

World Health Organization (WHO)

ICD-11

ICD-11: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Verhaltensstörungen und Störungen der neuromentalen Entwicklung

CDDR

Deutschsprachige Ausgabe
herausgegeben von
Wolfgang Gaebel

Mitherausgegeben von
Peter Falkai
Sabine Herpertz
Michael Kölch
Tanja Lincoln
Bernd Löwe
Andreas Maercker
Andreas Meyer-Lindenberg
Silvia Schneider
Tillmann Supprian
Johannes Wancata

Klinische Beschreibungen
und diagnostische Kriterien
(CDDR)

Leseprobe

**ICD-11: Internationale Klassifikation psychischer Störungen,
Verhaltensstörungen und Störungen der neuromentalen Entwicklung**

ICD-11: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Verhaltensstörungen und Störungen der neuromentalen Entwicklung

World Health Organization (WHO)

Programmbereich Psychiatrie und Psychotherapie

World Health Organization (WHO)

ICD-11: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Verhaltensstörungen und Störungen der neuro-mentalen Entwicklung

Klinische Beschreibungen und diagnostische Kriterien (CDDR)

Aus dem Englischen von Gisela Fichtl und Anke Wagner-Wolff

Deutschsprachige Ausgabe
herausgegeben von
Wolfgang Gaebel

Mitherausgegeben von
Peter Falkai
Sabine Herpertz
Michael Kölch
Tania Lincoln
Bernd Löwe
Andreas Maercker
Andreas Meyer-Lindenberg
Silvia Schneider
Tillmann Supprian
Johannes Wancata

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Der Verlag weist ausdrücklich darauf hin, dass im Text enthaltene externe Links vom Verlag nur bis zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses eingesehen werden konnten. Auf spätere Veränderungen hat der Verlag keinerlei Einfluss. Eine Haftung des Verlags ist daher ausgeschlossen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten.

Verantwortliche Person in der EU: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Merkelstraße 3, 37085 Göttingen, info@hogrefe.de

Anregungen und Zuschriften bitte an den Hersteller:

Hogrefe AG

Lektorat Medizin/Psychiatrie

z. Hd.: Susanne Ristea

Länggass-Strasse 76

3012 Bern

Schweiz

Tel. +41 31 300 45 00

info@hogrefe.ch

www.hogrefe.ch

Lektorat: Susanne Ristea

Bearbeitung: Dr. Antje Merz-Schönflug,

Herstellung: Daniel Berger

Umschlag: Verlag intern

Satz: Claudia Wild, Konstanz

Druck und buchbinderische Verarbeitung: ■

Printed in ■

Auf säurefreiem Papier gedruckt

1. Auflage 2027

© 2027 Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96253-5)

ISBN 978-3-456-86253-8

<https://doi.org/10.1024/86253-000>

Inhaltsverzeichnis

Einführung und Anwendung der CDDR für Psychische Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentale Entwicklungsstörungen der ICD-11 im klinischen Setting	9
Einleitung	11
Anwendung der CDDR für Psychische Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentale Entwicklungsstörungen der ICD-11 in klinischen Settings	13
Verzeichnis der Kategorien	15
Psychische Störungen, Verhaltensstörungen und Störungen der neuromentalen Entwicklung	17
Spezifisch belastungsassoziierte Störungen	19
Allgemeine kulturbezogene Erwägungen bei spezifisch belastungsassoziierten Störungen	20
6B40 Posttraumatische Belastungsstörung	21
Wesentliche (erforderliche) Merkmale	21
Weitere klinische Merkmale	22
Abgrenzung zum Normbereich (Schwellenwert)	22
Verlaufsmerkmale	22
Entwicklungsbedingte Erscheinungsformen	22
Kulturbezogene Merkmale	24
Geschlechtsbezogene Merkmale	24
Abgrenzung zu anderen Störungen und Erkrankungen (Differenzialdiagnose)	25
6B41 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung	27
Wesentliche (erforderliche) Merkmale	27
Weitere klinische Merkmale	28
Abgrenzung zum Normbereich (Schwellenwert)	28

Verlaufsmerkmale	28
Entwicklungsbedingte Erscheinungsformen	28
Kulturbedingte Merkmale	30
Geschlechtsbezogene Merkmale	30
Abgrenzung zu anderen Störungen und Erkrankungen (Differenzialdiagnose)	30
6B42 Anhaltende Trauerstörung	31
Wesentliche (erforderliche) Merkmale	31
Weitere klinische Merkmale	31
Abgrenzung zum Normbereich (Schwellenwert)	32
Entwicklungsbedingte Erscheinungsformen	32
Kulturbedingte Merkmale	33
Geschlechtsbezogene Merkmale	33
Abgrenzung zu anderen Störungen und Erkrankungen (Differenzialdiagnose)	33
6B43 Anpassungsstörung	34
Wesentliche (erforderliche) Merkmale	34
Weitere klinische Merkmale	34
Abgrenzung zum Normbereich (Schwellenwert)	35
Verlaufsmerkmale	35
Entwicklungsbedingte Erscheinungsformen	35
Kulturbedingte Merkmale	36
Abgrenzung zu anderen Störungen und Erkrankungen (Differenzialdiagnose)	36
6B44 Reaktive Bindungsstörung	37
Wesentliche (erforderliche) Merkmale	37
Weitere klinische Merkmale	37
Abgrenzung zum Normbereich (Schwellenwert)	38
Verlaufsmerkmale	38
Entwicklungsbedingte Erscheinungsformen	38
Abgrenzung zu anderen Störungen und Erkrankungen (Differenzialdiagnose)	39
6B45 Störung der sozialen Bindung mit enthemmtem Verhalten	40
Wesentliche (erforderliche) Merkmale	40
Weitere klinische Merkmale	40
Abgrenzung zum Normbereich (Schwellenwert)	41
Verlaufsmerkmale	41
Entwicklungsbedingte Erscheinungsformen	42
Abgrenzung zu anderen Störungen und Erkrankungen (Differenzialdiagnose)	42
6B4Y Sonstige näher bezeichnete spezifisch belastungsassoziierte Störung	43
Wesentliche (erforderliche) Merkmale	43

6B4Y Spezifisch belastungsassoziierte Störung, nicht näher bezeichnet	43
Sekundären Elternelementen zugeordnete Kategorie der spezifisch belastungsassoziierten Störungen	43
QE84 Akute Belastungsreaktion	43
Wesentliche (erforderliche) Merkmale	43
Weitere klinische Merkmale	44
Verlaufsmerkmale	44
Abgrenzung zu anderen Störungen und Erkrankungen (Differenzialdiagnose)	44
Ausscheidungsstörungen	45
6C00 Enuresis	45
Wesentliche (erforderliche) Merkmale	45
Spezifizierungen für das Auftreten bei Nacht oder am Tag	46
6C00.0 Enuresis nocturna	46
6C00.1 Enuresis diurna	46
6C00.2 Enuresis nocturna et diurna	46
6C00.Z Enuresis, nicht näher bezeichnet	46
Weitere klinische Merkmale	46
Abgrenzung zum Normbereich (Schwellenwert)	46
Verlaufsmerkmale	47
Entwicklungsbedingte Erscheinungsformen	47
Kulturbezogene Merkmale	47
Geschlechtsbezogene Merkmale	47
Abgrenzung zu anderen Störungen und Erkrankungen (Differenzialdiagnose)	47
Die psychischen Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentalen Entwicklungsstörungen nach ICD-11 und ICD-10 – eine Gegenüberstellung zur klinischen Verwendung	49
ICD-11 und ICD-10 – eine Gegenüberstellung zur klinischen Verwendung	51

Einführung und Anwendung der CDDR für Psychische Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentale Entwicklungsstörungen der ICD-11 im klinischen Setting



Einleitung

Die elfte Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-11) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde von der 72. Weltgesundheitsversammlung, die aus den Gesundheitsministern aller WHO-Mitgliedsstaaten besteht, am 25. Mai 2019 (1) genehmigt. Die ICD-11 ist die erste umfassende Überarbeitung der ICD seit fast 30 Jahren. Sie bezieht die wesentlichen Fortschritte mit wissenschaftlicher Evidenz, bester klinischer Praxis und der Gesundheitssysteme mit ein (2).

Die Entwicklung und Pflege internationaler Gesundheitsklassifikationen sowie die Standardisierung diagnostischer Verfahren sind gemäß ihrer Verfassung zentrale Aufgaben der WHO (3). In einem internationalen Vertrag einigten sich die 194 WHO-Mitgliedsstaaten darauf, die ICD als Standard für die Gesundheitsberichterstattung an die WHO zu verwenden. Die ICD ist daher das grundlegende globale System zur Überwachung von Mortalität und Morbidität, von Epidemien und sonstigen Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit sowie der Krankheitslast. Die Meldung der Gesundheitsstatistiken an die WHO auf Grundlage des neuen Systems begann am 1. Januar 2022 (4).

Die Mitgliedsstaaten nutzen die ICD auch für weitere relevante Zwecke im Rahmen ihrer Gesundheitsleistungen – zum Beispiel, um den Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung zu erleichtern, als Grundlage für die Entwicklung klinischer Leitlinien und Praxisstandards, sowie für die Erforschung wirksamerer Präventions- und Behandlungsstrategien. Darüber hinaus nutzen die Regierungen der Mitgliedsstaaten die ICD auch als Bezugssystem für die Festlegung der Verantwortung ihrer kostenlosen oder subventionierten Gesundheitsdienstleistungen für die Bevölkerung (5). Dies bedeutet, dass die Diagnose einer bestimmten Erkrankung in der Regel dazu berechtigt, bestimmte Gesundheitsleistungen zu erhalten. Die Einführung der ICD in den klinischen Einrichtungen ist daher von höchster Bedeutung für den Einfluss auf Gesundheitsleistungen, Kosten und Outcomes.

In den hier vorliegenden Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements CDDR (Klinische Beschreibungen und diagnostische Anforderungen) für das Kapitel „Psychische Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentale Entwicklungsstörungen“ der ICD-11 kulminiert die mehr als ein Jahrzehnt währende Zusammenarbeit, die im Rahmen der Gesamterstellung der ICD-11 stattfand (2). Geleitet wurde die Entwicklung der ICD-11-CDDR vom WHO-Department of Mental Health and Substance Use (Abteilung für Psychische Gesundheit und Substanzgebrauch) im umfassendsten internationalen, mehrsprachigen, multidisziplinären und partizipativen Revisionsverfahren, das je für eine Klassifikation psychischer Störungen durchgeführt wurde (6). Die CDDR wurden mit dem Ziel konzipiert, entwickelt und in der Praxis in Felduntersuchungen getestet, Fachleuten für psychische Gesundheit, sonstigen in Gesundheitsberufen Tätigen, Auszubildenden und Studierenden einen umfassenden, klinisch nützlichen Leitfaden für die Umsetzung der ICD-11-Klassifikation psychischer Störungen, Verhaltensstörungen oder neuromentaler Entwicklungsstö-

rungen an die Hand zu geben. Die CDDR sollen auf der Grundlage der am besten verfügbaren Evidenz die präzise und reliable Diagnostik psychischer Erkrankungen unterstützen, wie sie weltweit bei Menschen auftreten, die in unterschiedlichen Einrichtungen Hilfe suchen. Eine rechtzeitige und zutreffende Diagnose psychischer Störungen, Verhaltensstörungen oder neuromentaler Entwicklungsstörungen kann die gewaltige Krankheitslast, die mit diesen Erkrankungen verbunden ist (7), verringern und fördert das WHO-Ziel der „Erreichung der bestmöglichen Gesundheit aller Menschen“ (3, S. 2).

Die CDDR sind ein integraler Bestandteil der ICD-11, unterscheiden sich jedoch von der Version, die von den Mitgliedsstaaten für die statistische Gesundheitsberichterstattung verwendet und als Linearisierung der Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken (MMS) bezeichnet wird (8). Die MMS enthalten Kurzbeschreibungen (oder Definitionen), die für statistische und Gesundheitsinformationzwecke für die meisten Kategorien in der ICD-11, einschließlich aller Kategorien im Kapitel „Psychische Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentale Entwicklungsstörungen“ bestimmt sind. Demgegenüber beinhalten die CDDR, die speziell für das Kapitel „Psychische Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentale Entwicklungsstörungen“ erstellt wurden, wesentlich detailliertere Informationen, die Fachleute für psychische Gesundheit und sonstige in Gesundheitsberufen Tätige benötigen, um diesen Teil der Klassifikation bei ihrer Arbeit mit den Patienten berücksichtigen und anwenden zu können.

...

(hier nur ein Kapitelauszug)

Anwendung der CDDR für Psychische Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentale Entwicklungsstörungen der ICD-11 in klinischen Settings

Dieses Kapitel orientiert grundlegend über die Anwendung der CDDR für Psychische Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentale Entwicklungsstörungen der ICD-11 in klinischen Settings. Wie bereits ausgeführt sind die CDDR nicht als Manual für die Durchführung klinischer Untersuchungen vorgesehen. Ihre Anwendung soll vielmehr im Kontext des umfassenderen Verständnisses erfolgen, über das klinisch Tätige bezüglich der von ihnen zu beurteilenden Störungen verfügen, sowie im Rahmen der klinischen Kompetenzen, die sie durch entsprechende Ausbildung, Training und Erfahrung erworben haben. Das Kapitel enthält außerdem Informationen über relevante Aspekte der Diagnosekodierung, von denen einige das Ergebnis wichtiger Innovationen bei der Darstellung der ICD-11-Kategorien und ihrer Beziehungen untereinander sind. Dieses Kodiermaterial gilt für die gesamte ICD-11 und nicht speziell für das Kapitel über „Psychische Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentale Entwicklungsstörungen“. Da die Kodierung Einfluss auf die Implementierung der CDDR hat, wird sie hier mit erörtert.

Dieses Kapitel beinhaltet die folgenden Diskussionsthemen:

- Komponenten der CDDR
- ICD-11-Diagnostik mittels CDDR
- Komorbidität und gegenseitiger Ausschluss von Diagnosen
- „Sonstige näher bezeichnete“- sowie „Nicht näher bezeichnete“-Kategorien
- Weitere ICD-11-Kapitel, die für die diagnostische Formulierung von Psychischen Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentalen Entwicklungsstörungen relevant sind
- Diagnostische Kodierung in ICD-11

Komponenten der CDDR

Eine bedeutende Verbesserung der CDDR für die ICD-11 im Vergleich zu den CDDG der ICD-10 ist die Einheitlichkeit von Struktur und Information bei sämtlichen Hauptkategorien. Die in den CDDR zu den wichtigsten Störungskategorien bereitgestellten Informationen sind jeweils in die folgenden Abschnitte unterteilt:

- Wesentliche (erforderliche) Merkmale
- Zusätzliche klinische Merkmale
- Abgrenzung zum Normbereich (Schwellenwert)
- Verlaufsmerkmale
- Entwicklungsbezogene Erscheinungsformen
- Kulturbezogene Merkmale
- Geschlechts- und/oder Gender-bezogene Merkmale
- Abgrenzung zu anderen Störungen und Erkrankungen (Differenzialdiagnose)

Die bereitgestellte Information beruht auf Reviews verfügbarer Evidenz und soll sich bei diagnostischen Entscheidungen individueller Patienten als nützlich erweisen. Die jeweiligen Abschnitte bieten keine Zusammenfassung sämtlicher zu dem fraglichen Thema verfügbaren Informationen, sondern konzentrieren sich stattdessen auf Fragen, die möglicherweise von besonderer Relevanz sind, um im Einzelfall eine Diagnose zu stellen. Ist bei einer bestimmten Störung eine spezielle Rubrik (z. B. Entwicklungsbezogene Erscheinungsformen, Geschlechts- und/oder Gender-bezogene Merkmale) nicht aufgeführt, liegt das daran, dass keine ausreichende Evidenz gefunden wurde, um klinisch relevante und allgemeingültige Aussagen zu treffen. Die folgenden Absätze enthalten eine kurze Beschreibung der Angaben, die in den einzelnen CDDR-Abschnitten zu den wichtigsten Störungskategorien bereitgestellt werden.

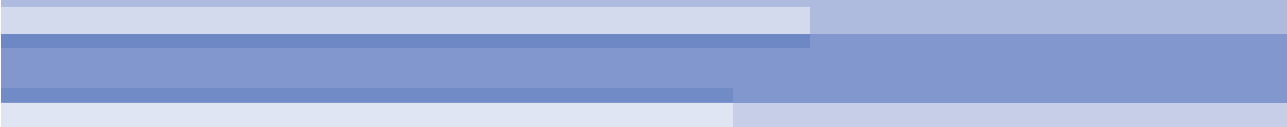
Wesentliche (erforderliche) Merkmale

Dieser Abschnitt bietet eine Anleitung zu den für eine sichere Diagnosestellung erforderlichen Merkmalen. Bei den wesentlichen Merkmalen handelt es sich um jene Symptome oder Charakteristika, die Kliniker begründetermaßen bei allen Fällen einer Störung erwarten können. In diesem Sinne ähneln wesentliche Merkmale diagnostischen Kriterien. Eine künstliche Genauigkeit der diagnostischen Anforderungen, wie die Verwendung genauer Anzahlen für die erforderlichen Symptome sowie spezifischer Vorgaben für die Dauer als diagnostische Cut-off-Werte wurde allerdings generell vermieden, sofern diese nicht durch geeignete, globale Evidenz gut belegt sind. Dies verschafft den Fachkräften mehr Raum für die Ausübung ihres klinischen Urteilsvermögens entsprechend den Merkmalen des Patienten – einschließlich kulturbedingter Unterschiede im Befund – und lokaler Gegebenheiten. So ist es beispielsweise wenig sinnvoll, bei einem seit fünf Monaten unter den erforderlichen Symptomen leidenden Patienten, eine starre Dauer von sechs Monaten vorzuschreiben, wenn der gegenwärtige Kontakt wahrscheinlich die einzige Gelegenheit darstellt, die der Patient innerhalb des nächsten Jahres für eine angemessene Behandlung haben wird. Diese Flexibilität der Formulierungen erlaubt es dem Kliniker auch, besonders schwere und beeinträchtigende Symptome differenziert zu gewichten und kulturspezifische Ausdrucksweisen der Belastung (*idioms of distress*) zu berücksichtigen, bei denen sich zwar die Art und Weise, wie Patienten ihr Erleben verstehen und beschreiben, etwas unterscheiden mögen, sie aber dennoch für dasselbe zugrundeliegende Phänomen stehen (z. B. ein somatischer Ausdruck psychischer Belastung)

...

(hier nur ein Kapitelauszug)

Verzeichnis der Kategorien



Zu beachten: Die folgende Liste enthält sämtliche Codes, die für das ICD-11-Kapitel „Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder Störungen der neuromentalen Entwicklung“ zur Verfügung stehen.

Wie in dem Einleitungsteil „Anwendung der CDDR auf psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuromentale Entwicklungsstörungen nach ICD-11“ dieses Handbuchs (S. ##21) erläutert, nutzt die ICD-11 die Zuweisung zu sekundären Elternelementen (secondary parenting), um Kategorien aus anderen Teilen der Klassifikation mehrfach zu listen (to cross-list), die wichtige primäre klinische Merkmale mit den Störungen einer bestimmten Gruppe teilen oder andere Verbindungen zu ihnen aufweisen. Am häufigsten betrifft dies substanzinduzierte psychische Störungen sowie „Sekundäre psychische oder Verhaltenssyndrome bei anderenorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen“, die ebenfalls in Kapitel 6 klassifiziert sind. In manchen Fällen handelt es sich jedoch auch um Kategorien aus anderen Kapiteln der ICD-11 (z. B. wurden die primären Tics und Ticstörungen aus Kapitel 8 „Krankheiten des Nervensystems“ unter die neuromentalen Entwicklungsstörungen aufgenommen). In der folgenden Liste werden diese sekundären Elternelementen zugewiesenen Kategorien zudem bei den Gruppen, in denen sie mehrfach gelistet sind (cross-listed), in grauer Schrift aufgeführt.

Um ergänzende, klinisch bedeutsame Merkmale des Erscheinungsbildes anzugeben, lassen sich in der ICD-11 mittels Postkoordination zusätzliche Codes mit den ursprünglichen Diagnosecodes verknüpfen. Weitere Informationen hierzu finden sich in dem Abschnitt „Anwendung der CDDR auf psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuromentale Entwicklungsstörungen nach ICD-11“ (S. ##21). In der nachstehenden Liste sind die Optionen für die Postkoordination der jeweiligen Störungsgruppe in Kästen angegeben.

Zugunsten einer besseren Lesbarkeit der Liste durch Vermeidung der wiederholten Nennung von Störungsnamen werden gelegentlich Auslassungspunkte (...) verwendet. In solchen Fällen steht das Auslassungszeichen stets für den Namen der Kategorie auf der unmittelbar darüberliegenden Ebene. So ist beispielsweise unter 6A01.2 „Entwicklungsstörung der Sprache“ für den Code 6A01.20 „... mit Beeinträchtigung der rezeptiven und expressiven Sprache“ angegeben statt des vollständigen Namens der Kategorie: „6A01.20 Rezeptive und expressive Sprachentwicklungsstörung“.

...

(Hinweis: hier nur ein Kapitelauszug)

Psychische Störungen, Verhaltensstörungen und Störungen der neuro- mentalen Entwicklung



Spezifisch belastungsassoziierte Störungen

(Hinweis: hier nur eine exemplarisch ausgewählte Störung)

Störungen, die spezifisch belastungsassoziiert sind, stehen in direktem Zusammenhang mit einem belastenden oder traumatischen Ereignis oder einer Reihe solcher Ereignisse oder nachteiliger Erfahrungen. Für jede der Störungen in dieser Gruppe ist ein identifizierbarer Stressfaktor ein notwendiger, wenn auch nicht hinreichender Kausalfaktor. Die meisten Personen, die Belastungen ausgesetzt sind, entwickeln keine Störung. Die stressauslösenden Ereignisse für einige Störungen in dieser Gruppe liegen im Bereich normaler Lebenserfahrungen (z. B. Scheidung, sozioökonomische Probleme, Trauerfall). Für andere Störungen ist ein Stressfaktor von extrem bedrohlicher oder schrecklicher Natur erforderlich (d. h. potenziell traumatische Ereignisse). Bei allen Störungen dieser Gruppe sind es die Art, das Muster und die Dauer der Symptome, die als Reaktion auf belastende Ereignisse auftreten – zusammen mit den damit verbundenen Funktionsbeeinträchtigungen –, die die Störungen ausmachen.

Zu den spezifisch belastungsassoziierten Störungen gehören:

6B40	Posttraumatische Belastungsstörung
6B41	Komplexe posttraumatische Belastungsstörung
6B42	Anhaltende Trauerstörung
6B43	Anpassungsstörung
6B44	Reaktive Bindungsstörung
6B45	Störung der sozialen Bindung mit enthemmtem Verhalten
6B4Y	Sonstige näher bezeichnete spezifisch belastungsassoziierte Störung
6B4Z	Spezifisch belastungsassoziierte Störung, nicht näher bezeichnet

Die Kategorien in der Gruppe der spezifisch belastungsassoziierten Störungen sind nicht für die Klassifizierung normaler Reaktionen auf belastende oder traumatische Ereignisse in jüngster Vergangenheit zu verwenden.

Zur Unterstützung der Differenzialdiagnose ist hier ebenfalls gelistet:

QE84 Akute Belastungsreaktion

Normale Reaktionen auf kürzlich erlebte traumatische Ereignisse können als akute Belastungsreaktion klassifiziert werden. Die akute Belastungsreaktion wird nicht als psychische Störung betrachtet, sondern ist in Kapitel 24 „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen oder zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ gelistet.

■ Allgemeine kulturbezogene Erwägungen bei spezifisch belastungsassoziierten Störungen

- Kulturell akzeptierte und anerkannte Vorstellungen und Bedeutungen von Ausdrucksformen für Belastungen – etwa regionale Idiome der Belastung, Erklärungen und Syndrome – können einen bedeutenden Bestandteil der Reaktionen auf Traumata darstellen. Beispiele für diese Art kultureller Vorstellungen umfassen in vielen kulturellen Gruppen Besessenheitszustände; *susto* oder *espanto* (Entsetzen) in lateinamerikanischen Populationen; *ohkumlang* (Müdigkeit) und körperliche Schmerzen bei Geflüchteten aus Bhutan, die Folter überlebt haben; *ihahamuka* (Lunge ohne Atem) bei Überlebenden des Völkermords in Ruanda und *kit chraen* (zu viel Denken) bei Menschen aus Kambodscha und viele andere mehr. Die Symptome der spezifisch belastungsassoziierten Störungen werden möglicherweise mit Begriffen beschrieben, die den emotionalen, kognitiven, verhaltensbezogenen und körperlichen Elementen dieser kulturellen Auffassungen entsprechen. Die Idiome für Belastung können auch die Symptomatik und die Komorbidität mit anderen psychischen Störungen beeinflussen.
- Bei Personen aus kollektivistischen Kulturen stehen möglicherweise eher die Familie und die Beziehungen innerhalb der Gemeinschaft im Mittelpunkt der Besorgnis und nicht die persönlichen Reaktionen auf das Trauma. Das klinische Erscheinungsbild kann Schuld oder Scham über ein wahrgenommenes Scheitern, anderen beizustehen oder kulturell wichtige soziale Rollen zu erfüllen, beinhalten. Überlebende sexualisierter Gewalt beispielsweise können gedanklich stark damit beschäftigt sein, dass ihre Familie aufgrund des Vorfalls in Schande gerät.
- Je nach Kultur können traumatische Ereignisse einer Vielzahl spiritueller oder übernatürlicher Ursachen zugeschrieben werden, etwa Karma, Schicksal, Neid, Hexerei/Zauberei oder Rachegeistern. Diese Zuschreibungen beeinflussen den persönlichen und sozialen Einfluss der Stressfaktoren und die Art der individuellen Reaktion.
- Die Kenntnis der kulturellen Normen ist notwendig, um den Schweregrad der Reaktion auf das Trauma zu beurteilen – insbesondere, ob psychotische Symptome als mit bestimmten kulturellen Ausdrucksformen vereinbar betrachtet werden sollten, als Manifestation einer sonstigen psychischen Störung (z. B. einer psychotischen Störung) oder als vereinbar mit der normalen Funktionsfähigkeit innerhalb des jeweiligen kulturellen Kontexts.
- Die Traumafolgen bestimmter Expositionen können stark von kulturellen Deutungen beeinflusst sein. Für einige kulturelle Gruppen kann es beispielsweise belastender sein, die Zerstörung religiöser oder heiliger Stätten oder heiliger Artefakte zu erleben als ein persönliches Trauma. Ob die Diagnose einer bestimmten Störung angemessen ist, entscheidet die charakteristische syndromale Reaktion.
- Migrantische Gemeinschaften erleben aufgrund begleitender sozialer Faktoren wie Armut, Diskriminierung durch die Aufnahmegesellschaft und akkultorative Stressfaktoren möglicherweise ein höheres Maß an Belastung.

6B40 Posttraumatische Belastungsstörung**Wesentliche (erforderliche) Merkmale**

- Erforderlich für die Diagnose ist, dass man einem Ereignis oder einer Situation (kurz oder lang andauernd) extrem bedrohlicher oder schrecklicher Art ausgesetzt war. Solche Ereignisse können unter anderem sein: das direkte Erleben von Naturkatastrophen oder menschengemachten Katastrophen, Kampfhandlungen, schweren Unfällen, Folter, sexualisierter Gewalt, Terrorismus, Tötlichkeiten oder einer akut lebensbedrohlichen Krankheit (z.B. Herzinfarkt); plötzliches, unerwartetes oder gewaltsam erzwungenes Miterleben von drohenden oder tatsächlichen Verletzungen oder dem Tod anderer; Informationen über den plötzlichen, unerwarteten oder gewaltsamen Tod eines geliebten Menschen zu erhalten.
- Infolge des traumatischen Ereignisses oder der Situation entwickelt sich ein charakteristisches Syndrom, das mindestens mehrere Wochen andauert und alle drei folgenden Kernelemente umfasst:
 - Das traumatische Ereignis oder die Situation wird in der Gegenwart wiedererlebt: Die Personen erinnern sich nicht nur daran, sondern erleben es, als würde es sich im Hier und Jetzt wieder ereignen. Dies erfolgt in Form von lebhaften, sich aufdrängenden Erinnerungen oder Bildern; Flashbacks, die von leichtgradig (ein vorübergehendes Gefühl, als würde sich das Ereignis in der Gegenwart wiederholen) bis schwergradig (völliger Verlust des Bewusstseins für die gegenwärtige Umgebung) variieren; oder in Form von wiederkehrenden Träumen oder Alpträumen, die inhaltlich mit dem traumatischen Ereignis in Beziehung stehen. Das Wiedererleben wird typischerweise von starken oder überwältigenden Emotionen, insbesondere Angst oder Entsetzen, und starken körperlichen Empfindungen begleitet. Das Wiedererleben in der Gegenwart kann auch einhergehen mit Gefühlen der Überwältigung oder des völligen Eintauchens in dieselben intensiven Emotionen, die während des traumatischen Ereignisses erlebt wurden – ohne einen auffallenden kognitiven Bezug –, und es kann als Reaktion auf Auslöser der Erinnerung an das Ereignis auftreten. Über das Ereignis nachzudenken oder zu grübeln (Rumination) und sich an die dabei erlebten Gefühle zu erinnern, erfüllt nicht die Anforderung des Wiedererlebens.
 - Erinnerungsauslöser, die ein Wiedererleben des traumatischen Ereignisses hervorrufen könnten, werden bewusst vermieden. Bewusstes Vermeiden kann als aktive innere Vermeidung von Gedanken oder Erinnerungen, die mit dem Ereignis verbunden sind, erfolgen oder als äußere Vermeidung von Menschen, Gesprächen, Aktivitäten oder Situationen, die an das Ereignis erinnern. In extremen Fällen wechseln die Menschen ihr Umfeld (z.B. Umzug in eine andere Stadt oder Wechsel des Arbeitsplatzes), um die Auslöser der Erinnerungen zu vermeiden.
 - Es liegt eine anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung vor, die sich zum Beispiel durch Hypervigilanz oder eine verstärkte Schreckreaktion auf Reize wie unerwartete Geräusche zeigt. Hypervigilante Personen schützen sich ständig vor Gefahren und fühlen sich oder andere in ihrer Nähe in bestimmten Situationen oder ganz allgemein unmittelbar bedroht. Sie können neue Verhaltensweisen zeigen, die der Sicherheit dienen sollen (z.B. sich nicht mit dem Rücken zur Tür setzen, in Fahrzeugen wiederholte Blicke in den Rückspiegel).

- Die Störung führt zu erheblichen Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Wenn eine Funktionsfähigkeit aufrechterhalten wird, ist dies nur mit beträchtlicher zusätzlicher Anstrengung möglich.

■ Weitere klinische Merkmale

- Zu den häufig auftretenden Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung können auch folgende gehören: allgemeine Dysphorie, dissoziative Symptome, körperliche Beschwerden, Suizidgedanken und suizidales Verhalten, sozialer Rückzug, übermäßiger Gebrauch von Alkohol oder Drogen, um ein Wiedererleben zu vermeiden oder die emotionalen Reaktionen bewältigen zu können, Angstsymptome einschließlich Panik und Zwangsgedanken oder -handlungen als Reaktion auf Erinnerungen oder Auslöser von Erinnerungen an das Trauma.
- Personen mit posttraumatischer Belastungsstörung erleben unter anderem häufig Emotionen wie Wut, Scham, Traurigkeit, Demütigung oder Schuld, dazu gehören auch die Schuldgefühle der Überlebenden.

■ Abgrenzung zum Normbereich (Schwellenwert)

- Wenn jemand in der Vorgeschichte einem Ereignis oder einer Situation extrem bedrohlicher oder schrecklicher Art ausgesetzt war, ist dies für sich genommen noch kein Hinweis auf das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung. Viele Menschen erleben solche Stressfaktoren, ohne eine Störung zu entwickeln. Vielmehr müssen im Erscheinungsbild alle diagnostischen Anforderungen für die Störung erfüllt sein.

■ Verlaufsmerkmale

- Eine posttraumatische Belastungsstörung kann in jeder Lebensphase nach einem traumatischen Erlebnis beginnen.
- Der Symptombeginn einer posttraumatischen Belastungsstörung liegt typischerweise innerhalb eines Zeitraums von 3 Monaten nach der Exposition gegenüber dem traumatischen Ereignis. Die Manifestation der Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung kann jedoch auch erst Jahre nach dem traumatischen Ereignis verzögert auftreten.
- Die Symptome und der Verlauf der posttraumatischen Belastungsstörung können sich über die Zeit und bei den einzelnen betroffenen Personen erheblich unterscheiden. Bedingt durch Erinnerungsauslöser an das traumatische Ereignis oder als Ergebnis zusätzlicher Stressfaktoren oder traumatischer Lebensereignisse können die Symptome erneut auftreten. Manche Personen mit der Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ können über Monate oder Jahre unverändert anhaltende Symptome aufweisen.
- Bei fast der Hälfte der Personen mit der Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ klingen die Symptome innerhalb von 3 Monaten vollständig ab.

■ Entwicklungsbedingte Erscheinungsformen

- Eine posttraumatische Belastungsstörung kann in jedem Lebensalter auftreten, aber die Reaktionen auf traumatische Ereignisse – d.h. die Kernelemente des charakteristischen Syndroms – können sich abhängig von Alter und Entwicklungsstand unterschiedlich manifestieren.

- Die sich erst entwickelnden kognitiven und begrenzten verbalen Fähigkeiten zum Selbstausskunft erschweren es bei jungen Kindern (z. B. unter 6 Jahren), das Auftreten von Wiedererleben, aktivem Vermeiden innerer Zustände und der Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung zu beurteilen. Die Beurteilung der Symptome sollte sich nicht allein auf die vom Kind berichteten inneren Symptomen stützen. Vielmehr sollten auch Berichte von Betreuungspersonen über verhaltensbezogene Symptome, die nach den traumatischen Erlebnissen aufgetreten sind, einbezogen werden.
- Bei jüngeren Kindern äußern sich die Hauptsymptome, die die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung stützen, oft im Verhalten, wie etwa in traumaspezifischem Nachspielen des Erlebten, das sich in wiederholenden Spielen oder Zeichnungen zeigen kann, in Angstträumen ohne klaren Inhalt, Nachtangst oder in untypischer Impulsivität. Kinder wirken jedoch möglicherweise nicht belastet, wenn sie ihre traumatischen Erinnerungen nachspielen oder über sie sprechen, trotz eines erheblichen Einflusses auf die psychosoziale Funktionsfähigkeit und die Entwicklung. Andere Manifestationen der posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern im Vorschulalter können weniger traumaspezifisch sein und sowohl gehemmtes wie auch enthemmtes Verhalten umfassen. Hypervigilanz beispielsweise kann sich in einer erhöhten Frequenz und Intensität von Wutausbrüchen, Trennungsangst, Regression (z. B. bei den sprachlichen Fähigkeiten, Toilettengang), übersteigerten altersabhängigen Ängsten oder übermäßigem Weinen äußern. Äußeres Vermeiden oder das Wiedererinnern der traumatischen Erlebnisse können sich in neu auftretendem auffälligem Verhalten, Schutz- oder Fluchtstrategien, eingeschränkter Erkundungsbereitschaft oder Zurückhaltung gegenüber neuen Aktivitäten und übermäßigem Verlangen nach Rückversicherungen durch eine vertraute Betreuungsperson zeigen.
- Bei manchen Kindern im Schulalter und bei Jugendlichen können auch eingeschränkte Fähigkeiten, über den eigenen inneren Zustand zu sprechen oder ihn zu reflektieren, kennzeichnend sein. Kinder und Jugendliche können zudem ablehnender sein als Erwachsene, von ihren Reaktionen auf die traumatischen Erlebnisse zu berichten. In solchen Fällen kann es erforderlich sein, sich stärker auf Verhaltensänderungen wie erhöhtes traumaspezifisches Wiederinszenieren oder offenes Vermeiden zu stützen.
- Kinder oder Jugendliche leugnen möglicherweise Gefühle der Belastung oder des Entsetzens, die mit dem Wiedererleben verbunden sind, und berichten eher nicht von Affekten oder starken oder überwältigenden Emotionen als Teil des Wiedererlebens, auch nicht von Emotionen, die nicht belastend sind.
- In der Adoleszenz kann der Widerwille, Entwicklungschancen zu ergreifen (um z. B. Unabhängigkeit gegenüber Betreuungspersonen zu erreichen) Anzeichen einer psychosozialen Beeinträchtigung sein. Selbstverletzendes oder riskantes Verhalten (z. B. Substanzgebrauch oder ungeschützter Sex) treten bei Jugendlichen und Erwachsenen mit posttraumatischer Belastungsstörung häufiger auf.
- Die Beurteilung bei Kindern und Jugendlichen kann schwieriger sein, wenn mit dem traumatischen Ereignis oder einer Intervention der Verlust eines Elternteils oder einer Betreuungsperson verbunden ist. So kann beispielsweise ein Kind, das chronisch Übergriffen ausgesetzt war und aus seinem Zuhause genommen wurde, den Verlust der primären Bezugsperson stärker hervorheben als die objektiv betrachtet als bedrohlicher und schrecklicher einzuschätzenden Erlebnisse.
- Bei älteren Erwachsenen mit posttraumatischer Belastungsstörung können die Symptome im Verlauf des Lebens abklingen – insbesondere das Wiedererleben. Typischerweise bestehen jedoch das Meiden von Situationen, Menschen, Aktivitäten oder Gesprächen, die mit dem Ereignis

nis verknüpft sind, ebenso wie Hypervigilanz fort. Ältere Erwachsene können ihre Symptome als normalen Teil des Lebens abtun, was mit Scham oder der Angst vor Stigmatisierung zusammenhängen kann.

■ Kulturbedingte Merkmale

- Welche Symptome bei der posttraumatischen Belastungsstörung besonders ausgeprägt sind, kann je nach Kultur variieren. In manchen Gruppen beispielsweise kann Wut das hervorsteckende Symptom und der kulturell geeignetste Weg sein, der Belastung durch die traumatische Exposition Ausdruck zu verleihen. In anderen Kulturen können Alpträume eine komplexe kulturelle Bedeutung besitzen, sodass sie bei der Beurteilung der charakteristischen Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung von größter Wichtigkeit sind.
- Die zentralen Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung mancher Kulturen sind in den Beschreibungen der Störung möglicherweise nicht enthalten und werden von klinisch Tätigen, denen diese kulturellen Ausdrucksformen fremd sind, daher möglicherweise übersehen. Beispielsweise können körperliche Symptome wie Kopfschmerzen (häufig mit visueller Aura), Schwindel, Hitzegefühl, Kurzatmigkeit, Magen-Darm-Beschwerden, Zittern und orthostatische Hypotonie im Vordergrund stehen.
- Kulturelle Unterschiede können sich auf den Beginn der posttraumatischen Belastungsstörung und die Bedeutung der traumatischen Stressfaktoren auswirken. Einige kulturelle Gruppen schreiben beispielsweise traumatischen Ereignissen, die Familienmitglieder betreffen, ein höheres Risiko für eine posttraumatische Belastungsstörung zu als Ereignissen, die die Person selbst betreffen. In anderen Gesellschaften wird es als besonders traumatisch empfunden, die Entweihung oder Zerstörung religiöser Symbole miterleben oder wenn es einem verwehrt wird, die Begräbnisrituale für verstorbene Verwandte abzuhalten.
- Einige traumabezogene Symptome können in bestimmten kulturellen Kontexten aufgrund ihrer Verbindung mit spezifischen katastrophisierenden Kognitionen mit einer intensiven Furcht einhergehen und im Zusammenhang mit einer posttraumatischen Belastungsstörung Panikattacken auslösen. Diese katastrophisierenden Interpretationen können den Verlauf der Störung beeinflussen und mit einem höheren Schweregrad, Chronizität oder schlechterem Ansprechen auf die Behandlung einhergehen. Menschen aus Lateinamerika beispielsweise können traumabedingtes Zittern als Vorstufe einer lebenslangen schwergradigen Erkrankung der *nervios* (Nerven) auffassen und Personen aus Kambodscha können Herzklopfen als Zeichen für ein „schwaches Herz“ interpretieren.
- Manche Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung werden in einigen kulturellen Gruppen möglicherweise nicht als pathologisch betrachtet. Zum Beispiel können sich aufdrängende Gedanken als normal betrachtet werden und nicht als Symptom einer Erkrankung. Es ist wichtig, das Vorliegen aller erforderlichen diagnostischen Elemente einschließlich der Funktionsbeeinträchtigungen zu beurteilen und nicht ein einzelnes Symptom als pathognomonisch zu betrachten.

■ Geschlechtsbezogene Merkmale

- Die posttraumatische Belastungsstörung tritt bei Frauen häufiger auf.
- Frauen mit der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung weisen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine längere Beeinträchtigungsdauer und ein höheres Maß an negativen Emotionen und körperlichen Symptomen als Teil des klinischen Erscheinungsbildes auf.

■ Abgrenzung zu anderen Störungen und Erkrankungen (Differenzialdiagnose)

Abgrenzung zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung: Die diagnostischen Anforderungen der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung umfassen sämtliche Kernelemente für die posttraumatische Belastungsstörung. Darüber hinaus erfordert die Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung zusätzlich die folgenden Merkmale: schwere Probleme bei der Affektregulierung, anhaltende negative Überzeugungen über die eigene Person und anhaltende Schwierigkeiten, Beziehungen aufrechtzuerhalten.

Abgrenzung zur anhaltenden Trauerstörung: Wie die posttraumatische Belastungsstörung kann auch eine anhaltende Trauerstörung bei Personen auftreten, die um einen geliebten Menschen trauern, den sie unter traumatischen Umständen verloren haben. Bei der posttraumatischen Belastungsstörung erleben die Personen das Ereignis oder die Situation, die mit dem Tod verbunden ist, erneut. Dahingegen sind sie bei der anhaltenden Trauerstörung möglicherweise übermäßig mit Erinnerungen an die Todesumstände beschäftigt, aber anders als bei der posttraumatischen Belastungsstörung findet kein Wiedererleben im Hier und Jetzt statt.

Abgrenzung zur Anpassungsstörung: Bei der Anpassungsstörung kann der Stressfaktor von beliebigem Schweregrad und beliebiger Art sein, er ist nicht unbedingt extrem bedrohlich oder schrecklich. Eine Reaktion auf ein weniger ernstes Ereignis oder eine Situation, die ansonsten die Symptomanforderungen einer posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt, aber über die für eine akute Stressreaktion angemessene Dauer hinausgeht, ist als „Anpassungsstörung“ zu diagnostizieren. Auch entwickeln viele Menschen, die ein extrem bedrohliches oder schreckliches Erlebnis hatten, Symptome, die die diagnostischen Anforderungen einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht vollständig erfüllen; für diese Reaktionen ist im Allgemeinen die Diagnose „Anpassungsstörung“ angemessener.

Abgrenzung zur akuten Belastungsreaktion: Normale akute Reaktionen auf traumatische Erlebnisse umfassen sämtliche Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, einschließlich Wiedererleben, klingen jedoch ziemlich schnell ab (z. B. eine Woche nach Beendigung des Ereignisses oder nach Verlassen der bedrohlichen Situation oder innerhalb eines Monats im Fall einer anhaltenden Belastung). Falls in diesen Situationen eine klinische Intervention angezeigt ist, ist im Allgemeinen die Diagnose einer akuten Belastungsreaktion aus Kapitel 24 „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen oder zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ (d. h. keine Störungskategorie) am besten geeignet.

Abgrenzung zu Schizophrenie oder anderen primären psychotischen Störungen: Manche Personen mit posttraumatischer Belastungsstörung erleben traumatische Ereignisse in Form schwerer Flashbacks wieder, die halluzinatorischen Charakter haben können, oder sie zeigen Hypervigilanz gegenüber Bedrohungen in einem Ausmaß, das paranoid wirken kann. Bei einer posttraumatischen Belastungsstörung können auch akustische Pseudo-Halluzinationen auftreten, die als eigene Gedanken der Person und innere Vorgänge erkannt werden. Solche Symptome sind nicht als Anzeichen einer psychotischen Störung zu werten.

Abgrenzung zur depressiven Episode: Während einer depressiven Episode werden intrusive Erinnerungen nicht als gegenwärtig Erlebtes wahrgenommen, sondern als in der Vergangenheit liegend, und sie gehen häufig mit Rumination einher. Depressive Episoden treten jedoch häufig gemeinsam mit einer posttraumatischen Belastungsstörung auf und gegebenenfalls ist die zusätzliche Diagnose einer affektiven Störung zu stellen.

Abgrenzung zur Panikstörung: Bei der posttraumatischen Belastungsstörung können durch Erinnerungen an das traumatische Ereignis oder im Zusammenhang mit einem Wiedererleben Panikattacken ausgelöst werden. Panikattacken, die ausschließlich in diesen Kontexten auftreten, rechtfertigen keine zusätzliche, eigenständige Diagnose einer Panikstörung. Stattdessen kann die Spezifizierung „mit Panikattacken“ (MB23.H) der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung hinzugefügt werden. Falls jedoch auch unerwartete Panikattacken auftreten (d.h. Panikattacken aus „heiterem Himmel“) und die sonstigen diagnostischen Anforderungen erfüllt werden, ist die zusätzliche Diagnose einer Panikstörung angemessen.

Abgrenzung zur spezifischen Phobie: In manchen Fällen kann nach der Exposition gegenüber einem traumatischen Ereignis eine situationsbedingte oder konditionierte spezifische Phobie entstehen (z. B. Angriff von einem Hund). Eine spezifische Phobie kann im Allgemeinen von der posttraumatischen Belastungsstörung durch das Fehlen des Wiedererlebens des Ereignisses in der Gegenwart unterschieden werden. Auch wenn phobische Reaktionen mit starken Erinnerungen an das Ereignis einhergehen können, die bei den betroffenen Personen Angst auslösen, werden die Erinnerungen als der Vergangenheit zugehörig erlebt.

Abgrenzung zu dissoziativen Störungen: Nach dem Erleben eines traumatischen Ereignisses kann eine Vielzahl an dissoziativen Symptomen auftreten. Dazu gehören körperliche Symptome, Gedächtnisstörungen, Flashbacks oder andere tranceartige Zustände, Veränderungen der Identität und Handlungsfähigkeit sowie das Erleben von Depersonalisation, insbesondere während der Episoden des Wiedererlebens. Falls die dissoziativen Symptome bei Personen mit posttraumatischer Belastungsstörung oder einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung auf die Episoden des Wiedererlebens beschränkt sind, ist keine zusätzliche Diagnose einer dissoziativen Störung zu stellen. Falls signifikante dissoziative Symptome außerhalb der Episoden des Wiedererlebens auftreten und sämtliche diagnostischen Anforderungen erfüllt sind, kann die zusätzliche Diagnose einer dissoziativen Störung gestellt werden.

Abgrenzung zu sonstigen psychischen Störungen: Häufig entwickeln sich nach einem Ereignis oder einer Situation (kurz- oder langanhaltend), die extrem bedrohlich oder schrecklich ist, psychische Störungen – allein oder zusätzlich zu einer posttraumatischen Belastungsstörung. Somit ist die Vorgeschichte einer Exposition gegenüber einem potenziell traumatischen Ereignis als solche noch kein Indikator für das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung. Nach potenziell traumatischen Erlebnissen können depressive Störungen, Angst- oder furchtbezogene Störungen, Störungen durch Substanzgebrauch und dissoziative Störungen auftreten, nicht selten ohne eine posttraumatische Belastungsstörung.

6B41 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung

6B40

Wesentliche (erforderliche) Merkmale

- Erforderlich für die Diagnose ist, dass man einem Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen von extrem bedrohlicher oder schrecklicher Art ausgesetzt war – meist lang anhaltende oder sich wiederholende Ereignisse, denen man nur schwer oder gar nicht entkommen kann. Solche Ereignisse können unter anderem sein: Folter, Konzentrationslager, Sklaverei, Völkermord und andere Formen organisierter Gewalt, anhaltende häusliche Gewalt und wiederholte sexualisierte oder körperliche Übergriffe in der Kindheit.
- Die Entwicklung eines charakteristischen Syndroms, das mindestens mehrere Wochen andauert, nachdem man einem traumatischen Ereignis ausgesetzt war, umfasst die drei folgenden Kernelemente der posttraumatischen Belastungsstörung:
 - Das traumatische Ereignis oder die Situation wird in der Gegenwart wiedererlebt: Es wird nicht nur erinnert, sondern erlebt, als würde es sich im Hier und Jetzt wieder ereignen. Dies erfolgt in Form von lebhaften, sich aufdrängenden Erinnerungen oder Bildern; Flashbacks, die von leichtgradig (ein vorübergehendes Gefühl, als würde sich das Ereignis in der Gegenwart wiederholen) bis schwergradig (völliger Verlust des Bewusstseins für die gegenwärtige Umgebung) variieren; oder in Form von wiederkehrenden Träumen oder Alpträumen, die inhaltlich mit dem traumatischen Ereignis in Beziehung stehen. Das Wiedererleben wird typischerweise von starken oder überwältigenden Emotionen, insbesondere Angst oder Entsetzen, und starken körperlichen Empfindungen begleitet. Das Wiedererleben in der Gegenwart kann auch einhergehen mit Gefühlen der Überwältigung oder des völligen Eintauchens in dieselben intensiven Emotionen, die während des traumatischen Ereignisses erlebt wurden – ohne einen auffallenden kognitiven Bezug –, und es kann als Reaktion auf Auslöser der Erinnerung an das Ereignis auftreten. Über das Ereignis nachzudenken oder zu grübeln (Rumination) und sich an die dabei erlebten Gefühle zu erinnern, reicht nicht aus, um die Anforderung des Wiedererlebens zu erfüllen.
 - Erinnerungsauslöser, die ein Wiedererleben des traumatischen Ereignisses hervorrufen könnten, werden bewusst vermieden. Bewusstes Vermeiden kann als aktive innere Vermeidung von Gedanken oder Erinnerungen, die mit dem Ereignis verbunden sind, erfolgen oder als äußere Vermeidung von Menschen, Gesprächen, Aktivitäten oder Situationen, die an das Ereignis erinnern. In extremen Fällen wechseln die Menschen ihr Umfeld (z.B. Umzug oder Wechsel des Arbeitsplatzes), um die Auslöser der Erinnerungen zu vermeiden.
 - Es liegt eine anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung vor, die sich zum Beispiel durch Hypervigilanz oder eine verstärkte Schreckreaktion auf Reize wie unerwartete Geräusche zeigt. Hypervigilante Personen schützen sich ständig vor Gefahren und fühlen sich oder andere in ihrer Nähe in bestimmten Situationen oder ganz allgemein unmittelbar bedroht. Sie können neue Verhaltensweisen zeigen, die der Sicherheit dienen sollen (z.B. sich nicht mit dem Rücken zur Tür setzen, in Fahrzeugen wiederholte Blicke in den Rückspiegel). Bei der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung kann die Schreckreaktion, anders als bei der posttraumatischen Belastungsstörung, in manchen Fällen eher abgeschwächt statt verstärkt sein.
- Das Erscheinungsbild ist durch schwere und tiefgreifende Schwierigkeiten bei der Affektregulation gekennzeichnet. Beispiele sind erhöhte affektive Reaktivität auf geringfügige Belastungen, Ausbrüche von Gewalt, rücksichtsloses oder selbstzerstörerisches Verhalten, dissoziati-

ve Symptome bei Belastung und emotionale Taubheit – insbesondere die Unfähigkeit, Vergnügen oder positive Emotionen zu erleben.

- Anhaltende Überzeugungen über die eigene Person als erniedrigt, unterlegen oder wertlos, begleitet von tiefgreifenden Scham-, Schuld- oder Versagensgefühlen im Zusammenhang mit dem Stressfaktor. Betroffene Personen können sich beispielsweise schuldig fühlen, den schädigenden Umständen nicht entkommen oder ihnen erlegen zu sein oder nicht in der Lage gewesen zu sein, das Leiden anderer zu verhindern.
- Es bestehen anhaltende Schwierigkeiten, Beziehungen aufrechtzuerhalten und sich anderen nah zu fühlen. Die betroffenen Personen können Beziehungen und soziale Kontakte im Allgemeinen konsequent meiden, verächtlich machen und kaum Interesse daran zeigen. Alternativ können sie gelegentliche intensive Beziehungen eingehen, die sie jedoch nur schwer aufrechterhalten können.
- Die Störung führt zu erheblichen Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Wenn eine Funktionsfähigkeit aufrechterhalten wird, ist dies nur mit beträchtlicher zusätzlicher Anstrengung möglich.

■ Weitere klinische Merkmale

- Es können Suizidgedanken und -verhalten, Substanzmissbrauch, depressive Symptome, psychotische Symptome und körperliche Beschwerden auftreten.

■ Abgrenzung zum Normbereich (Schwellenwert)

- Wenn jemand in der Vorgeschichte einer extremen und anhaltenden oder wiederkehrenden Belastung ausgesetzt war, aus der man nur schwer oder gar nicht entkommen kann, ist dies für sich genommen noch kein Hinweis auf das Vorliegen einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. Viele Menschen erleben solche Belastungen, ohne eine Störung zu entwickeln. Vielmehr müssen im Erscheinungsbild alle diagnostischen Anforderungen für die Störung erfüllt sein.

■ Verlaufsmerkmale

- Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung kann in der gesamten Lebensspanne beginnen – typischerweise, nachdem man chronischen, wiederkehrenden traumatischen Ereignissen und/oder Viktimisierung ausgesetzt war, die über einen Zeitraum von Monaten oder Jahren andauert haben.
- Die Symptome der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung sind im Allgemeinen schwerer und anhaltender als die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung.
- Wer wiederholten Traumata ausgesetzt war – insbesondere in der frühen Entwicklungsphase –, hat ein höheres Risiko, eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung anstelle einer posttraumatischen Belastungsstörung zu entwickeln.

■ Entwicklungsbedingte Erscheinungsformen

- Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung kann in jedem Lebensalter auftreten, aber die Reaktionen auf das traumatische Ereignis – das heißt die Kernelemente des charakteristischen Syndroms – können sich je nach Alter und Entwicklungsstand unterschiedlich manifestieren. Da die komplexe posttraumatische Belastungsstörung und die posttraumatische Belas-

tungsstörung teilweise dieselben zentralen Merkmale aufweisen, gelten die Informationen im Abschnitt „Entwicklungsbedingte Erscheinungsformen“ zur posttraumatischen Belastungsstörung auch für Kinder und Jugendliche, die von einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung betroffen sind.

- Kinder und Jugendliche sind gefährdeter als Erwachsene, eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln, wenn sie einem schweren, anhaltenden Trauma ausgesetzt sind, etwa chronischen Übergriffen, Beteiligung an Drogenhandel oder Einsatz als Kindersoldaten. Viele Kinder und Jugendliche mit Traumaerfahrung haben mehrere Traumata erlebt, was das Risiko erhöht, eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln.
- Kinder und Jugendliche mit einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung weisen mit höherer Wahrscheinlichkeit als Gleichaltrige kognitive Probleme auf (z.B. Aufmerksamkeitsprobleme, Schwierigkeiten beim Planen und Organisieren), die wiederum die schulische und berufliche Funktionsfähigkeit beeinträchtigen können.
- Bei Kindern können sich tiefgreifende Probleme der Affektregulation und anhaltende Schwierigkeiten, Beziehungen aufrechtzuerhalten, in Form von Regression, rücksichtslosem Verhalten oder aggressiven Verhaltensweisen sich selbst oder anderen gegenüber äußern sowie in Schwierigkeiten beim Umgang mit Gleichaltrigen. Zudem können sich Probleme der Affektregulation äußern als Dissoziation, Unterdrückung emotionaler Erlebnisse und Ausdrucksformen sowie als Vermeidung von Situationen oder Erlebnissen, die Emotionen – einschließlich positiver Emotionen – auslösen können.
- In der Adoleszenz können Substanzgebrauch, Risikobereitschaft (z.B. ungeschützter Sex, riskantes Fahrverhalten, nicht suizidale Selbstverletzung) und aggressive Verhaltensweisen als besonders deutlicher Ausdruck der Probleme einer Affektdysregulation und sozialer Schwierigkeiten vorliegen.
- Sind die Eltern oder Betreuungspersonen die Quelle des Traumas (z.B. sexualisierte Übergriffe) entwickeln Kinder und Jugendliche häufig einen desorganisierten Bindungsstil, der sich in unvorhersehbaren Verhaltensweisen diesen Personen gegenüber äußern kann (z.B. Wechsel zwischen Bedürftigkeit, Ablehnung und Aggression). Bei Kindern unter 5 Jahren können die Bindungsstörungen, die mit den Übergriffen zusammenhängen, auch eine reaktive Bindungsstörung oder einer Störung der sozialen Bindung mit enthemmtem Verhalten umfassen, die komorbid mit der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung auftreten können.
- Kinder und Jugendliche mit einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung berichten häufig über Symptome, die den Symptomen von depressiven Störungen, Fütter- oder Essstörungen, Schlaf-Wach-Störungen, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung, Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten, Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten und Störung mit Trennungsangst entsprechen. Der Zusammenhang der traumatischen Erlebnisse mit dem Symptombeginn kann für die Differenzialdiagnose hilfreich sein. Gleichzeitig können sich auch andere psychische Störungen nach extrem belastenden oder traumatischen Erlebnissen entwickeln. Zusätzliche komorbide Diagnosen sind nur dann zu stellen, wenn die Symptome nicht vollständig auf die komplexe posttraumatische Belastungsstörung zurückzuführen sind und sämtliche diagnostischen Anforderungen für die jeweiligen Störungen erfüllt sind.
- Bei älteren Erwachsenen kann die komplexe posttraumatische Belastungsstörung durch ängstliches Vermeiden von Gedanken, Gefühlen, Erinnerungen und Menschen dominiert sein, ebenso durch physiologische Angstsymptome (z.B. verstärkte Schreckreaktion, vegetative Hyperreak-

tivität). Ältere Erwachsene können angesichts der Auswirkungen der traumatischen Erlebnisse auf ihr Leben ein tiefes Bedauern empfinden.

■ Kulturbezogene Merkmale

- Bei den Ausdrucksformen der Symptome einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung bestehen kulturelle Unterschiede. In manchen Gruppen können beispielsweise körperliche oder dissoziative Symptome stärker ausgeprägt sein. Dies hängt mit der kulturellen Deutung der psychologischen, physiologischen und spirituellen Ursachen dieser Symptome sowie mit der Deutung eines hohen Erregungsniveaus zusammen.
- Angesichts der Schwere, Dauer oder Wiederkehr der traumatischen Ereignisse, die zu einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung führen, können kollektives Leid und die Zerstörung sozialer Bindungen, Netzwerke und Gemeinschaften als zentraler Schwerpunkt oder als wichtige Begleitmerkmale einer Störung auftreten.
- In migrantischen Gemeinschaften – insbesondere Geflüchtete oder Asylsuchende – kann eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung durch Akkulturationsbelastung und das soziale Umfeld im Aufnahmeland verstärkt werden.

■ Geschlechtsbezogene Merkmale

- Das Risiko, eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln, ist bei Frauen höher.
- Frauen mit einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung weisen häufiger ein höheres Maß an psychischer Belastung und Funktionseinschränkungen auf.

■ Abgrenzung zu anderen Störungen und Erkrankungen (Differenzialdiagnose)

Abgrenzung zur Persönlichkeitsstörung: Viele Personen mit Persönlichkeitsstörung weisen eine Vorgeschichte mit traumatischen Ereignissen insbesondere in der Kindheit auf, und eine affektive Dysregulation kann sowohl Merkmal einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung als auch einer Persönlichkeitsstörung, insbesondere einer Persönlichkeitsstörung mit Borderline-Muster, sein. Es gibt jedoch einige Unterschiede zwischen den spezifischen Symptomprofilen der beiden Störungen. Vermeidung von traumabezogenen Erinnerungsauslösern und ein gesteigertes aktuelles Bedrohungsgefühl sind keine diagnostischen Merkmale von Persönlichkeitsstörungen. Intime und zwischenmenschliche Beziehungen sind bei einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung eher nicht durch die Furcht vor dem Verlassenwerden und Beziehungsunstabilität gekennzeichnet, sondern vielmehr durch Vermeidung und ein allgemeines Gefühl des Abgeschnittenseins. Personen mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung zeigen eher ein stabiles, wenn auch anhaltend negatives Selbstbild im Gegensatz zur Persönlichkeitsstörung, bei der das Selbstempfinden häufiger instabil ist. Während die Persönlichkeitsstörung eher von häufigen impulsiven Verhaltensweisen gekennzeichnet ist, inklusive impulsiver Suizidalität, ist die Suizidalität bei Personen mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung eher seltener, weniger impulsiv und häufiger tödlich. Falls die diagnostischen Anforderungen für beide Störungen erfüllt sind, hängt es von der spezifischen klinischen Situation ab, ob die zusätzliche Diagnose einer Persönlichkeitsstörung hilfreich ist.

Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentalen Entwicklungsstörungen: Die diagnostischen Anforderungen für die komplexe posttraumatische Belastungsstörung beinhalten alle Kernelemente der posttraumatischen Belastungsstörung. Daher gelten alle Empfehlungen in den Abschnitten „Abgrenzung zum Normbereich (Schwellenwert)“ und „Abgrenzung zu anderen Störungen und Erkrankungen (Differenzialdiagnose)“ für die posttraumatische Belastungsstörung auch für die komplexe posttraumatische Belastungsstörung.

6B42 Anhaltende Trauerstörung

Wesentliche (erforderliche) Merkmale

- Erforderlich für die Diagnose ist eine Vorgeschichte mit Tod eines Partners bzw. einer Partnerin, eines Elternteils, eines Kindes oder einer anderen Person, die den Hinterbliebenen nahestand.
- Eine anhaltende tiefgreifende Trauerreaktion ist gekennzeichnet durch Sehnsucht nach der verstorbenen Person oder anhaltende übermäßige Fixierung (Präokkupation) auf die verstorbene Person, begleitet von intensivem emotionalem Schmerz. Dies kann sich zeigen als Traurigkeit, Schuldgefühl, Wut, Verleugnen, Schuldzuweisung, Schwierigkeiten, den Tod zu akzeptieren, das Gefühl, einen Teil von sich selbst verloren zu haben, Unfähigkeit, eine positive Stimmung zu erleben, emotionale Taubheit und Schwierigkeiten, sich an sozialen oder anderen Aktivitäten zu beteiligen.
- Die tiefgreifende Trauerreaktion hat über einen atypisch langen Zeitraum nach dem Verlust angehalten und übersteigt deutlich die hinsichtlich Kultur und Kontext der Person erwartbaren sozialen, kulturellen und religiösen Normen. Trauerreaktionen, die weniger als 6 Monate andauern – in manchen kulturellen Kontexten auch länger –, erfüllen diese Anforderung nicht.
- Die Störung führt zu einer erheblichen Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen oder sonstigen wichtigen Funktionsbereichen. Wenn eine Funktionsfähigkeit aufrechterhalten wird, ist dies nur mit beträchtlicher zusätzlicher Anstrengung möglich.

■ Weitere klinische Merkmale

- Die anhaltende gedankliche Fixierung (Präokkupation) kann sich auf die Todesumstände konzentrieren oder in Verhaltensweisen äußern, wie etwa alle Gegenstände der verstorbenen Person aufzubewahren, wie sie vor ihrem Tod waren. Die betroffenen Personen können zwischen exzessiver gedanklicher Fixierung und dem Vermeiden von Erinnerungen an die verstorbene Person schwanken.
- Weitere Merkmale der anhaltenden Trauerstörung können Probleme sein, ohne den geliebten Menschen zurechtzukommen, Probleme, sich an Schönes mit der verstorbenen Person zu erinnern, Schwierigkeiten, anderen zu vertrauen, sozialer Rückzug und das Gefühl, das Leben sei sinnlos.
- Es kann ein gesteigerter Tabak-, Alkohol- oder sonstiger Substanzgebrauch vorliegen sowie verstärkte Selbstmordgedanken und suizidales Verhalten.

■ Abgrenzung zum Normbereich (Schwellenwert)

- Die individuell erlebte Trauerreaktion, die entsprechend ihrem kulturellen und religiösen Kontext innerhalb des normativen Zeitraums liegt, wird als normale Trauerreaktion angesehen. In diesem Fall ist die Diagnose einer anhaltenden Trauerstörung nicht zu stellen. Häufig ist es wichtig zu prüfen, ob andere Menschen mit derselben kulturellen oder religiösen Sichtweise (z. B. Familie, Freunde, Gemeinschaft) die Reaktion auf den Verlust oder ihre Dauer als anomal betrachten.
- Kinder und Jugendliche können auf den Verlust einer primären Bezugsperson (z. B. Elternteil oder Betreuungsperson) aufgrund der Rolle, die diese im Leben des Kindes spielte, mit einer intensiven und anhaltenden Trauer reagieren (z. B. stärkere Intensität und Symptomatik, längere Dauer). Kinder im Vorschulalter haben gemeinhin Schwierigkeiten, den Verlust zu akzeptieren. Aspekte der Trauerreaktion können in zahlreichen Momenten im Lauf der Entwicklung erneut ausgelöst werden – zum Beispiel, wenn neue Bedürfnisse entstehen, die normalerweise von dem Elternteil oder der Betreuungsperson erfüllt werden würden. Im Allgemeinen sollten diese Reaktionen als normal betrachtet werden und die Diagnose einer anhaltenden Trauerstörung ist bei Kindern und Jugendlichen in dieser Situation zurückhaltend zu stellen.

■ Entwicklungsbedingte Erscheinungsformen

- Die anhaltende Trauerstörung kann in jedem Lebensalter auftreten, doch die Trauerreaktion kann je nach Alter und Entwicklungsphase entsprechend den altersspezifischen Todesvorstellungen unterschiedlich sein.
- Kinder beschreiben selten Sehnsucht nach der verstorbenen Person oder eine anhaltende gedankliche Fixierung (Präokkupation) auf den Tod des geliebten Menschen. Die Symptome können sich eher im Verhalten äußern, etwa beim Spielen oder bei anderen Verhaltensweisen, die mit den Themen Trennung oder Tod in Verbindung stehen. Die Sehnsucht kann sich auch in weiteren Verhaltensweisen ausdrücken, etwa im Warten darauf, dass die verstorbene Person zurückkommt, oder im Aufsuchen von Orten, an denen die Kinder die verstorbene Person zuletzt gesehen haben. Manche Kinder können eine ängstliche gedankliche Fixierung darauf entwickeln, dass andere sterben könnten, oder Trennungsangst, in deren Mittelpunkt Sorgen um das Wohlergehen und die Sicherheit ihrer Betreuungsperson stehen.
- Bei jüngeren Kindern können abwechselnd intensive Traurigkeit oder emotionaler Schmerz und scheinbar angemessene Stimmungen auftreten. Wut aufgrund des Verlusts kann sich bei Kindern und Jugendlichen als Reizbarkeit, Trotzverhalten, Wutanfälle, oppositionelles Verhalten oder Verhaltensauffälligkeiten äußern.
- Bei Kindern können verschiedene Umfeldfaktoren die Symptome im Zusammenhang mit dem Tod einer geliebten Person beeinflussen. Beispielsweise können Symptome erst verzögert auftreten oder sich verschlimmern als Reaktion auf Veränderungen im sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen, auf das Ausmaß, in dem Eltern oder Betreuungspersonen den Verlust bewältigen, sowie auf die Kommunikation innerhalb der Familie.
- Bei älteren Erwachsenen kann sich die anhaltende Trauerstörung als anhaltende Depression mit dem Gefühl, man habe einen Teil seiner selbst verloren, und einem starken Gefühl der Leere äußern. Oft kommen Gefühle der Fassungslosigkeit und des Betäubtseins angesichts des Verlusts vor. Eine gedankliche Fixierung auf körperliche Beschwerden ist in dieser Entwicklungsphase häufig das erste Anzeichen einer Belastung.

■ Kulturbedingte Merkmale

- Kulturelle Gepflogenheiten unterscheiden sich in Bezug auf angemessene emotionale Ausdrucksformen der Trauer, Rituale und Praktiken des Umgangs mit dem Trauerprozess, Formen des Gedenkens an die Verstorbenen, Vorstellungen von einem Leben nach dem Tod, Stigmatisierung gewisser Todesarten (z. B. Selbstmord) oder Situationen, die besonders traumatisch sein können (z. B. Tod eines Kindes). Diese Unterschiede können Einfluss haben auf die Wahrscheinlichkeit, dass anhaltende Trauerreaktionen auftreten, sowie auf die Bandbreite der Symptome und klinischen Erscheinungsformen.
- Kulturelle Gruppen unterscheiden sich bezüglich der normativen Dauer der Trauerreaktionen. In manchen Gruppen kann die vorgeschriebene Trauerreaktion 1 Jahr dauern oder sogar bis zum ersten Jahrestag aufgeschoben werden. Bei anderen Gruppen wird davon ausgegangen, dass die Rituale oder Zeremonien negative Emotionen über den Verlust auslösen, und die formellen Trauerzeiten sind relativ kurz. Häufig ist es wichtig zu prüfen, ob andere Menschen mit derselben kulturellen oder religiösen Perspektive (z. B. Familie, Freunde, Gemeinschaft) die Reaktion auf den Verlust oder ihre Dauer als anomal betrachten.
- In manchen kulturellen oder religiösen Traditionen wird der Tod nicht als Ende des Lebens, sondern als wichtiger Übergang zu einer anderen Daseinsform betrachtet. Solche kulturellen Überzeugungen können Karma, Wiedergeburt, Himmel/Hölle, Fegefeuer oder andere Übergänge ins Jenseits in den Mittelpunkt stellen. Kulturspezifische Rituale und jährliche Gedenkfeiern sollen möglicherweise einen verheißungsvollen spirituellen Status der Verstorbenen sichern. Die anhaltende Trauerstörung kann mit der Sorge um den Status der verstorbenen Person im Jenseits verbunden sein.
- Begegnungen mit Verstorbenen können sehr große kulturelle Unterschiede aufweisen. In manchen Gesellschaften beispielsweise gelten Begegnungen mit Verstorbenen im Wachzustand als anomal. Im Gegensatz dazu ist es in vielen südeuropäischen und lateinamerikanischen Gesellschaften üblich, kurz nach deren Tod Besuche von verstorbenen Angehörigen zu bekommen, was für die Hinterbliebenen tröstlich sein kann. Andere Gruppen (z. B. einige Native Americans) können den Verstorbenen im Traum begegnen – mit einer Vielzahl von Interpretationen. In Kam-bodscha zum Beispiel gelten Träume von Verstorbenen als höchst beunruhigend, weil sie anzeigen, dass keine Wiedergeburt stattgefunden hat.

■ Geschlechtsbezogene Merkmale

- Die anhaltende Trauerstörung tritt bei Frauen häufiger auf.

■ Abgrenzung zu anderen Störungen und Erkrankungen (Differenzialdiagnose)

Abgrenzung zur posttraumatischen Belastungsstörung: Wie die posttraumatische Belastungsstörung kann die anhaltende Trauerstörung bei Personen, die einen Trauerfall erlebt haben, auftreten als Auswirkung des Todes der geliebten Person unter traumatischen Umständen. Bei der anhaltenden Trauerstörung können die Personen gedanklich auf die Erinnerung an die Todesumstände fixiert sein, aber anders als bei der posttraumatischen Belastungsstörung erleben sie die Umstände nicht im Hier und Jetzt wieder.

Abgrenzung zu einer depressiven Episode: Einige häufige Symptome der anhaltenden Trauerstörung sind den Symptomen, die bei einer depressiven Episode beobachtet werden, ähnlich (z. B.

Traurigkeit, Verlust des Interesses an Aktivitäten, sozialer Rückzug, Schuldgefühle, Suizidgedanken). Die anhaltende Trauerstörung unterscheidet sich jedoch von einer depressiven Episode, da sich die Symptome spezifisch auf den Verlust des geliebten Menschen konzentrieren, während depressive Gedanken und emotionale Reaktionen typischerweise mehreren Lebensbereichen gelten. Zudem sind andere häufige Symptome der anhaltenden Trauerstörung (z.B. Schwierigkeit, den Verlust zu akzeptieren, Wut über den Verlust, das Gefühl, als sei ein Teil seiner selbst gestorben) für eine depressive Episode nicht charakteristisch. Bei der Unterscheidung ist es wichtig, den Zeitpunkt des Symptombeginns im Verhältnis zum Verlust sowie das Vorliegen einer Vorgeschichte mit depressiven oder bipolaren Störungen zu prüfen. Die anhaltende Trauerstörung und affektive Störungen können jedoch komorbid auftreten und falls sämtliche diagnostischen Anforderungen erfüllt sind, sind beide Störungen zu diagnostizieren.

6B43 Anpassungsstörung

Wesentliche (erforderliche) Merkmale

- Erforderlich für die Diagnose ist eine maladaptive Reaktion auf einen identifizierbaren psychosozialen Stressfaktor oder mehrere Stressfaktoren (z.B. ein einzelnes belastendes Ereignis, andauernde psychosoziale Schwierigkeiten oder eine Kombination von belastenden Lebenssituationen), die normalerweise innerhalb eines Monats nach dem Stressfaktor auftritt. Beispiele sind Scheidung oder Verlust einer Partnerschaft, Verlust des Arbeitsplatzes, die Diagnose einer Krankheit, eine vor Kurzem eingetretene Behinderung sowie Konflikte zu Hause oder am Arbeitsplatz.
- Die Reaktion auf den Stressfaktor ist durch gedankliche Fixierung (Präokkupationen) auf den Stressfaktor oder dessen Folgen gekennzeichnet, dazu gehören auch übermäßige Sorgen, wiederkehrende und belastende Gedanken über den Stressfaktor oder ständiges Grübeln (Rumination) über die Auswirkungen.
- Die Symptome lassen sich nicht besser durch eine andere psychische Störung (z.B. affektive Störung, eine andere spezifisch belastungsassoziierte Störung) erklären.
- Sobald der Stressfaktor und seine Folgen enden, lassen die Symptome innerhalb von 6 Monaten nach.
- Die ausbleibende Anpassung an den Stressfaktor führt zu einer erheblichen Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Wenn eine Funktionsfähigkeit aufrechterhalten wird, ist dies nur mit beträchtlicher zusätzlicher Anstrengung möglich.

■ Weitere klinische Merkmale

- Die Symptome der gedanklichen Fixierung (Präokkupation) verstärken sich möglicherweise durch Erinnerungsauslöser, was zur Vermeidung von Reizen, Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen führen kann, die mit dem Stressfaktor zu tun haben, um Präokkupation oder Leidensdruck zu verhindern.
- Zusätzliche psychische Symptome einer Anpassungsstörung können depressive oder Angstsymptome sowie impulsive „externalisierende“ Symptome umfassen – insbesondere ein erhöhter Gebrauch von Tabak, Alkohol oder anderen Substanzen.

Ausscheidungsstörungen

(Hinweis: hier nur eine exemplarisch ausgewählte Störung)

Die Ausscheidungsstörungen umfassen das wiederholte Einnässen in das Bett oder in die Kleidung (Enuresis) sowie das wiederholte Absetzen von Stuhl an dafür ungeeigneten Orten (Enkopresis). Diese Störungen treten bei Personen in einem Entwicklungsalter auf, in dem normalerweise davon ausgegangen wird, dass die Harn- und Stuhlkontinenz bereits erreicht ist, und sie können willentlich oder unwillentlich erfolgen.

Zu den Ausscheidungsstörungen gehören:

- 6C00** Enuresis
- 6C01** Enkopresis
- 6C0Z** Ausscheidungsstörung, nicht näher bezeichnet

6C00 Enuresis

Wesentliche (erforderliche) Merkmale

- Erforderlich für die Diagnose ist die wiederholte und persistierende Harnentleerung ins Bett oder die Kleidung (z. B. mehrmals pro Woche für mehrere Monate), die am Tag oder in der Nacht auftreten kann.
- Die Betroffenen haben ein Entwicklungsalter erreicht, in dem Harnkontinenz normalerweise erwartet wird (was etwa einem chronologischen Alter von 5 Jahren entspricht).
- Die Symptome lassen sich nicht besser durch die physiologischen Auswirkungen einer Substanz bzw. eines Medikaments oder durch eine andere körperliche Erkrankung erklären, die Polyurie oder Harndrang verursacht (z. B. eine Harnwegsinfektion, unbehandelter Diabetes mellitus, eine neurogene Blase, eine Krankheit des Nervensystems, eine Krankheit des muskuloskelettalen Systems oder des Bindegewebes, angeborene oder erworbene Anomalien der Harnwege).

Zu beachten: Wenn das Erscheinungsbild die diagnostischen Anforderungen für Enuresis nicht erfüllt, ist die Symptomkategorie MF50.2 „Harninkontinenz“ oder eine ihrer Unterkategorien aus Kapitel 21 „Symptome, Zeichen oder klinische Befunde, andernorts nicht klassifiziert“ in Betracht zu ziehen. Auch die Diagnose einer etwaigen zugrunde liegenden Erkrankung, die als Ursache der Harninkontinenz vermutet wird, ist zu stellen.

Spezifizierungen für das Auftreten bei Nacht oder am Tag

6C00.0 Enuresis nocturna

Das Einnässen tritt ausschließlich während der Nacht auf. Dies ist die häufigste Form der Enuresis. Typischerweise tritt sie im ersten Teil der Nacht, kurz nach dem Einschlafen, auf.

6C00.1 Enuresis diurna

Das Einnässen tritt ausschließlich während der Wachzeit auf. Diese Form der Enuresis wird auch als „Harninkontinenz“ bezeichnet.

6C00.2 Enuresis nocturna et diurna

Das Einnässen tritt sowohl während der Nacht als auch während der Wachzeit auf.

6C00.Z Enuresis, nicht näher bezeichnet

■ Weitere klinische Merkmale

- Typischerweise ist das Einnässen unbeabsichtigt, in manchen Fällen scheint es jedoch absichtlich zu erfolgen. Die Diagnose kann in beiden Fällen gestellt werden.
- Das Einnässen im Schlaf kann während des REM-Schlafs (rapid eye movement) auftreten, was dazu führt, dass manche Betroffenen berichten, sie hätten vom Urinieren geträumt.
- Enuresis diurna kann bei Kindern auftreten, die das Wasserlassen vermeiden, weil soziale Ängste vor der Benutzung öffentlicher Toiletten vorliegen oder weil sie eine angenehme Tätigkeit nicht unterbrechen wollen (z. B. das Spielen).
- Enuresis kann aufgrund von damit einhergehendem Leidensdruck oder Stigmatisierung zur Entwicklung psychologischer Probleme führen. Enuresis kann ein Aspekt einer anderen psychischen Störung, Verhaltensstörung oder neuromentalen Entwicklungsstörung sein, oder Enuresis und eine andere emotions-/verhaltensbezogene Störung können parallel zueinander auftreten, da ihnen miteinander verbundene ätiologische Faktoren zugrunde liegen. Wenn die Enuresis einen eigenständigen Schwerpunkt der klinischen Aufmerksamkeit darstellt, kann die Diagnose einer Enuresis gemeinsam mit derjenigen einer anderen psychischen Störung, Verhaltensstörung oder neuromentalen Entwicklungsstörung gestellt werden.
- Enuresis tritt häufig bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung auf. Die Diagnose ist nur zu stellen, falls alle diagnostischen Anforderungen für Enuresis erfüllt sind und das Entwicklungsalter der Personen jenem entspricht, für das normalerweise Harnkontinenz erwartet wird (also etwa einem chronologischen Alter von 5 Jahren).
- Enuresis kann bei Personen mit neurokognitiven Störungen auftreten (z. B. Demenz). Die zusätzliche Diagnose „Enuresis“ kann gestellt werden, wenn alle diagnostischen Anforderungen erfüllt sind und die Erkrankung einer eigenständigen klinischen Aufmerksamkeit bedarf.
- Enuresis tritt häufiger bei Kindern auf, bei denen ein Elternteil eine Vorgeschichte von Enuresis hat.

■ Abgrenzung zum Normbereich (Schwellenwert)

- Es ist nicht ungewöhnlich, dass Kinder bis zur mittleren Kindheit gelegentlich einnässen.

■ Verlaufsmerkmale

- Die meisten Kinder erreichen Harnkontrolle bis zur Adoleszenz; bei einer geringen Anzahl tritt Enuresis weiterhin bis ins Erwachsenenalter hinein auf.
- Eine bis in die Adoleszenz andauernde Enuresis geht oft mit einer zunehmenden Häufigkeit der Episoden des Einnässens einher.

■ Entwicklungsbedingte Erscheinungsformen

- Die Enuresis kann von Geburt an vorliegen (d. h. als atypische Verlängerung der normalen kindlichen Inkontinenz) oder nach einer Phase der erworbenen Blasenkontrolle einsetzen.
- Bei Kindern, die trotz zuvor erworbener Blasenkontrolle eine Enuresis entwickeln, liegt das übliche Erkrankungsalter zwischen 5 und 8 Jahren.
- Enuresis diurna tritt seltener bei Kindern auf, die älter als 9 Jahre sind.

■ Kulturbezogene Merkmale

- Bezüglich der Sauberkeitserziehung bestehen kulturelle Unterschiede. In verschiedenen kulturellen Gruppen variieren die Ansichten dazu, in welchem Alter Kontinenz zu erwarten ist und ob Enuresis als pathologisch anzusehen ist. Kulturelle Normen können die Toleranz gegenüber den Verhaltensweisen, die Erwartungen hinsichtlich ihres Verlaufs sowie das damit verbundene Ausmaß an Scham und Stigmatisierung beeinflussen.

■ Geschlechtsbezogene Merkmale

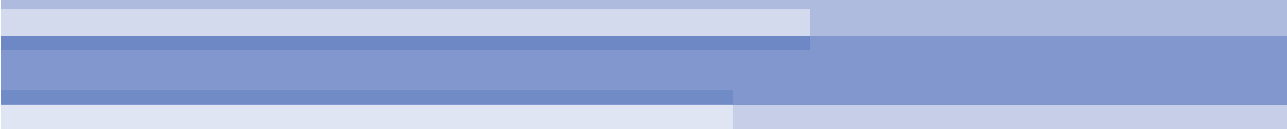
Enuresis nocturna tritt häufiger bei männlichen Personen auf, während Enuresis diurna bei weiblichen Personen häufiger ist.

■ Abgrenzung zu anderen Störungen und Erkrankungen (Differenzialdiagnose)

Abgrenzung zu den Auswirkungen von Substanzen einschließlich Medikamenten: Enuresis kann aufgrund bestimmter Antipsychotika, Diuretika oder anderer Substanzen bzw. Medikamente, die Inkontinenz begünstigen, auftreten. In diesen Fällen sollte die Inkontinenz als Nebenwirkung betrachtet werden, und die Diagnose Enuresis ist üblicherweise nicht gerechtfertigt. Falls die Enuresis bereits vor Verabreichung des Medikaments vorlag, kann die Diagnosestellung angemessen sein.

Abgrenzung zu anderen körperlichen Erkrankungen: Enuresis ist nicht zu diagnostizieren, falls sich die Symptome besser durch eine andere körperliche Erkrankung erklären lassen, die Polyurie oder Harndrang verursacht. Die Diagnose einer Enuresis kann gerechtfertigt sein, falls die Harninkontinenz vorlag, bevor sich die andere körperliche Erkrankung entwickelte, oder fortbesteht, nachdem diese Erkrankung behandelt wurde.

Die psychischen Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentalen Entwicklungsstörungen nach ICD-11 und ICD-10 – eine Gegenüberstellung zur klinischen Verwendung



ICD-11 und ICD-10 – eine Gegenüberstellung zur klinischen Verwendung

(Hinweis: hier nur ein Auszug der Gegenüberstellung)

Diese Tabelle bietet eine speziell für klinisch Tätige entwickelte Zuordnung der Kategorien des ICD-11-Kapitels „Psychische Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentale Entwicklungsstörungen“ zu den ihnen an den ehesten entsprechenden Kategorien der ICD-10. Dies ist beispielsweise nützlich in Bereichen, in denen zwar bereits für klinische Zwecke auf die Verwendung der ICD-11 umgestellt wurde, die Gesundheitsdaten- oder Informationssysteme sich jedoch noch in der Übergangsphase befinden und die Verwendung von ICD-10-Kodes erfordern.

Voraussetzung für die Verwendung dieser Tabelle ist, dass die Diagnosen bereits nach den „Klinischen Beschreibungen und diagnostischen Anforderungen für psychische Störungen, Verhaltensstörungen und neuromentale Entwicklungsstörungen“ der ICD-11 (ICD-11 CDDR) gestellt wurden. Die Tabelle ist nicht anwendbar, um die Kategorien der ICD-10 „Psychische und Verhaltensstörungen“ entsprechenden Kategorien der ICD-11 zuzuordnen, da sie nicht den kompletten Inhalt der ICD-10 „Psychische Störungen und Verhaltensstörungen“ umfasst.

Die Gegenüberstellung ist auch nicht zur Verwendung in Gesundheitsstatistiken oder zur Kodierung in Krankenakten vorgesehen, weil die Auswahl zwischen mehreren möglichen ICD-10-Kategorien in einer erheblichen Anzahl der Fälle von klinischen Informationen abhängt, die in diesen Kontexten nicht verfügbar sind. In der rechten Spalte „Anmerkungen“ finden sich Zusatzinformationen, die klinisch Tätigen bei diesen Unterscheidungen helfen.

In der linken Spalte der folgenden Tabelle stehen die ICD-11-Kategorien in der Reihenfolge, in der sie auch in der Klassifikation erscheinen. Die ICD-10-Kategorie, die dieser ICD-11-Störung am nächsten kommt (d.h. der bevorzugte Kode), wird in der mittleren Spalte als erster Eintrag angegeben. Viele davon sind 4-stellige ICD-10-Kodes (z.B. F80.1), doch können auch 3-stellige Codes (z.B. F20) oder 5-stellige-Kodes (z.B. F10.24) der ICD-11-Kategorie am besten entsprechen. Die 5-stelligen ICD-10-Kodes stammen aus den „ICD-10-Klassifikation psychischer und Verhaltensstörungen: klinische Beschreibungen und klinisch-diagnostische Leitlinien“ (*The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*), die in manchen Fällen detailliertere Kodierungsoptionen beinhalten als die statistische Version der ICD-10.

Die Datensysteme und/oder Vorschriften zur Berichterstattung können es in manchen Gesundheitssystemen und Ländern erfordern – falls verfügbar – 4-stellige ICD-10-Kodes zu verwenden, das heißt, dass 3-stellige Codes nicht akzeptiert werden, wenn eine 4-stellige Subkategorie existiert. In ähnlicher Weise lassen viele Datensysteme höchsten 4 Stellen zu und akzeptieren keine 5-stelligen ICD-10-Kodes. In den Fällen, in denen die ähnlichste ICD-10-Kategorie kein 4-stelliger Kode ist, wird daher zusätzlich eine 4-stellige Kodierungsoption angeboten.

Zusätzliche Vorschriften für die Kodierung oder die Berichterstattung unterscheiden sich in den verschiedenen Settings und Ländern stark. Die hier angebotenen Zuordnungen müssen deshalb

an die Anforderungen der spezifischen klinischen Settings angepasst werden. Diese Gegenüberstellung beabsichtigt nicht, Vorgaben zuwiderzulaufen, die von einem zuständigen Gesundheitssystem oder einer Regierung herausgegeben wurden.

In einigen wenigen spezifischen Fällen (z. B. ICD-11 Körperdysmorphie Störung) entsprechen die Kodierungsinformationen der „ICD-10-Klassifikation psychischer und Verhaltensstörungen: klinische Beschreibungen und klinisch-diagnostische Leitlinien“ nicht dem aktuellen Kenntnisstand. Die Zuordnungen in der Tabelle entsprechen in diesen Fällen den ICD-11-Konzeptualisierungen; die Abweichungen sind in der Spalte „Anmerkungen“ beschrieben.

ICD-11	ICD-10	Anmerkungen
Neuromentale Entwicklungsstörungen		
<i>6A00 Störungen der Intelligenzentwicklung</i>		
6A00.0 Leichtgradige Störung der Intelligenzentwicklung	F70 Leichte Intelligenzminderung	
	4-stelliger Kode: F70.9 Leichte Intelligenzminderung, ohne Angabe einer Verhaltensstörung	
6A00.1 Mittelgradige Störung der Intelligenzentwicklung	F71 Mittelgradige Intelligenzminderung	
	4-stelliger Kode: F71.9 Mittelgradige Intelligenzminderung, ohne Angabe einer Verhaltensstörung	
6A00.2 Schwergradige Störung der Intelligenzentwicklung	F72 Schwere Intelligenzminderung	
	4-stelliger Kode: F72.9 Schwere Intelligenzminderung, ohne Angabe einer Verhaltensstörung	
6A00.3 Tiefgreifende Störung der Intelligenzentwicklung	F73 Schwerste Intelligenzminderung	
	4-stelliger Kode: F73.9 Schwerste Intelligenzminderung: ohne Angabe einer Verhaltensstörung	
6A00.4 Vorläufige Störung der Intelligenzentwicklung	F78 Andere Intelligenzminderung	
	4-stelliger Kode: F78.9 Andere Intelligenzminderung, ohne Angabe einer Verhaltensstörung	

ICD-11	ICD-10	Anmerkungen
Neuromentale Entwicklungsstörungen		
<i>6A00 Störungen der Intelligenzentwicklung</i>		
6A00.Z Störungen der Intelligenzentwicklung, nicht näher bezeichnet	F79 Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung 4-stelliger Kode: F79.9 Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung, ohne Angabe einer Verhaltensstörung	
<i>6A01 Störungen der Sprech- oder Sprachentwicklung</i>	<i>F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache</i>	
6A01.0 Entwicklungsstörung der Lautbildung	F80.0 Artikulationsstörung	
6A01.1 Entwicklungsstörung des Sprechflusses	F98.5 Stottern [Stammeln] <i>und/oder</i> F98.6 Poltern	Die passende Kategorie entsprechend dem klinischen Erscheinungsbild wählen. In der ICD-11 gibt es keine diagnostische Unterscheidung zwischen den Arten der Störung des Sprechflusses, die in der ICD-10 als Stottern und Poltern beschrieben werden.
6A01.2 Entwicklungsstörung der Sprache	Siehe unten	Für klinische Zwecke ist die Art der Sprachstörung zu spezifizieren (z.B. rezeptiv, expressiv, sonstige). Liegen keine Informationen über die Art der Sprachstörung vor, kann F80.9 „Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache, nicht näher bezeichnet“ verwendet werden.
6A01.20 Entwicklungsstörung der Sprache mit Beeinträchtigung der rezeptiven und expressiven Sprache	F80.1 Expressive Sprachstörung <i>und</i> F80.2 Rezeptive Sprachstörung	
6A01.21 Entwicklungsstörung der Sprache mit Beeinträchtigung vorwiegend der expressiven Sprache	F80.1 Expressive Sprachstörung	

ICD-11	ICD-10	Anmerkungen
Neuromentale Entwicklungsstörungen		
<i>6A01 Störungen der Sprech- oder Sprachentwicklung</i>	<i>F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache</i>	
6A01.22 Entwicklungsstörung der Sprache mit Beeinträchtigung vorwiegend der pragmatischen Sprache	F80.8 Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache	
6A01.23 Entwicklungsstörung der Sprache mit einer sonstigen näher bestimmten Sprachstörung	F80.8 Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache	
6A01.Y Sonstige näher bezeichnete Störungen der Sprech- oder Sprachentwicklung	F80.8 Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache	
6A01.Z Störungen der Sprech- oder Sprachentwicklung, nicht näher bezeichnet	F80.9 Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache, nicht näher bezeichnet	
6A02 Autismus-Spektrum-Störung	<i>F84.0 Frühkindlicher Autismus</i> oder <i>F84.1 Atypischer Autismus</i> oder <i>F84.5 Asperger-Syndrom</i>	<i>F84.1 ist zu verwenden, falls unklar ist, ob der Beginn vor dem Alter von 3 Jahren lag (wobei zu berücksichtigen ist, dass betroffene Personen möglicherweise erst deutlich später klinisch auffällig werden oder professionelle Hilfe in Anspruch nehmen). Unabhängig vom Beginn ist F84.5 zu verwenden, falls keine allgemeine Beeinträchtigung der intellektuellen Funktionsfähigkeit oder der funktionellen Sprache vorliegt.</i>
6A02.0 Autismus-Spektrum-Störung ohne Störung der Intelligenzentwicklung, mit leichtgradiger oder keiner Beeinträchtigung der funktionellen Sprache	F84.5 Asperger-Syndrom	
6A02.1 Autismus-Spektrum-Störung mit Störung der Intelligenzentwicklung, mit leichtgradiger oder keiner Beeinträchtigung der funktionellen Sprache	F84.0 Frühkindlicher Autismus oder F84.1 Atypischer Autismus	F84.1 ist zu verwenden, falls unklar ist, ob der Beginn vor dem Alter von 3 Jahren lag (wobei zu berücksichtigen ist, dass Betroffene möglicherweise erst deutlich später klinisch auffällig werden oder professionelle Hilfe in Anspruch nehmen).

ICD-11	ICD-10	Anmerkungen
Neuromentale Entwicklungsstörungen		
6A02 Autismus-Spektrum-Störung	F84.0 Frühkindlicher Autismus oder F84.1 Atypischer Autismus oder F84.5 Asperger-Syndrom	F84.1 ist zu verwenden, falls unklar ist, ob der Beginn vor dem Alter von 3 Jahren lag (wobei zu berücksichtigen ist, dass betroffene Personen möglicherweise erst deutlich später klinisch auffällig werden oder professionelle Hilfe in Anspruch nehmen). Unabhängig vom Beginn ist F84.5 zu verwenden, falls keine allgemeine Beeinträchtigung der intellektuellen Funktionsfähigkeit oder der funktionellen Sprache vorliegt.
6A02.2 Autismus-Spektrum-Störung ohne Störung der Intelligenzentwicklung, mit Beeinträchtigung der funktionellen Sprache	F84.0 Frühkindlicher Autismus oder F84.1 Atypischer Autismus	F84.1 ist zu verwenden, falls unklar ist, ob der Beginn vor dem Alter von 3 Jahren lag (wobei zu berücksichtigen ist, dass Betroffene möglicherweise erst deutlich später klinisch auffällig werden oder professionelle Hilfe in Anspruch nehmen).
6A02.3 Autismus-Spektrum-Störung mit Störung der Intelligenzentwicklung, mit Beeinträchtigung der funktionellen Sprache	F84.0 Frühkindlicher Autismus oder F84.1 Atypischer Autismus	F84.1 ist zu verwenden, falls unklar ist, ob der Beginn vor dem Alter von 3 Jahren lag (wobei zu berücksichtigen ist, dass Betroffene möglicherweise erst deutlich später klinisch auffällig werden oder professionelle Hilfe in Anspruch nehmen).
6A02.5 Autismus-Spektrum-Störung mit Störung der Intelligenzentwicklung, Fehlen der funktionellen Sprache	F84.0 Frühkindlicher Autismus oder F84.1 Atypischer Autismus	F84.1 ist zu verwenden, falls unklar ist, ob der Beginn vor dem Alter von 3 Jahren lag (wobei zu berücksichtigen ist, dass Betroffene möglicherweise erst deutlich später klinisch auffällig werden oder professionelle Hilfe in Anspruch nehmen).

ICD-11	ICD-10	Anmerkungen
Neuromentale Entwicklungsstörungen		
6A02 Autismus-Spektrum-Störung	F84.0 Frühkindlicher Autismus oder F84.1 Atypischer Autismus oder F84.5 Asperger-Syndrom	F84.1 ist zu verwenden, falls unklar ist, ob der Beginn vor dem Alter von 3 Jahren lag (wobei zu berücksichtigen ist, dass betroffene Personen möglicherweise erst deutlich später klinisch auffällig werden oder professionelle Hilfe in Anspruch nehmen). Unabhängig vom Beginn ist F84.5 zu verwenden, falls keine allgemeine Beeinträchtigung der intellektuellen Funktionsfähigkeit oder der funktionellen Sprache vorliegt.
6A02.Y Sonstige näher bezeichnete Autismus-Spektrum-Störung	F84.0 Frühkindlicher Autismus oder F84.1 Atypischer Autismus oder F84.5 Asperger-Syndrom	F84.1 ist zu verwenden, falls unklar ist, ob der Beginn vor dem Alter von 3 Jahren lag (wobei zu berücksichtigen ist, dass Betroffene möglicherweise erst deutlich später klinisch auffällig werden oder professionelle Hilfe in Anspruch nehmen). Unabhängig vom Beginn ist F84.5 zu verwenden, falls keine allgemeine Beeinträchtigung der intellektuellen Funktionsfähigkeit oder der funktionellen Sprache vorliegt.
6A02.Z Autismus-Spektrum-Störung, nicht näher bezeichnet	F84.9 Tiefgreifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet	