

# Von der ICD-10 zur ICD-11: Konzeptuelle und inhaltliche Neuerungen

Prof. em. Dr. Rolf-Dieter Stieglitz

(ehemals Fakultät für Psychologie, Abt. Klinische Psychologie und Psychiatrie)

Dr. med. Gerhard Ebner M.H.A

(Präsident Swiss Insurance Medicine **S/M**, Praxis in 8008 Zürich)

Olten, 31.10.2019

# Gliederung

- **Einleitung**
- Funktion von Klassifikationssystemen
- Entwicklung von Klassifikationssystemen
- Entwicklung der ICD-11
- DSM-5: Gemeinsamkeiten und Unterschiede
- Fazit und Perspektiven

# Entwicklung: allgemein

- Psychiatrische Klassifikationssysteme keine statischen Konstrukte, in **stetigem Wandel**
- meisten Störungen immer noch **Status von Konventionen**, meist zu wenig durch empirische Daten gestützt
- bisher **zu schnell Revisionen**, ohne hinreichende empirische Datenbasis

# Versicherungspsychiatrische Sicht

- Status von (verbindlichen) Konventionen bei ICD wirkt sich positiv auf Reliabilität der Diagnosestellung aus
  - Die Versicherungspsychiatrischen Leitlinien wurden auch nach dem Konsensusverfahren erstellt, bei Fehlen evidenzbasierter Grundlagen
  - Die aktuelle Forschung (VSD UPK, Uni Basel, REAct Unis Zürich/Bern) zielt langfristig auf die Validität

# Aktuelle Klassifikationssysteme

- **International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10) ➡ in Vorbereitung ICD-11**
- **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV/-5)**

## **Was haben Sie uns gebracht?**

- Operationalisierte Diagnostik
- Komorbiditätsprinzip
- Multiaxiale Betrachtungsweise (im DSM-5 wieder eliminiert)

**Warum war das wichtig?**

# Versicherungspsychiatrische Sicht

- Operationalisierte Diagnostik führt zu höherer Reliabilität. Für die Ausbildung ist sie von Vorteil
- Schaffung von Komorbiditäten durch schlechte Spezifität der Kriterien führt zu vermeintlich höherem funktionellem Schweregrad
  - siehe bspw. Auswirkungen der unspezifischen Kriterien von Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV respektive DSM-5 mit hoher Anzahl von kombinierten Persönlichkeitsstörungen

# Gliederung

- Einleitung
- **Funktion von Klassifikationssystemen**
- Entwicklung von Klassifikationssystemen
- Entwicklung der ICD-11
- DSM-5: Gemeinsamkeiten und Unterschiede
- Fazit und Perspektiven

# Klassifikationssysteme: Relevanz für Forschung

- **Deskription** von Störungsgruppen in empirischen Studien
- Verbesserung der **Kommunikation** von Forschungsergebnissen
- Grundlage empirischer Studien zur Entwicklung und Evaluation therapeutischer **Interventionen**
- Grundlage von empirischen **Studien** zur Pathophysiologie und Ätiologie
- **Fallidentifikation** in epidemiologischen Studien
- Voraussetzungen für **Metaanalysen** und **Behandlungsleitlinien** (allgemein: Störung X, die mit Methode y behandelt wurde)



# Klassifikationssysteme: Relevanz für Praxis

- **Vereinfachung des Denkens** und dadurch Reduktion der Komplexität klinischer Phänomene (Ordnung und Struktur)
- Verbesserung der **Kommunikation** zwischen Klinikern
- Grundlage der klinisch-psychiatrischen **Ausbildung**
- Grundlage für den Beginn und die Indikationsstellung unterschiedlicher **Behandlungsmassnahmen**
- **Hinweise für Behandlung**
  - unterschiedliches Chronifizierungsrisiko (z.B. hoch bei somatoformer Schmerzstörung)
  - Erwartungen an Behandelbarkeit und Prognose (z.B. Panikstörung vs. Somatisierungsstörung)
  - differentielle Therapieentscheidungen
- **Dokumentation** von Patienten psychiatrischer Versorgungseinrichtungen sowie **Bedarfsplanung** für psychiatrische Versorgungseinrichtungen
- Grundlage für kurz- wie langfristige **Prognosestellungen**
- **Nichterkennen / Fehldiagnostik** führt zu teureren und komplizierteren Krankheitsverläufen

# Versicherungspsychiatrische Sicht

- Konventionen führen
  - medizinisch zu einem verbesserten interdisziplinären Austausch
  - medizinethisch zu mehr Verteilungsgerechtigkeit
  - juristisch zu mehr Rechtssicherheit und sie verbessern die Kommunikation zwischen Recht und Medizin.
- Spezifische Diagnosekriterien, Behandlungsleitlinien und gültige Prognosen sind wichtige Grundlagen für die Begutachtung

# Gliederung

- Einleitung
- Funktion von Klassifikationssystemen
- **Entwicklung von Klassifikationssystemen**
- Entwicklung der ICD-11
- DSM-5: Gemeinsamkeiten und Unterschiede
- Fazit und Perspektiven

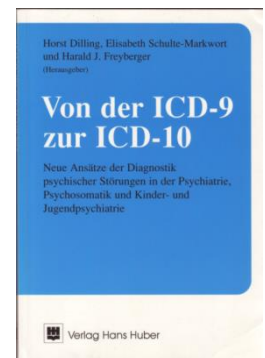
# Entwicklung Klassifikationssysteme

- Psychiatrische Klassifikationssysteme keine statischen Konstrukte, in **stetigem Wandel**
- meisten Störungen eher **Status von Konventionen**

| Jahr | System           | Anmerkungen  |
|------|------------------|--|
| 1972 | SLK              | St. Louis Kriterien  |
| 1975 | RDC              | Research Diagnostic Criteria   |
| 1980 | DSM-III          | erste offizielle Operationalisierung psychiatrischer Störungen, multiaxiale Klassifikation; Feldstudien vor Einführung |
| 1987 | DSM-III-R        | offizielle Einführung des Komorbiditätsprinzips  |
| 1992 | ICD-10           | klinisch-diagnostische Leitlinien (deutsch)  |
| 1994 | ICD-10<br>DSM-IV | Forschungskriterien (deutsch)  |
| 2013 | DSM-5            | englisch (deutsch: 2014)   |
| 2019 | ICD-11           | erster Entwurf, offiziell 2022   |

ICD: International Classification of Diseases der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association (APA)



# Frage

- Warum brauchen wir überhaupt Klassifikationssysteme, wie wir sie jetzt haben?

 **Ein Beispiel**

# Fall: Beziehungswahn bei Verstimmung nach einer Entlobung bei einer Frau mit Struma

**Babylonische Verwirrung der Diagnosen**

**Klaus Conrad (1959)**

# Fall: Beziehungswahn bei Verstimmung nach einer Entlobung bei einer Frau mit Struma

## Babylonische Verwirrung der Diagnosen

- Göttingen beginnende Schizophrenie
- Tübingen sensitiver Beziehungswahn bei schizoider Konstitution und Basedowoid
- Heidelberg Untergrunddepression
- Ost-Berlin affektvolle Paraphrenie
- Zürich endokrine Psychose bei Schilddrüsenerkrankung
- Bonn endoreaktiven Dysthymie
- Hamburg cyclothyme Depression
- Frankfurt Gestörte Daseinsordnung als Form des Scheiterns des Lebensweges

# Versicherungspsychiatrische Sicht

- «Babylonische Verwirrung» kennen wir bestens aus den Anfangszeiten der versicherungspsychiatrischen Begutachtung
  - Leitlinien und Weiter-/Fortbildungen (SIM) als «Gegenmittel»



# Gliederung

- Einleitung
- Funktion von Klassifikationssystemen
- Entwicklung von Klassifikationssystemen
- **Entwicklung der ICD-11**
- DSM-5: Gemeinsamkeiten und Unterschiede
- Fazit und Perspektiven



## ICD-11 – Anpassung der ICD an das 21. Jahrhundert

Die

ICD-11 ist mit dem Ziel entworfen worden, ein nützliches Instrument für

- Mortalitätsstatistik,
- Morbiditätsstatistik,
- Epidemiologie,
- Prävention,
- Forschung,
- Vergütung,
- Qualitätssicherung und
- Patientensicherheit

zu schaffen. Sie wird in der Primärversorgung, in der Sekundärversorgung und in der Forschung eingesetzt.

# aktuell ICD-10

- **ICD-10**: International Classification of Diseases, 10. Revision (seit 1992!!)
- Offizielles Klassifikationssystem der World Health Organisation (**WHO**)




# Einführung der ICD-10 1992: Grundlegende Neuerungen gegenüber ICD-9

- Operationalisierte Diagnostik
- Offenes System (neu alphanumerische System: Fxx.xx)
- unterschiedliche Anwendungsmöglichkeiten (u.a. Praxis, Forschung)
- Ergänzungstexte und Instrumente (u.a. Lexikon, Fallgeschichten)
- Konzeptuelle Neuerungen (u.a. Aufgabe Begriffe wie Neurose, multiaxialer Ansatz)

# Entwicklung ICD-11

- **Zeitplan:** ursprünglich 2011 (aktuell 2022)
  - wichtig: erste Revision seit fast 30 Jahren (sonst alle 10 Jahre!)
  - Aktueller Stand: Homepage WHO oder gleich:  
<http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en>
- **relevant**
  - mittlerweile 193 Mitgliedsländer der WHO (ICD-10: 52)
  - gesamt ICD-10, d.h. auch andere Disziplinen der Medizin (!!)
  - auch andere Bereiche ausserhalb der Psychiatrie zu beachten: u.a.
    - Medizin z.B. Hausarztbereich
    - andere wie Gesundheitspolitik, Krankenkassen, Rechtsprechung
  - Advisory Group (u.a. Experten aus allen WHO-Regionen, Vertreter von Fachgesellschaften) sowie u.a. «DSM-ICD Harmonisation Coordinatory Group»

# Ziele

- **Applicability** - feasibility  easy to use
- **Reliability** - consistency  gives same results in the hands of all
- **Utility** - added value  renders useful information

# Versicherungspsychiatrische Sicht

- Alle 3 Ziele sind von hoher Wichtigkeit für die Begutachtung und für die Ausbildung

- **ICD-11 - 11. Revision der ICD der WHO**

Die ICD dient weltweit zur Verschlüsselung von Diagnosen. Die derzeit gültige Revision ist die ICD-10. An der Pflege und Weiterentwicklung dieser und anderer Klassifikationen der WHO beteiligt sich als WHO-Kooperationszentrum auch das DIMDI. Parallel zur Weiterentwicklung der ICD-10 der WHO wird an einer grundlegenden 11. Revision gearbeitet. Die ICD-11 soll 2018 von der WHO verabschiedet werden.

- **Transparenter Revisionsprozess**

- Die WHO hat auf ihrer Website eine Onlinefassung zur ICD-11 Beta Draft veröffentlicht, die täglich aktualisiert wird. Dort können Sie Ihre Anmerkungen und Vorschläge direkt eingeben.
- Allgemeine Informationen im Zusammenhang mit der ICD-11 finden Sie ebenfalls auf den Webseiten der WHO.
- Seit Ende 2015 informiert die WHO zusätzlich durch einen auf der Website publizierten Newsletter über den aktuellen Stand der Revisionsarbeiten.
- [ICD-11 bei der WHO](#)
- [ICD-11 Beta Draft Online zum Browsen und Kommentieren bei der WHO](#)



# Entwicklungsprozess

- Reihe von **Symposien** im Rahmen von Kongressen etc.
- Aktive Beteiligung und Einbeziehung potentieller **Nutzer**
  - Kommentare zu vorhandene Entwürfen
  - Beantwortung von Fragen zu Entwürfen
  - Vorschläge zu Ergänzungen und Veränderungen

# Neuerungen

- Neue **Gesamtstruktur** und **Neugliederung** des Kapitels zu den psychischen Störungen
- Neustrukturierung der **Darstellung einzelner Störungsgruppen**
- **Revision bei einzelnen Störungen**
- **neue Störungen**







# Neuerungen

- Einheitliche Struktur der Darstellung
- nur selten Angabe expliziter Anzahl an Kriterien
- «specifiers»/»qualifiers» zur Beschreibung des aktuellen klinischen Bildes

# Versicherungspsychiatrische Sicht

- Der Verzicht auf eine (arbiträre) Anzahl an Kriterien entspricht der klinischen Praxis, vermeidet Pseudogenauigkeit.
- Eventuell Reliabilität↓
- Neben Anzahl von Kriterien sind deren Art und Ausprägung ist für den funktionellen Schweregrad von Bedeutung
- Bei ICD-11 fehlt mit - Ausnahmen - eine Schweregradeinteilung

# Neustrukturierung Kapitel psychische Störungen

- **Aufgabe der bisherigen Struktur**
  - Kapitel V (F)  Kapitel 6
  - Fxx.x  6A, 6B usw.
- Beispiel:
  - F20 Schizophrenie  6A20
  - F32.x depressive Episode  6A70, 6A71
  - F41.1 General. Angststörung  6B00
  - F60 Persönlichkeitsstörungen  6D10.x (0=leicht, 1=mittel, 3=schwer)

# ICD-11: Struktur

## «Mortality and Morbidity Statistics»

### (Auszug)

| Kapitel | Bezeichnung  |
|---------|--|
| 01      | Certain infectious or parasitic diseases           |
| 06      | Mental, behavioural or neurodevelopmental diseases |
| 07      | Sleep-wake disorders                               |
| 08      | Diseases of the nervous system                     |
|         |  |
|         |  |
| V       | Supplementary section for functioning assessment   |

# Übergreifende Einschätzungen

## V Supplementary section for functioning assessment description

The section allows for creating functioning profiles and overall functioning scores of individuals, which are suitable to describe and quantify the level of functioning associated with a health conditions. To guide functioning assessment, the section includes two **ICF-based instruments** developed by WHO:

- WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0 36-item version), and
- Model Disability Survey (MDS).

The section is complemented by a generic set of functioning categories of high explanatory power derived from the ICF Annex 9.

# Versicherungspsychiatrische Sicht

- Bezugnahme auf ICF ist wichtig, aber:
  - WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS) ist operationalisiert, beruht auf Selbstangaben der Betroffenen
    - Hohe Augenscheinvalidität, in der Versicherungsmedizin mit eingeschränkte Gültigkeit (vergleichbar mit bspw. Beck Depressionsinventar)
  - Bei Model Disability Survey (MDS) handelt es sich um ein epidemiologische Instrument, ist m. E. nicht primär zum individuellen (objektiven) Assessment konzipiert respektive geeignet



# ICD-11: 06 «Mental, behavioural or neurodevelopmental diseases» (Auszug)

| Code             | Bezeichnung   |
|------------------|---|
| 6A20 ff          | Schizophrenia or other primary psychotic disorders  |
| 6A60ff<br>6A70ff | Mood Disorders, u.a. <ul style="list-style-type: none"><li>• Bipolar and related disorders</li><li>• Depressive disorders</li></ul> |
| 6B00 ff          | Anxiety or fear related disorders   |
| 6B20 ff          | Obsessive-compulsive or related disorders   |
| 6B40 ff          | Disorders specifically associated with stress   |
| 6C20 ff          | Disorders of bodily stress or bodily experience   |
| 6D10 f           | Personality disorders and related traits  |

} ICD-10:  
F4

# ICD-11: Beispiel

## Depressive disorders

6A70 Single episode depressive disorder

6A71 Recurrent depressive disorder

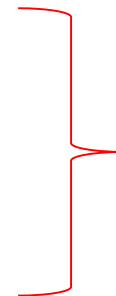
6A72 Dysthymic disorder

6A73 Mixed depressive and anxiety disorder

GA34.41

6A7Y Oth

6A7Z De



**Begriffe:  
kaum geändert**


# ICD-11: Beispiel

## 6A70.0 Single episode depressive disorder, mild

ParentAll ancestors up to top

06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders

- Mood disorders
- Depressive disorders
  - 6A70 Single episode depressive disorder
    - 6A70.0 Single episode depressive disorder, mild
- 6A70 Single episode depressive disorder

Show all ancestors 

Hide ancestors 

ICD-10 : F32.0

**ICD-10 Link**

If the ICD-11 Entity has an equivalent ICD-10 code then this is displayed here. Clicking on the code will take you to ICD-10 online version where you could see it within ICD-10.

The ICD-10 Online version will be opened in a separate browser window (or tab) so that you don't lose your location in ICD-11 Browser

### **Description**

Single episode depressive disorder, mild, is diagnosed when the definitional requirements of a Depressive episode are met and the episode is of mild severity. None of the symptoms of the Depressive episode should be present to an intense degree. An individual with a Mild depressive episode typically has some, but not considerable, difficulty in continuing with ordinary work, social, or domestic activities and there are no delusions or hallucinations.

# Versicherungspsychiatrische Sicht


- Diagnose depressive Episode beruht weiterhin auf subjektiven Angaben
- Positiv bei ICD-11
  - In Eingangskriterien bereits Funktionseinschränkungen aufgeführt (...that significantly affect the individual's ability to function”).
  - Neben Anzahl auch Ausprägungsgrad der Symptome und Verminderung des sozialen Funktionsniveaus bei Schweregradbestimmung von Bedeutung
- Neu: Auch mittelgradige (moderate) depressive Episoden werden unterschieden in: mit und ohne psychotische Symptome!?



# ICD-11: Beispiel

## 6A73 Mixed depressive and anxiety disorder

Mixed depressive and anxiety disorder is characterized by symptoms of both anxiety and depression more days than not for a period of two weeks or more. Neither set of symptoms, considered separately, is sufficiently severe, numerous, or persistent to justify a diagnosis of a depressive episode, dysthymia or an anxiety and fear-related disorder. Depressed mood or diminished interest in activities must be present accompanied by additional depressive symptoms as well as multiple symptoms of anxiety. The symptoms result in significant distress or significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning. There have never been any prior manic, hypomanic, or mixed episodes, which would indicate the presence of a bipolar disorder.


Show all index terms [7] 

# ICD-11: Beispiel

## 6C20 Bodily distress disorder

ParentAll ancestors up to top

- 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders
- Disorders of bodily distress or bodily experience
  - 6C20 Bodily distress disorder
  - Disorders of bodily distress or bodily experience

Show all ancestors 

Hide ancestors 

### Description

Bodily distress disorder is characterized by the presence of bodily symptoms that are distressing to the individual and excessive attention directed toward the symptoms, which may be manifest by repeated contact with health care providers. If another health condition is causing or contributing to the symptoms, the degree of attention is clearly excessive in relation to its nature and progression. Excessive attention is not alleviated by appropriate clinical examination and investigations and appropriate reassurance. Bodily symptoms are persistent, being present on most days for at least several months. Typically, bodily distress disorder involves multiple bodily symptoms that may vary over time. Occasionally there is a single symptom—usually pain or fatigue—that is associated with the other features of the disorder.

- ☞ **nicht mehr «durch keine diagnostizierbare körperliche Krankheit erklärt»**
- ☞ **Begriff «somatisch» taucht nicht mehr auf**

# Versicherungspsychiatrische Sicht

- Differenzierte Darstellung von Kriterien mit Beschwerden, Verhalten, Einengung des Denkens, funktionellen Einschränkungen
- Einteilung in 3 Schweregrade anhand Beschwerden, Verhalten, funktionellen Einschränkungen
  - Verzicht auf «keine diagnostizierbare körperliche Krankheit...» (vgl. DSM-5)!
  - Einbezug von Neurasthenie, nicht jedoch Hypochondrie
- Entspricht eher dem aktuellen Forschungsstand und ist für die Begutachtung hilfreich



# ICD-11: Beispiel

## 6B41 Complex post traumatic stress disorder

Complex post-traumatic stress disorder (Complex PTSD) is a disorder that may develop following exposure to an event or series of events of an extremely threatening or horrific nature, most commonly prolonged or repetitive events from which escape is difficult or impossible (e.g., torture, slavery, genocide campaigns, prolonged domestic violence, repeated childhood sexual or physical abuse). All diagnostic requirements for PTSD are met. In addition, Complex PTSD is characterized by severe and persistent 1) problems in affect regulation; 2) beliefs about oneself as diminished, defeated or worthless, accompanied by feelings of shame, guilt or failure related to the traumatic event; and 3) difficulties in sustaining relationships and in feeling close to others. These symptoms cause significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning.



## **TEXT BOX 1: Core diagnostic issues for each workgroup to consider:**

- I. Definition of the diagnostic entity as a medical disease or disorder.** Given the key taxonomic guidelines and definitions each group should draw a line around the entity of interest, identifying its critical properties. How does the workgroup fundamentally view the full spectrum of disorders/diseases in this chapter in terms of their classification? Identify key criteria and level of evidence.
- II. Clustering of signs, symptoms, and operational characteristics.** Identify the features that are necessary and sufficient to define the disease/disorder.
- III. Link to underlying pathophysiology and genetic markers.** Identify the intra-individual markers that are associated with the disease/disorder, considering their biological plausibility, their measurement properties (e.g., specificity, predictive power), and their role in treatment response.
- IV. Clinical utility of the classification entity.** Consider the usefulness of the classification entity in diagnosis, predicting treatment response, course, and outcome.
- V. Reliability of the use of the classification entity.** Consider the stability of the classification entity over time and its consistency of detection across assessors and measurement instruments.
- VI. Validity of the classification entity.** Consider the associations of theoretically relevant variables with measures of the disorder and the support they provide for the validity of the diagnostic construct.
- VII. Separation of disease and disability elements.** Identify the features that signal the presence of the disease/disorder, defining the disease/disorder without reference to the distress, impairment, or other consequences that it produces. Suggestions to link to WHO ICF and operationalize specifically the criteria on disability and distress related rubrics.
- VIII. Cultural elements that need to be attended.** Consider variability in the presentation of the disease/disorder across cultures. Identify ways to achieve cross-cultural comparability and utility of diagnostic criteria rather than listing separate culture-bound syndromes or formulations.
- IX. Threshold considerations.** Identify the number and nature of diagnostic criteria that should be required to qualify for the classification entity. Consider the nature of the boundary separating the disease/disorder from normality, including evidence for the categorical/continuous distinction. Consider the classification entity boundaries with other classes, including challenges of differential diagnosis.
- X. Other nosological issues relevant to this entity** Identify any other aspects of the classification entity that the workgroup believes to be in need of evaluation, including potentially controversial aspects of the disorder that will need to be addressed. This list of additional issues may change as the evidence related to this disorder is reviewed.

## **Vorgaben für Vorschläge**

# Struktur «Klinische Beschreibungen und Diagnostische Leitlinien»

**Table 2** Standard format for ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines

---

Category Name

Brief Definition (100 - 125 words)

Inclusion Terms

Exclusion Terms

Essential (Required) Features

Boundary with Normality (Threshold)

Boundary with Other Disorders (Differential Diagnosis)

Coded Qualifiers/Subtypes

Course Features

Associated Clinical Presentations

Culture-Related Features

Developmental Presentations

Gender-Related Features

---

# Beispiel PTSD: definition and essential features

---

## Definition

Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) is a disorder that develops following exposure to an extremely threatening or horrific event or series of events characterized by: 1) re-experiencing the traumatic event(s) in the present in the form of vivid intrusive memories, flashbacks, or nightmares, typically accompanied by strong and overwhelming emotions such as fear or horror, and strong physical sensations; 2) avoidance of thoughts and memories of the event(s), or avoidance of activities or situations reminiscent of the event(s); and 3) persistent perceptions of heightened current threat, for example as indicated by hypervigilance or an enhanced startle reaction to stimuli such as unexpected noises. The symptoms must last for at least several weeks and cause significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning.

## Essential features

- Exposure to an event or situation (either short- or long-lasting) of an extremely threatening or horrific nature. Such events include, but are not limited to, natural or human-made disasters; combat; serious accidents; torture; sexual violence; terrorism; assault; acute life-threatening illness (such as a heart attack); witnessing the threatened or actual injury or death of others in a sudden, unexpected, or violent manner; and experiencing the sudden, unexpected or violent death of a loved one.
- Following the traumatic event or situation, the development of a characteristic syndrome lasting for at least several weeks, consisting of three core elements:
  1. Re-experiencing the traumatic event in the present, in which the event(s) is not just remembered but is experienced as occurring again in the here and now. This typically occurs in the form of vivid intrusive images or memories; flashbacks, which can vary from mild (there is a transient sense of the event occurring again in the present) to severe (there is a complete loss of awareness of present surroundings); or repetitive dreams or nightmares that are thematically related to the traumatic event(s). Re-experiencing is typically accompanied by strong or overwhelming emotions, such as fear or horror, and strong physical sensations. Re-experiencing in the present can also involve feelings of being overwhelmed or immersed in the same intense emotions that were experienced during the traumatic event, and may occur in response to reminders of the event. Reflecting on or ruminating about the event(s) and remembering the feelings that one experienced at that time do not constitute re-experiencing.
  2. Deliberate avoidance of reminders likely to produce re-experiencing of the traumatic event(s). This may take the form either of active internal avoidance of relevant thoughts and memories, or external avoidance of people, conversations, activities, or situations reminiscent of the event(s). In extreme cases the person may change his or her environment (e.g., move to a different city or change jobs) to avoid reminders.
  3. Persistent perceptions of heightened current threat, for example as indicated by hypervigilance or an enhanced startle reaction to stimuli such as unexpected noises. Hypervigilant persons constantly guard themselves against danger and feel themselves or others close to them to be under immediate threat either in specific situations or more generally. They may adopt new behaviours designed to ensure safety (e.g., only sit in certain places on trains, repeatedly check in vehicles' rear-view mirror).
- The disturbance causes significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning. If functioning is maintained only through significant additional effort, or is significantly impaired in comparison with the individual's prior functioning or what would be expected, then he or she would be considered impaired due to the disturbance.



# Beispiel PTSD: boundaries with normality and other conditions

---

## **Boundary with normality**

- A history of exposure to an event or situation of an extremely threatening or horrific nature does not in itself indicate the presence of PTSD. Many people experience such stressors without developing a disorder. Rather, the presentation must meet the above diagnostic requirements of the disorder.
- Normal acute reactions to traumatic events can show all the symptoms of PTSD including re-experiencing, but these begin to subside fairly quickly (e.g., within one week) after the event terminates or removal from the threatening situation. If clinical intervention is warranted in these situations, assignment of the category Acute Stress Reaction from the chapter on Factors Influencing Health Status and Encounters with Health Services (i.e., a non-disorder category) is generally most appropriate.
- PTSD symptoms may also be observed in situations where the stress is continuing and removal is not possible (e.g., war). Under these conditions, PTSD can be differentiated from normal chronic stress reactions by slow, limited, or lack of adaptation to the stressful situation and the presence of a substantially greater degree of continuing distress and interference with functioning.

## **Boundary with other conditions**

- In **Complex PTSD**, people have symptoms that meet the definitional requirements of PTSD plus the added elements of sustained and pervasive difficulties in emotion regulation, negative beliefs about self, and interpersonal functioning.
- Unlike **Adjustment Disorder**, which can persist for up to six months after stressors of any severity, PTSD can only be diagnosed if the individual has been exposed to a severe, usually life-threatening, stressor and presents with the three core PTSD symptoms.
- In some cases, situational or conditioned **specific phobias** can arise after being exposed to a traumatic event but PTSD and phobias can be differentiated particularly by the absence of re-experiencing. Although in phobic responses there may be powerful memories of the event in response to which the individual experiences anxiety, the memories are experienced as belonging to the past.
- In PTSD, **panic attacks** can be triggered by reminders of the traumatic event(s) or in the context of re-experiencing. The presence of panic attacks that occur entirely in the context of event reminders or re-experiencing does not warrant an additional, separate diagnosis.
- In a **Depressive Episode**, intrusive memories are not experienced as occurring again in the present, but as belonging to the past, and they are often accompanied by rumination. However, Depressive Episodes commonly co-occur with PTSD; if the definitional requirements are met for both, both conditions should be diagnosed.
- In PTSD, as opposed to **Schizophrenia Spectrum and Other Primary Psychotic Disorders**, the hallucinatory experiences and delusional beliefs are limited to flashbacks or episodes of re-experiencing related to an identifiable traumatic event.

# Beispiel PTSD: course and associated features

---

## Course features

- Onset of PTSD may be gradual or acute. Typically, onset arises soon after the traumatic event (generally within one month to 6 months). However, onset may occur after immediate threats to survival and other life stressors have subsided. In a small number of cases, the diagnostic threshold may not be met for many years after the traumatic event, with clinically significant PTSD symptoms emerging following other life stressors not necessarily associated with the original traumatic event(s).
- The course is often fluctuating and recovery is more common than not. Epidemiological studies suggest that in one third or more of untreated cases, PTSD persists for years, although a briefer pattern may be found where PTSD has arisen in the context of war or large-scale traumatic events.
- Individuals with long-lasting PTSD symptoms may eventually develop Complex PTSD.
- Predisposing factors, including personality traits (e.g., negative affectivity), exposure to previous trauma, or previous history of psychiatric illness, may lower the threshold for the development of PTSD after exposure to a traumatic stressor or aggravate its course.

## Associated features

- Common symptom presentations of PTSD may also include general dysphoria, dissociative symptoms, somatic complaints, suicidal ideation and behaviour, social withdrawal, excessive alcohol or drug use to avoid re-experiencing or to manage emotional reactions, and anxiety symptoms (including panic and obsessions/compulsions) in response to trauma memories or reminders of the trauma.
- The emotional experience of people with PTSD commonly includes anger, shame, sadness, humiliation, or guilt, including survivor guilt.
- Common co-occurring conditions include anxiety disorders, depressive disorders, and Substance Dependence or Harmful Use of Substances. The latter may reflect attempts to avoid reminders of the traumatic event(s). Further, prevalence rates of PTSD have been found to be high in individuals diagnosed with Schizophrenia and Bipolar Disorder.
- Somatic complaints such as headache, breathing difficulties and altered somatic perceptions, are common as an aspect of PTSD. PTSD is also associated with increased risk of numerous medical conditions including, but not limited to, circulatory, cardiovascular, gastrointestinal, musculoskeletal, and dermatological disorders. as well as with increased mortality.

# Versicherungspsychiatrische Sicht

- Kriterien der PTSD reduziert auf:
  - 1. Vermeidung, 2. Wiedererleben, 3. Wahrnehmung erhöhter Bedrohung
  - Inflationärer Gebrauch nach ICD-10 ↓ ? (Augsburger u. Maercker 2018)
  - Nach Studiendaten werden Diagnoseraten gleich ausfallen wie in DSM-5, sofern bei Wiederleben intrusive Erinnerungen mit berücksichtigt werden; in aktueller Version ICD-11 berücksichtigt. (vgl. Schellong et al. 2019, S. 733-739)
- Positiv: soziale, berufliche Einschränkungen als obligates Kriterium
- Aus gutachtlicher Sicht gut anwendbar!

# Reihe neuer Störungen: Beispiele

| Störung                                 | Anmerkung   |
|---|---|
| Bipolar type II disorders               | unter «Mood Disorders»                                    |
| Body dysmorphic disorders               | unter «Obsessive compulsive and related disorders» (OCRD) |
| Hoarding disorders                      | unter OCRD  |
| Complex post-traumatic stress disorders | unter «Disorders specifically associated with stress»     |
| Prolonged grief disorders               | unter «Disorders specifically associated with stress»     |
| Binge eating disorders                  | unter «Feeding and eating disorders»                      |
| Premenstrual dysphoric disorder         | unter «Mood Disorders»                                    |

# Versicherungspsychiatrische Sicht

- Aus gutachtlicher Sicht sinnvoll sind:
  - Bipolar type II disorders: klinisch und versicherungsmedizinisch relevant (Behandlung, Prognose und Schweregrad bei Manie)
  - Complex post-traumatic stress disorders: klinisch bedeutsam, löst Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung ab.
    - Problem: Spezifität zu Borderline-PS?
  - Prolonged grief disorder therapeutisch sinnvoll; Gefahr der Pathologisierung normalpsychologischer Symptome?
  - u. a. m.



# Studien zur ICD-11

Formative Feldstudien zielten darauf ab Entscheidungen über die Grundstruktur der Klassifikation und eine Beurteilung der Konzeptualisierungen von Krankenhausärzten über die Beziehungen zwischen den Kategorien von psychischen Störungen zu treffen.

Internet-basierte Feldstudien zielen darauf ab, den Nutzen der vorgeschlagenen Änderungen in ICD-11 zu bewerten. Sie werden im Rahmen des „Globalen Klinischen Praxis Netzwerkes“, einem mehrsprachigen und multidisziplinären Beispiel mit etwa 12.000 Praktikern aus mehr als 130 Ländern erstellt. Es ist möglich, ein Mitglied dieses Netzwerkes durch Registrierung in einer der neun Sprachen (Arabisch, Chinesisch, Deutsch, Englisch, Französisch, Japanisch, Portugiesisch, Spanisch und Russisch) zu werden auf [www.globalclinicalpractice.net](http://www.globalclinicalpractice.net).

Klinik-basierte Studien zielen darauf ab, den klinischen Nutzen der vorgeschlagenen ICD-11 Diagnose-richtlinien im Praxiszusammenhang zu beurteilen, mit einem besonderen Augenmerk auf Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Genauer gesagt bewerten diese Studien: die Fähigkeit der diagnostischen Kategorien, um Kliniker dabei zu unterstützen den Zustand einer Person besser einzuschätzen; wie gut die Richtlinien den tatsächlichen klinischen Fall abbilden; die Möglichkeit der Verwendung der Richtlinien im klinischen Alltag; und die Angemessenheit der Leitlinien für die Beurteilung des individuellen Zustandes einer Person. Diese Studien werden durch die „Internationalen Field Study Centers“ des WHO Netzwerkes durchgeführt.

# ICD-11 Internet-Based Field Studies Beginning Next Week (2.5.2013)

Dear Colleague,

You are receiving this message because you have registered as a member of the World Health Organization's (WHO) Global Clinical Practice Network (GCPN). After several months of building the GCPN to include over 3,500 mental health professionals (and counting), **we are now ready to begin our first study!** The Internet-Based Field Study for **Disorders Specifically Associated with Stress** will begin within the next week. As a member of the GCPN, you may be asked to participate. In order to prepare for this study and other future studies, please take note of the following information.

 **15'000 Kliniker aus 155 Ländern**

# The ICD-11 developmental field study of reliability of diagnoses of high-burden mental disorders: results among adult patients in mental health settings of 13 countries

**Table 5** Comparison of reliability estimates in ICD-11 CDDG EIFS and ICD-10 CDDG field trials

| ICD-11 EIFS                            |                   | ICD-10 CDDG field trial                 |                   |
|--|-------------------|---|-------------------|
|  | Kappa (N)         |   | Kappa (N)         |
| Schizophrenia                          | 0.87 (725)        | F20 Schizophrenia                       | 0.81 (490)        |
| Schizoaffective disorder               | <u>0.66 (189)</u> | F36 Schizoaffective disorder            | 0.48 (148)        |
| Acute and transient psychotic disorder | 0.45 (40)         | F23 Acute/transient psychotic disorders | <u>0.65 (146)</u> |
| Delusional disorder                    | 0.69 (30)         | F22.0 Delusional disorder               | 0.62 (83)         |
| Bipolar I disorder                     | <u>0.84 (351)</u> | F30 Manic episode                       | 0.69 (53)         |
|  |                   | F31 Bipolar affective disorders         | 0.81 (259)        |
| Single episode depressive disorder     | 0.64 (191)        | F32 Depressive episode                  | 0.66 (353)        |
| Recurrent depressive disorder          | 0.74 (267)        | F33 Recurrent depressive disorders      | 0.69 (302)        |
| Dysthymic disorder                     | 0.45 (57)         | F34.1 Dysthymia                         | 0.36 (101)        |
| Generalized anxiety disorder           | <u>0.62 (129)</u> | F41.1 Generalized anxiety disorder      | 0.48 (67)         |
| Panic disorder                         | 0.57 (59)         | F41.0 Panic disorder                    | <u>0.74 (31)</u>  |
| Agoraphobia                            | <u>0.62 (46)</u>  | F40.0 Agoraphobia                       | 0.51 (22)         |
| Social anxiety disorder                | <u>0.88 (38)</u>  | F40.1 Social phobias                    | 0.41 (22)         |
| Post-traumatic stress disorder         | 0.49 (51)         | F43.1 Post-traumatic stress disorder    | <u>0.62 (23)</u>  |
| Adjustment disorder                    | <u>0.73 (82)</u>  | F43.2 Adjustment disorder               | 0.54 (107)        |

CDDG – Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, EIFS – Ecological Implementation Field Studies

Reed et al. (2018), World Psychiatry, 17, 174-186

# Versicherungspsychiatrische Sicht

- Divergenz zu den Feldstudien für DSM-5
  - Major depression: Kappa < 0.3 (Freeman et al 2013, Regier et al. 3013)



# DSM-5 versus ICD-11 (Beispiele)

| DSM-5   | ICD-11   |
|---|--|
| Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung                                     | Neurodevelopmental disorders                           |
| Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störung                                | Schizophrenia and or other primary psychotic disorders |
| Bipolare und verwandte Störungen  | Mood disorders   |
| Depressive Störungen  | Mood disorders   |
| Angststörungen  | Anxiety or fear-related disorders                      |
| Zwangsstörungen und verwandte Störungen   | Obsessive-compulsive or related disorders              |
| Trauma- und belastungsgezugene Störungen  | Disorders specifically associated with stress          |
| Dissoziative Störungen  | Dissoziative Disorders                                 |
| Somatische Belastungsstörungen und verwandte Störungen                                | Disorders of bodily stress or bodily experience        |
| Fütter- und Essstörungen  | Feeding or eating disorders                            |
| Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen | Disorders due to substance use or addictive            |
| Persönlichkeitsstörungen  | Personality disorders and related traits               |



ORIGINAL INVESTIGATION

**Adjustment disorder diagnosis: Improving clinical utility**

Andreas Maercker  and Louisa Lorenz 

Department of Psychology, University of Zurich, Zurich, Switzerland

# Beispiel 1

**Table 1.** Definition and diagnostic criteria for adjustment disorders.

| DSM-5   | Corresponding ICD-10 criteria (ICD-10 numbering)   | Proposed ICD-11 Criteria (ICD-11 Beta draft)   |
|---|--|--|
| Belongs to category 'Trauma- and stressor-related disorders'  | Belongs to category 'Reactions to severe stress, and adjustment disorders'   | Belongs to category 'Disorders specifically associated with stress'  |
| A. Emotional/behavioral symptoms in response to identifiable stressor(s)<br>Occurring within 3 months   | Symptoms in response to an identifiable stressor (A)<br>Symptoms can vary in severity and form (B)<br>Occurring within 1 month (A)   | Symptoms in response to an identifiable stressor<br>Occurring within 1 month   |
| B. Clinically significant as evidenced by either of the following:<br>(1) marked distress that is out of portion to the severity or intensity of the stressor<br>(2) significant impairment in social or occupational or other areas of functioning | Not mentioned  | Characterized by:<br>1. Preoccupation with the stressor or its consequences<br>2. Failure to adapt to the stressor<br>3. Symptoms cause significant impairment in personal, family, social educational, occupational or other important areas of functioning |
| C. Disturbance does not meet the criteria for another mental disorder and is not merely an exacerbation of preexisting mental disorders   | The criteria for another specific disorder are not fulfilled (B)   | Symptoms are not of sufficient specificity or severity to justify another mental disorder  |
| D. The symptoms do not represent normal bereavement   | Not mentioned  | ICD-11 will include 'Prolonged grief disorder'   |
| E. Once the stressor (or its consequences) has terminated, the symptoms do not persist for more than an additional 6 months (ICD-10; exception is F43.21)   |  | Typically resolves within 6 months, unless the stressor persists for a longer duration   |
| Subtypes:<br>309.0 With depressed mood<br>309.24 With anxiety<br>309.28 With mixed anxiety and depressed mood<br>309.3 With disturbance of conduct<br>309.4 With mixed disturbance of emotions and conduct<br>309.9 unspecified                     | Subtypes:<br>F43.20 Brief depressive reaction: <1 month<br>F43.21 Prolonged depressive reaction: <2 years<br>F43.22 Mixed anxiety and depressive reaction<br>F43.23 Predominant disturbance of other emotions<br>F43.24 Predominant disturbance of conduct<br>F43.25 Mixed disturbance of emotions and conduct<br>F43.28 With other specified predominant symptoms | No subtypes  |

# Beispiele 2: Persönlichkeitsstörungen

**Tabelle 4.** Geplante Konzeptualisierung der Persönlichkeitsstörungen (PS) in der ICD-11 (Tyrer et al., 2015).

|         |   | Kommentar  |
|---------|---|--|
| Stufe 1 | Allgemeine Kriterien der PS                         | Möglichkeit der Kodierung „später Beginn“  |
| Stufe 2 | Schweregrad der PS (leicht-mittel-schwer)           | Subkategoriale Einschätzung möglich  |
| Stufe 3 | Art der Präsentation der Persönlichkeitsproblematik | Domänen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Merkmale negativer Affektivität</li> <li>• Merkmale der Dissozialität</li> <li>• Merkmale der Enthemmung</li> <li>• Merkmale des Anankasmus</li> <li>• Merkmale der Bindungslosigkeit</li> </ul> |

Ausmass sozialer Funktionsbeeinträchtigungen und Selbst- und Fremdgefährdung

Optional

Ähnlich DSM-5

Anmerkung: Übersetzung durch die Autoren.

# Versicherungspsychiatrische Sicht

- Grundsätzliche Neuausrichtung der PS mit klaren, differenzierten Eingangsvoraussetzungen, einschliesslich Einschränkungen im sozialen und beruflichen Bereich
  - Keine spezifischen Persönlichkeitsstörungen mehr, sondern dimensionaler Ansatz mit:
    - qualifizierenden Eigenschaften und Einteilung in drei Schweregrade
    - Vermeidung artifizieller Komorbidität
- Kann nach mehreren Jahren Dauer (bspw. nach 2 Jahren) diagnostiziert werden!!



# Aktueller Stand Revision

- Aktueller Stand: Homepage WHO oder gleich:  
<http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en>
- In der wissenschaftlichen Literatur PubMed (8.10.2019)
  - Stichworte «ICD-11 and psychiatry»
  - 2540 Arbeiten, davon u.a.
    - 154 (= 6%) PTSD
    - 567 (= 22%) Affektive Störungen
    - 462 (= 18%) Schizophrenie
    - 115 (= 5%) Anpassungsstörungen

# The International Classification of Diseases: 11th Revision

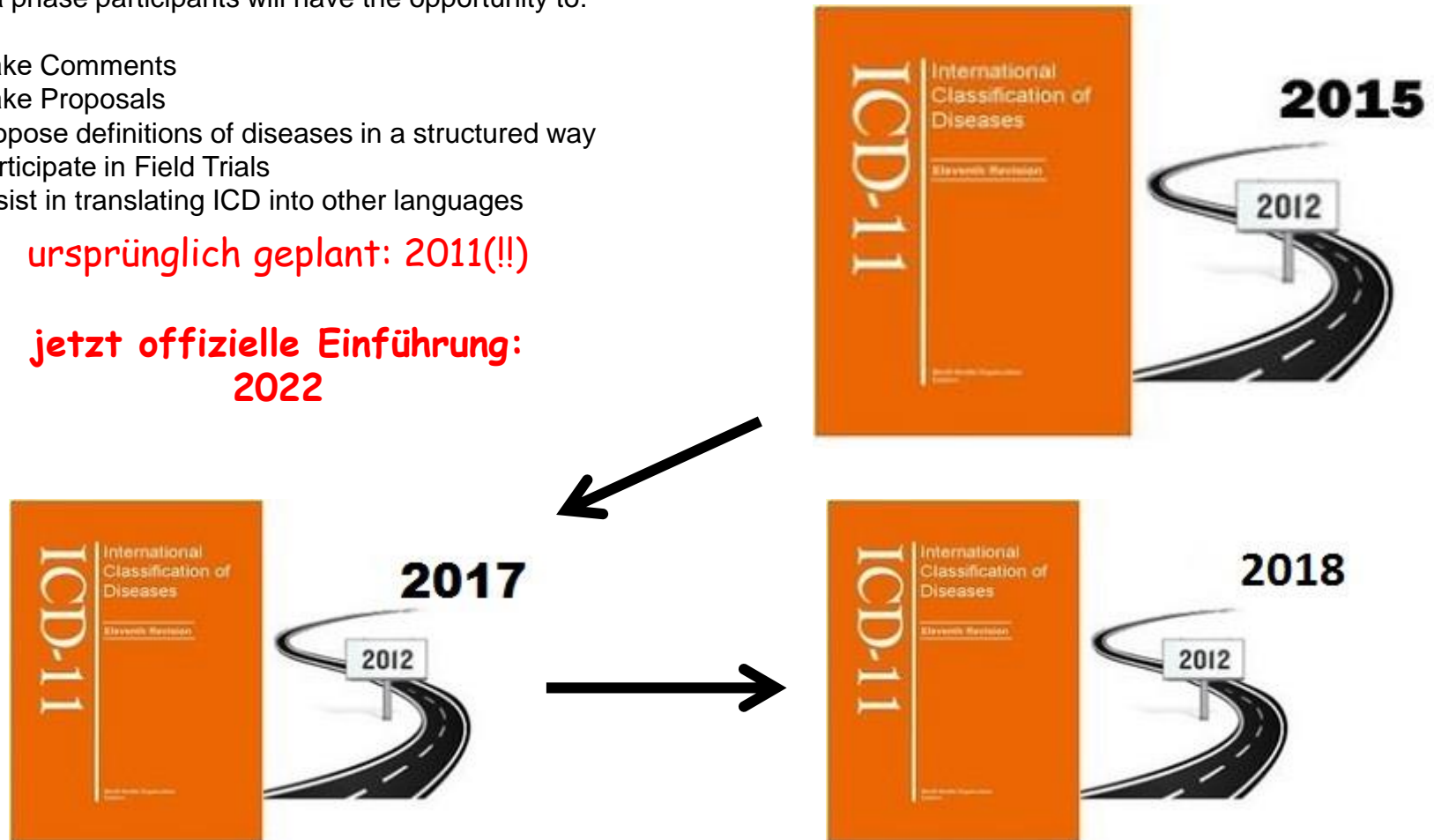
## [Participate in the ICD Revision](#)

Beta phase participants will have the opportunity to:

- Make Comments
- Make Proposals
- Propose definitions of diseases in a structured way
- Participate in Field Trials
- Assist in translating ICD into other languages

ursprünglich geplant: 2011 (!!)

jetzt offizielle Einführung:  
2022



# ICD-11: Zeitplan

- Verabschiedung am 18. Juni 2018 (vorläufige Version), Testung etc. bis 2019
- 2019 Verabschiedung durch Mitgliederversammlung der WHO
- Inkraftsetzung 1. Januar 2022

# Gliederung

- Einleitung
- Funktion von Klassifikationssystemen
- Entwicklung von Klassifikationssystemen
- Entwicklung der ICD-11
- **DSM-5: Gemeinsamkeiten und Unterschiede**
- Fazit und Perspektiven

# ICD-11 - DSM-5: Gemeinsamkeiten

- gesamthaft keine substantiellen Unterschiede
- Grund: gemeinsame «Harmonisierungsgruppe» mit DSM-5
- beide nicht mehr multiaxial

# Versicherungspsychiatrische Sicht

- Gemeinsamkeit ICD-11 – DSM-5 positiv!  
«Sprachverwirrung» ↓

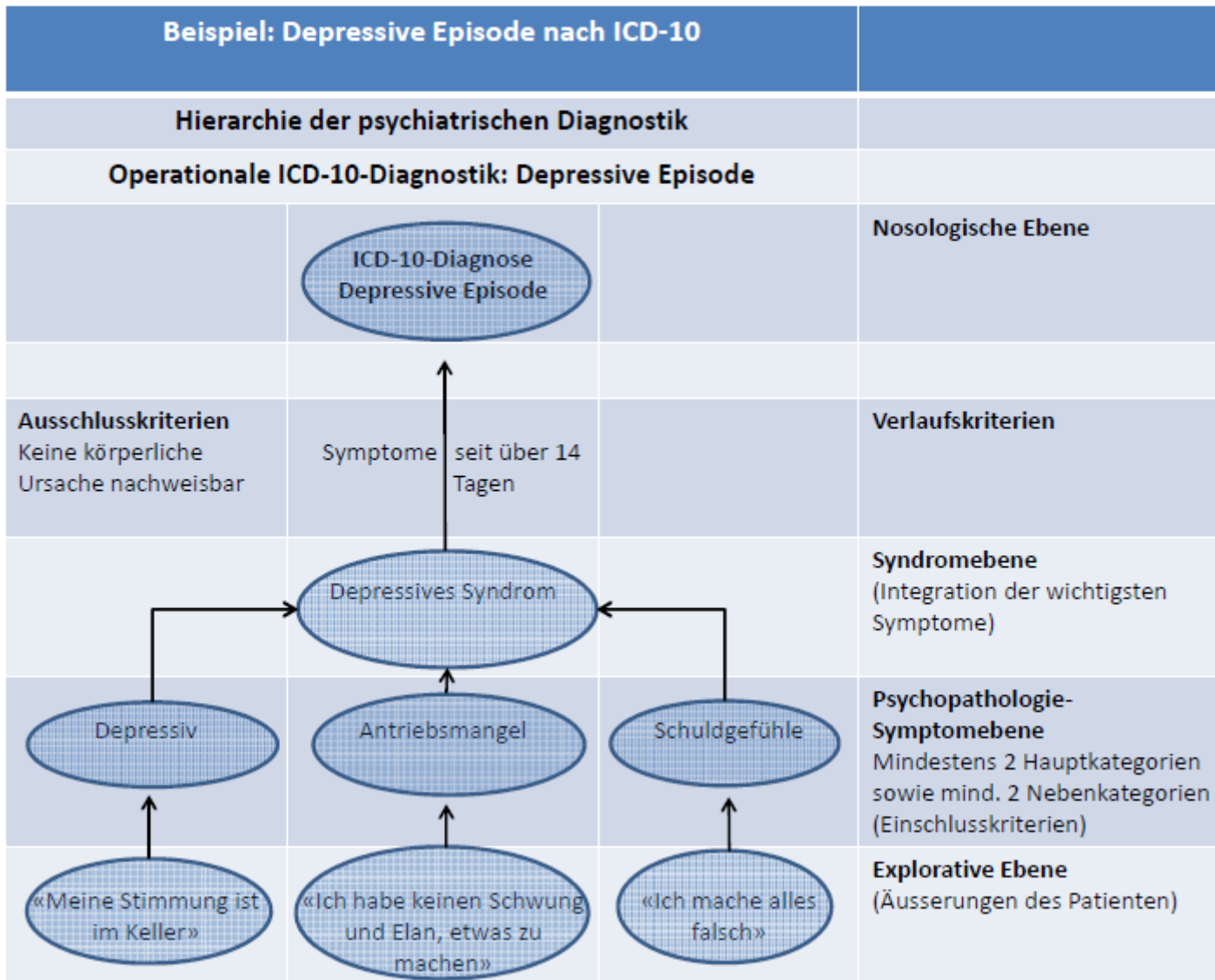
# ICD-11 vs DSM-5: Unterschiede

- jedoch auch Unterschiede
  - Diagnosen in ICD-11, aber nicht DSM-5 wie
    - Komplexe PTSD
    - Verzögerte Trauerreaktion
  - Diagnosen in DSM-5, aber nicht ICD-11 wie
    - Disruptive, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen
- andere **Metastruktur**
- zentraler Unterschied auf **Störungsebene**:  
Persönlichkeitsstörungen
- DSM-5: umfangreicher **Anhang**
- ICD-11: unverändert **gesamte Medizin**

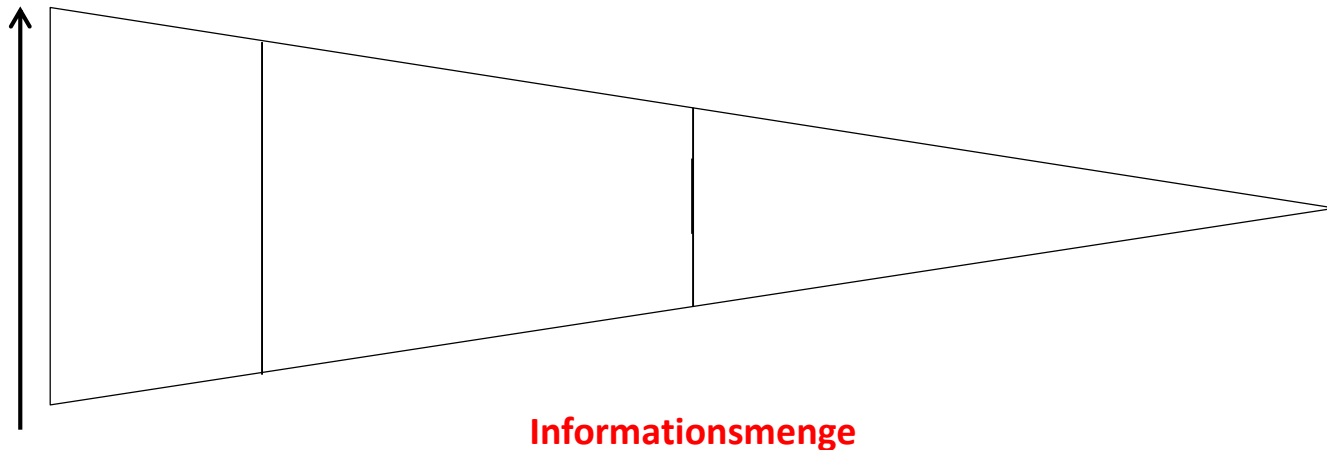
# Gliederung

- Einleitung
- Funktion von Klassifikationssystemen
- Entwicklung von Klassifikationssystemen
- Entwicklung der ICD-11
- DSM-5: Gemeinsamkeiten und Unterschiede
- **Fazit und Perspektiven**





# Abstraktion und Informationsverlust



Individuum in  
seiner Ganzheit, in  
allen  
Lebensbereichen

Symptomebene

Syndromebene

Diagnose

☞ Abstraktionsgrad nimmt zu, Informationsmenge nimmt ab



# Vor- und Nachteile des DSM-5 nach Frances (2016)<sup>1)</sup>

|               | Vorteile  | Nachteile  |
|---------------|---|--|
| klinisch      | Verbesserung der Kommunikation und Reliabilität   | Praktiker mit diagnostischen Kriterien oft wenig vertraut, stellen oft weiter idiosynkratische Diagnosen |
| Ausbildung    | gutes Trainingsmittel                             | Komplexität des Patienten geht verloren  |
| Forschung     | hohe Reliabilität                                 | Störungen heterogen  |
| Epidemiologie | Statistiken über Verteilung psychischer Störungen | Überschätzung der Raten (Grenzen gesund/krank unklar)  |

<sup>1)</sup> gilt für ICD-10/ICD-11 ebenfalls

# Aktueller Stand Entwicklung ICD-11

- wie bei DSM-5 **kein Paradigmenwechsel**
- suggerierte «Wahrheiten», Diagnosen letztlich immer noch **Konventionen**
- sich abzeichnende **Veränderungen** bezüglich Struktur und einzelnen Störungsbereichen bzw. Störungen
- aktuelle Version z.T. auf Englisch Online verfügbar
- offizielle Einführung **Januar 2022**

# Anforderungen an ein ideales Klassifikationssystem

(Goldberg, 2015)

- sich ausschliessende Kategorien
- umfassende Beschreibung der Störungsbilder
- klare Grenzen zwischen den Kategorien
- homogene Kategorien
- gleich i.H. auf Ursachen, Verlauf und Behandlung

 **bisher nicht erfüllt!!!**

# Persönliches Fazit: → gut gelungen!

## Positiv

- Fokus auf Reliabilität
- Berücksichtigung von Verhalten, sozialem, beruflichen Funktionsniveau
- Vermehrt dimensionaler Ansatz
- Hohe Übereinstimmung mit DSM-5
- Gliederung und Internetstruktur i. A. überzeugend

## Negativ

- Validität?
- Nicht durchgängig Berücksichtigung des Funktionsniveaus
- Weitere Entwicklungen wie bspw. bez. Prävalenzraten offen

## Offen

- Wann kommen die entsprechenden Instrumente in welcher Qualität?

# Fazit und Perspektiven

«Eine Klassifikation muss so einfach und verständlich sein, dass sie ohne Schwierigkeit allen, die mit den üblichen psychischen Erkrankungen zu tun haben, verständlich ist»

(Stroemgren, 1994; S. 13)

