



Klassifikation von Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen in der ICD-11

Manfred Döpfner^{1,2} und Tobias Banaschewski³

- ¹ Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Köln
- ² Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (AKiP), Köln
- ³ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg, Heidelberg

Zusammenfassung: Der Beitrag gibt eine kurze Übersicht über die Veränderungen in der Klassifikation von Hyperkinetischen Störungen und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen nach ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Sowohl in der Bezeichnung als auch in der Binnendifferenzierung lehnt sich ICD-11 erfreulicherweise an das DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) an. Auch die Aufgabe der ICD-10-Kombinationsdiagnose der Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens zugunsten von Mehrfachdiagnosen ist zu begrüßen. Der Verzicht auf eine exakte Operationalisierung der Kriterien hilft einerseits bei der Einordnung von Grenzfällen in der klinischen Praxis, macht es aber auch notwendig, für die Klärung der einzelnen Symptome auf das DSM-5 zurückzugreifen.

Schlüsselwörter: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Klassifikation, ICD-11, Hyperkinetische Störung, Subtypen

Classification of Attention Deficit-/Hyperactivity Disorder in ICD-11

Abstract: The article gives a brief overview of the modifications to the classification of hyperkinetic disorders/attention deficit/hyperactivity disorders according to ICD-11. Fortunately, these modifications are based on DSM-5, both in terms of their designation and the internal differentiation of the diagnosis. That the ICD-10 relinquishes the combination diagnosis of hyperkinetic conduct disorder in favor of multiple diagnoses is also to be welcomed. On the one hand, the renunciation of an exact operationalization of the symptom criteria may help with the classification of borderline cases in clinical practice; on the other hand, it also makes it necessary to resort to the DSM-5 for the clarification of the individual symptoms of the disorder.

Keywords: Attention deficit/hyperactivity disorder, classification, ICD-11, hyperkinetic disorder, subtypes

Zum 1. Januar 2022 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Beginn des weltweiten Umstiegs von der ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) auf die ICD-11 in Aussicht gestellt (Gaebel, 2021). Hinsichtlich der Klassifikation von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) bzw. Hyperkinetischen Störungen geht die ICD-11 neue Wege und orientiert sich weitgehend am DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), was schon an der Veränderung der Störungsbezeichnung deutlich wird. Die ICD-11 übernimmt nun auch die Bezeich-

nung der *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung* (ADHS) und stellt damit die Bedeutung der Unaufmerksamkeit als einer weiteren Komponente der Störung neben der Hyperaktivität und Impulsivität heraus. Die übergeordnete ICD-10-Kategorie der *Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend* wird in der ICD-11 völlig aufgegeben und stattdessen wird die ADHS – ähnlich wie im DSM-5 – den „neurodevelopmental disorders“ zugeordnet. Damit betont auch die ICD-11 die enge Verknüpfung von neuraler Reifung und der ADHS-Symptomatik. Auch bei der Bezeichnung des Störungsbildes und der Subklassifikation

bricht die ICD-11 mit der ICD-10. Während die ICD-10 zwischen einer *Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit (F90.0)* und der *Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1)* unterscheidet, bei der zusätzlich die Diagnosekriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt sind, verzichtet die ICD-11 auch bei ADHS – wie bei allen anderen psychischen Störungen – auf eine Kombinationsdiagnose und fordert zwei getrennte Diagnosen, wenn die Kriterien für beide Störungen erfüllt sind. Die ICD-11 übernimmt auch die Binnendifferenzierung vom DSM-5 weitgehend und unterscheidet nun zwischen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung mit *vorwiegend unaufmerksamem Erscheinungsbild*, mit *vorwiegend hyperaktiv-impulsivem Erscheinungsbild* und mit *gemischtem Erscheinungsbild* (siehe Tabelle 1).

Ansonsten sind die Symptomkriterien der ICD-11 – vergleichbar zu den klinischen Kriterien der ICD-10 – bewusst weniger präzise formuliert als die DSM-5-Kriterien und die ICD-10-Forschungskriterien, die es in dieser Form bei der ICD-11 gar nicht mehr gibt. Die ICD-11 hält auch den Störungsbeginn vage – mit Beginn in der Entwicklungsphase, typischerweise in der frühen bis mittleren Kindheit – und liegt damit nahe am DSM-5, das einen Beginn vor dem Alter von 12 Jahren fordert. Die weiteren Kriterien – Symptombdauer von mindestens 6 Monaten und in einem dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenem Ausmaß, Beeinträchtigungen durch diese Symptome in zwei oder mehr Lebensbereichen und deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen – stimmen mit ICD-10 und DSM-5 überein.

Kritische Bewertung

Grundsätzlich sind die Modifikationen in der ICD-11 und die weitgehende Anpassung an das DSM-5 zu begrüßen. Die neue Einordnung von ADHS in die Kategorie der „neurodevelopmental disorders“ macht den empirisch gut

belegten Bezug zur neuronalen Entwicklung deutlich (Banaschewski et al., 2017), wenngleich eine deutsche Übersetzung als *neuronale Entwicklungsstörung* oder *Störung der neuronalen Entwicklung* eine starke Nähe zu neurologischen Störungen suggeriert und die Lösung in der deutschen Übersetzung des DSM-5 (Falkai et al., 2015), die Kategorie als *Störung der neuronalen und mentalen Entwicklung* zu bezeichnen, möglicherweise hilfreich ist, da hier die gesamten Entwicklungsstörungen einschließlich der Intelligenzminderungen und der Autismus-Spektrum-Störungen subsumiert sind. Die Aufgabe der Hauptkategorie der *psychischen Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend* erleichtert auch den Zugang zu dieser Diagnose für Erwachsene, was vor dem Hintergrund der empirischen Befunde zur Häufigkeit der Störung im Erwachsenenalter (Simon, Czobor, Balint, Meszaros & Bitter, 2009) und zum Verlauf der Störung von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter sehr hilfreich ist, die auch für den deutschen Sprachraum belegt sind (z. B. Döpfner et al., 2015). Die generelle Verabschiedung von Kombinationsdiagnosen – hier der *hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens* und die damit einhergehende Option für Mehrfachdiagnosen – erleichtert die klinische Diagnostik. Die Übernahme der Subklassifikation nach DSM-5 in das *vorwiegend unaufmerksame*, das *vorwiegend hyperaktiv-impulsive* und das *gemischte Erscheinungsbild* trägt den vielfältigen empirischen Befunden zu den Binnendifferenzierungen dieser Störung Rechnung, die auch für den deutschen Sprachraum vorliegen (z. B. Döpfner et al., 2008).

Wie die klinischen Kriterien nach ICD-10 sind auch die ICD-11-Kriterien bewusst nicht operationalisiert, weder was die einzelnen Symptome betrifft noch das Alterskriterium für den Beginn der Störung. Dies kann einerseits für die klinische Anwendung hilfreich sein, weil damit eine Pseudogenauigkeit vermieden wird, die in der klinischen Versorgung auch störend sein kann. Dennoch kann eine Operationalisierung der einzelnen Symptome auch für die klinische Diagnostik sehr hilfreich sein, weil sie die Beurteilerübereinstimmung verbessert (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017). Da offensichtlich für die ICD-11 keine Forschungskriterien entwickelt werden, wird das Feld der

Tabelle 1. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) nach ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; Übersetzung durch die Autoren)

6A05	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
6A05.0	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung mit vorwiegend unaufmerksamem Erscheinungsbild
6A05.1	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung mit vorwiegend hyperaktiv-impulsivem Erscheinungsbild
6A05.2	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung mit gemischtem Erscheinungsbild
6A05.Y	Anderweitig bezeichnete Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
6A05.Z	Nicht näher bezeichnete Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Forschung völlig an das DSM-5 abgegeben, das allerdings auch bislang die Forschungsaktivitäten dominiert hat.

Insgesamt sind die Veränderungen der ADHS-Diagnosekriterien in der ICD-11 und die Anpassung an das DSM-5 zu begrüßen, weil die ICD-11 damit Forschungsentwicklungen und auch die bereits in der klinischen Versorgung übliche Praxis der Binnendifferenzierung von ADHS nachholt. Der Verzicht auf eine exakte Operationalisierung der Kriterien hilft einerseits bei der Einordnung von Grenzfällen, macht es aber auch notwendig, für die Klärung der einzelnen Symptome auf das DSM-5 zurückzugreifen.

Literatur

- Banaschewski, T., Becker, K., Döpfner, M., Holtmann, M., Rösler, M. & Romanos, M. (2017). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivierungsstörung. *Deutsches Ärzteblatt*, 114, 149–159.
- Döpfner, M., Breuer, D., Wille, N., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & The BELLA Study Group. (2008). How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit-/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent based prevalence rates in a national sample – results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(suppl 1), 59–70.
- Döpfner, M. & Görtz-Dorten, A. (2017). *Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-III)*. Bern: Hogrefe.
- Döpfner, M., Hautmann, C., Görtz-Dorten, A., Klasen, F., Ravens-Sieberer, U. & The BELLA Study Group. (2015). Long-term course of ADHD symptoms from childhood to early adulthood in a community sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 665–673.
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W. et al. (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-5®*. Göttingen: Hogrefe.
- Gaebel, W. (2021). Auf dem Weg zur ICD-11. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 49, 413–415.
- Simon, V., Czobor, P., Balint, S., Meszaros, A. & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 20, 204–211.

Historie

Manuskript eingereicht: 26.01.2020

Manuskript akzeptiert: 30.11.2021

Onlineveröffentlichung: 01.01.2022

Interessenkonflikte

M. Döpfner hat innerhalb der letzten drei Jahre Honorare und Forschungsunterstützungen von Lilly, Medice, Takeda und eyelevel GmbH sowie Honorare als Leiter, Supervisor und Dozent des Ausbildungsinstituts für Kinder-Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKIP) und als Gutachter für Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erhalten. Er erhält auch Autorenhonorare für die Publikation von Fachbüchern, Therapieprogrammen und diagnostischen Verfahren durch die Verlage Beltz, Elsevier, Enke, Guilford, Hogrefe, Kohlhammer, Schattauer, Springer, Wiley. T. Banaschewski war innerhalb der letzten drei Jahre als Berater für die Firmen ADHS digital, Lundbeck, Medice, Neurim Pharmaceuticals, Oberberg-GmbH, Roche und Takeda und tätig und hat Vortragshonorare von den Firmen Medice und Takeda erhalten. Die vorliegende Publikation steht damit nicht im Zusammenhang.

Förderung

Open-Access-Veröffentlichung ermöglicht durch die Universität zu Köln.

Univ.-Prof. a. D. Dr. Manfred Döpfner, Dipl.-Psych.

Medizinische Fakultät der Universität zu Köln
Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKIP)
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Uniklinik Köln
Pohligstr. 9
50969 Köln
Deutschland

manfred.doepfner@uk-koeln.de