposition gemacht zu sein. Mit stolzer Betonung berichtet der Patient, dass ihm das Wohlergehen anderer Personen egal sei. Kein deliktbezogenes Scham- oder Schuld erleben. Er bestätigt die Aussage der Vorbegutachterin, dass von ihm weiterhin Gefahr ausgehe. Trotzdem sei – laut dem Patienten – eine geschützte Unterbringung unlogisch, da er der Welt so viel zu bieten habe.

Ein Exemplarisches Diagnoseschema nach dem ICD-11-Modell zu obigem Fallbeispiel zeigt Abbildung 3.

**** zu den mit Sternchen gekennzeichneten Störungen sind im Psychotherapeutenjournal bereits folgende Fachartikel erschienen:**

Mood Disorders: Christine Kühner, Isabelle F. Schrickler & Sibel Nayanman: Depressive Störungen in der ICD-11: Was bleibt, was ist neu? *Psychotherapeutenjournal* 4/2021, 330–338.

Personality Disorders: Charlotte Rosenbach & Babette Renneberg: Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11 – Chancen und Herausforderungen *Psychotherapeutenjournal* 3/2022, 264–270.

Paraphilic Disorders

Alle in der ICD-11 aufgeführten paraphilen Störungen beinhalten die Beschreibung eines sexuellen Erregungsmusters, das durch die Nichteinwilligung anderer Personen geprägt ist (*Reed et al., 2019*). Die Störungen gruppieren sich also rund um das zentrale Merkmal des fehlenden Konsenses. Zu den paraphilen Störungen gehören: *Exhibitionistic Disorder*, *Voyeuristic Disorder*, *Pedophilic Disorder*, *Coercive Sexual Sadism Disorder* und *Frotteuristic Disorder*.

Sexuelle Verhaltensweisen, die nicht mit zwingendem Leidensdruck einhergehen und keine Relevanz für die öffentliche Gesundheit haben, tauchen in der ICD-11 nicht mehr auf: Die ICD-10-Diagnosen Fetischismus, Sadomasochismus und fetischistischer Transvestitismus sind gestrichen worden.

Fazit

Das MBND-Kapitel der ICD-11 umfasst weniger Diagnosen als das F-Kapitel der ICD-10 (Reed, 2023). Trotz dieser Verschlankung verfügt das MBND-Kapitel über einen deutlich höheren Komplexitätsgrad. Dieser zeigt sich beispielsweise in den erweiterten Kodierungsoptionen. Wie im ersten Teil des Artikels gezeigt worden ist, können durch die Angabe von Erweiterungs-codes Symptomspezifizierungen in die neuen Gesamtcodes integriert werden. Einerseits können Symptomrealitäten dadurch präziser abgebildet und Behandlungsschritte zielgenauer abgeleitet werden. Andererseits ist unklar, wie die Integration der neuen Kombinationskodierungen in die Administration des Versorgungssystems vollzogen werden kann, ohne die klinische Praktikabilität einzuschränken. Zudem darf der Schutz persönlicher Daten nicht kompromittiert werden: Zum Beispiel kann bei der Anwendung der ICD-11 über Erweiterungs-codes angezeigt werden, welche Art Trauma eine Person mit einer *PTSD* erlebt hat. Es geht also um Informationen, die zwar Versorgungsrelevanz haben könnten. Diese Informationen sind aber gleichzeitig hochsensibel und sollten deswegen nicht in die „Kommunikation mit dem Außen“ (wie dem Schriftverkehr mit kostentragenden Einrichtungen) einfließen.

Vorstellbar ist, dass im Kontakt zu kostentragenden Einrichtungen ausschließlich Primärcodes verwendet werden. Dadurch kann Datenschutz gesichert werden. Dieses Vorgehen birgt allerdings praktische Komplikationen: Viele Schweregradangaben können nicht mit Primärcodes, sondern nur mit

Übersetzungsglossar ICD-11-Begriffe	
Englische Originalbegriffe	Übersetzungen – deutschsprachige Entwurfsfassung
Acute and Transient Psychotic Disorder	Akute vorübergehende psychotische Störung
Anorexia Nervosa	Anorexia Nervosa
Anxiety or Fear-Related Disorders	Angst- oder furchtbezogene Störungen
Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)	Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
Autism Spectrum Disorder (ASD)	Autism Spectrum Disorder (ASD)
Bipolar or Related Disorders	Bipolare oder verwandte Störungen
Bipolar Type I Disorder	Bipolare Störung Typ I
Body Dysmorphic Disorder	Körperdysmorphie Störung
Body Focus Repetitive Behavior Disorders	Körperbezogene repetitive Verhaltensstörungen
Bodily Distress Disorder	Körperliche Belastungsstörung
Coercive Sexual Sadism Disorder	Sexuell-sadistische Störung unter Ausübung von Zwang
Complex Post-Traumatic Stress Disorder (cPTSD)	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
Depressive Disorders	Depressive Störungen
Disorders Due to Substance Use or Addictive Behaviors	Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltenssuchte
Disorders of Bodily Distress or Bodily Experience	Störung der körperlichen Belastung oder des körperlichen Erlebens
Disorders Specifically Associated with Stress	Störungen, die spezifisch Stress-assoziiert sind
Dysthymic Disorder	Dysthyme Störung
Episode of Harmful Use of (substance)	Episode des schädlichen Gebrauchs von (Substanz)
Exhibitionistic Disorder	Exhibitionistische Störung
Feeding or Eating Disorders	Fütter- oder Essstörungen
Frotteuristic Disorder	Frotteuristische Störung
Generalized Anxiety Disorder (GAD)	Generalisierte Angststörung
Harmful Pattern of Use of (substance)	Schädliches Verhaltensmuster bei Gebrauch von (Substanz)
Hoarding Disorder	Pathologisches Horten
Hypochondriasis	Hypochondrie
International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 11. Revision (ICD-11)
Intermittent Explosive Disorder	Intermittierende explosive Störung
Mental Behavioral and Neurodevelopmental Disorders (MBND)	Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen
Mood Disorders	Affektive Störungen
Neurodevelopmental Disorders	Neuronale Entwicklungsstörungen
Obsessive-Compulsive or Related Disorders	Zwangsstörung oder verwandte Störungen
Olfactory Reference Disorder	Eigengeruchswahn
Panic Disorder	Panikstörung
Paraphilic Disorders	Paraphile Störungen
Pedophilic Disorder	Pädophile Störung
Personality Disorders and Related Traits	Persönlichkeitsstörungen und zugehörige Persönlichkeitsmerkmale
Personality Disorders	Persönlichkeitsstörungen
Pica	Pica
Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)	Posttraumatische Belastungsstörung
Rumination-Regurgitation Disorder	Ruminations- oder Regurgitationsstörung
Schizoaffective Disorder	Schizoaffective Störung
Schizophrenia or Other Primary Psychotic Disorders	Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen
Selective Mutism	Selektiver Mutismus
Separation Anxiety Disorder	Trennungsangststörung
Social Anxiety Disorder	Soziale Angststörung
(Substance) Dependence	(Substanz)abhängigkeit
Tourette Syndrome	Tourette-Syndrom
Voyeuristic Disorder	Voyeuristische Störung

Sekundärkodierungen verschlüsselt werden; gerade diese Schweregradeinschätzungen sind potenziell wichtig für Kostenübernahmeentscheidungen.

Wie gezeigt worden ist, gibt es Debatten um die Neudiagnosen. Sind die Aufnahmen der *Gaming Disorder* und der *Sexual Compulsive Disorder* gerechtfertigt? Oder entsteht das Risiko der Pathologisierung? Welche Konsequenzen ergeben sich daraus, dass eine weitere Diagnose mit dem Kernsymptom der erhöhten Reizbarkeit (gemeint ist die *Intermittent Explosive Disorder*) zur Verfügung gestellt wird: Werden die Verschreibungsraten antipsychotischer Medikamente weiter steigen?

Populäre und wissenschaftliche Diskurse dieser Art sind erfreulich, da sie uns dazu motivieren, kritisch zu bleiben. Psychische Nosologien sind abhängig von aktuellen Forschungsentwicklungen und bei der Betrachtung der Veröffentlichungshistorie zur ICD zeigt sich, dass die enthaltenen Störungskonzeptionen nicht immer überdauernden Bestand haben.

Aufgrund der Anpassungen im MBND-Kapitel wird es wahrscheinlich zu veränderten epidemiologischen Kennwerten kommen. Beispielsweise kann mit Prävalenzverschiebungen und Verlusten der Caseness gerechnet werden (Gaebel, 2021).

Im Subkapitel der Persönlichkeitsstörungen reagiert die ICD-11 auf den Wissenschaftsdiskurs der vergangenen Jahrzehnte. Die Einführung des dimensional Modells kann als Paradigmenwechsel verstanden werden und die Erfassung potenziell veränderter Prävalenzen der Persönlichkeitsstörungen hat deswegen eine besondere Relevanz. Eine in Dänemark durchgeführte Studie hat gezeigt, dass 0,9 % eines bevölkerungsrepräsentativen Samples eine schwere *PD* im Sinne der ICD-11 haben (Bach et al., 2023); 1,2 % haben der Studie zufolge eine mittelgradige *PD* und 4,9 % haben eine leichtgradige *PD*. Wie werden die Gesundheitssysteme darauf reagieren? Ein Risiko kann dann entstehen, wenn Krankenversicherungen ihre Leistungsgewährung ausschließlich vom Schweregrad der *PD* abhängig machen und daraus eine Unterversorgung für Menschen mit leicht- oder mittelgradigen Persönlichkeitsstörungen resultiert.

Zum Zeitpunkt des Artikelverfassens wird vom Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) angegeben, dass die ICD-11 bei den Approbationsprüfungen vorerst keine Rolle spielen wird (IMPP, 2021). Nichtsdestotrotz wird es wichtig werden, die Anpassungen im MBND-Kapitel in die Studiengänge und Ausbildungscurricula zu integrieren, um nachrückende Fachkräfte auf den bevorstehenden Umstellungsprozess vorzubereiten.

Abschließend soll ein Aspekt, der bereits im Zwischenfazit aufgegriffen worden ist, erneut angemerkt werden. Mehrere Diagnosen, die in der ICD-10 noch zum F-Kapitel gehör-

ten, sind nicht mehr Teil des MBND-Kapitels. Hierzu zählen Schlafstörungen, chronifizierter Schmerz, Gender Inkongruenz sowie die sexuellen Funktions- und Schmerzstörungen. In der Anpassung der Psychotherapierichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GB-A) sollte berücksichtigt werden, dass die genannten Diagnosen klar in den psychotherapeutischen Kompetenzbereich fallen.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596> [22.04.2024].

Bach, B. & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC psychiatry*, 18, 1–14.

Lilienfeld, S. O. & Litzman, R. D. (2018). Personality disorders: Current scientific status and ongoing controversies. In J. N. Butcher & J. M. Hooley (Eds.), *APA handbook of psychopathology: Understanding, assessing, and treating adult mental disorders* (pp. 557–606). American Psychological Association.

Nasional kompetansjetjeneste ROP (2019, Juni 25) Bo Bach: Personality Disorders: Background and essential features (ICD-11) [Video]. Verfügbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=Q5AoAvdONxE> [22.04.2024].

Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W. et al. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World psychiatry*, 18 (1), 3–19.

Stein, D. J., Szatmari, P., Gaebel, W., Berk, M., Vieta, E., Maj, M. et al. (2020). Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: an international perspective on key changes and controversies. *BMC medicine*, 18 (1), 1–24.

World Health Organization (2019). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.). Verfügbar unter: <https://icd.who.int/> [22.04.2024].



Alex Hartig

a.hartig023@freenet.de

Alex Hartig ist Psychologischer Psychotherapeut, lebt in Hamburg, ist als Supervisor und Dozent tätig und arbeitet zudem für die Beratungsstelle NaSowas in Lübeck. Die Beratungsstelle NaSowas gehört zum Jugendnetzwerk lambda::nord e. V., das sich für die Belange junger queerer Menschen einsetzt.