

ICD 11 und Bipolare Störungen

Zürich, 6.5.2022, virtuell

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Michael Bauer
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Technische Universität Dresden



Überblick

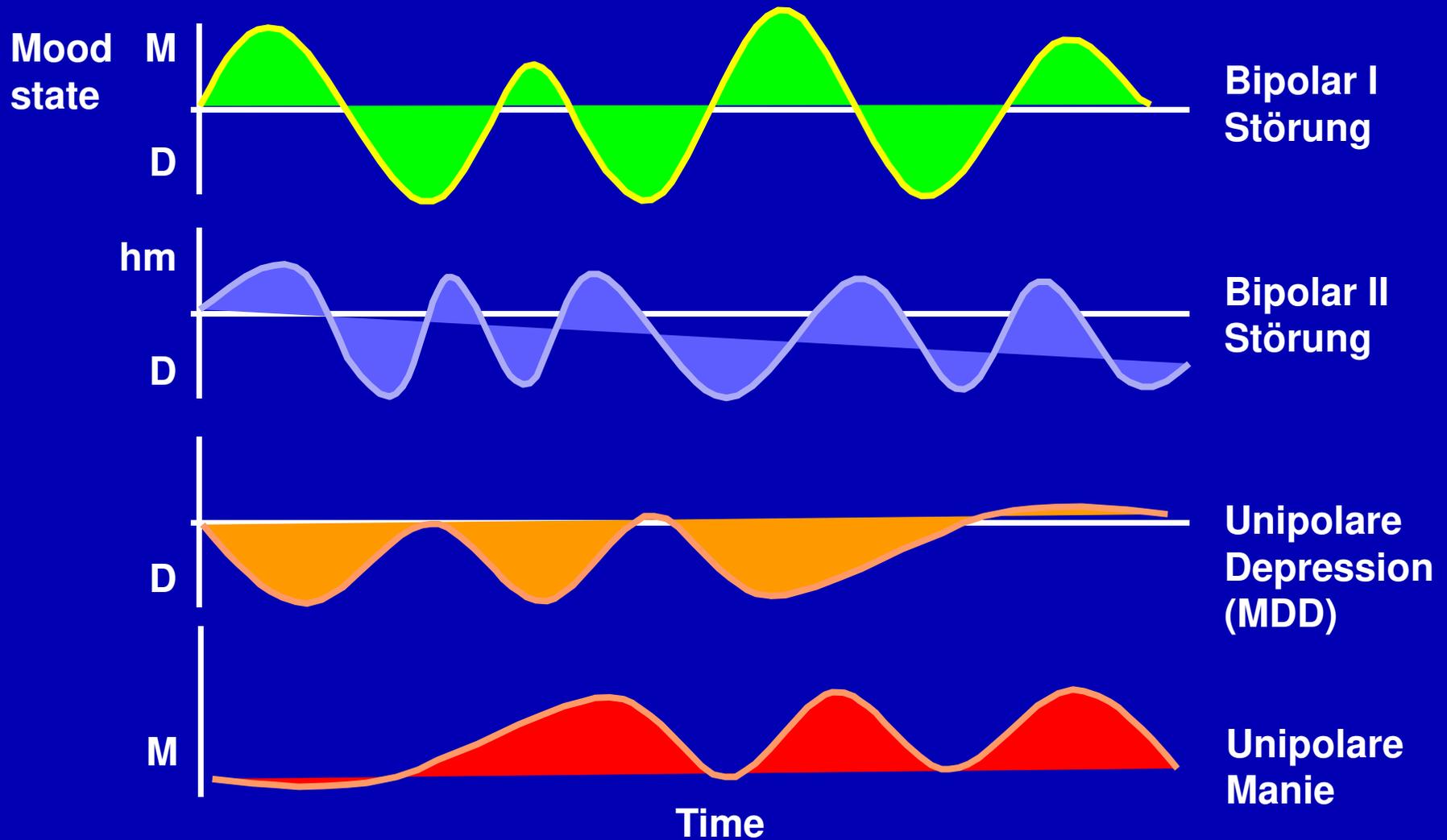
- Einführung - Krankheitslast
- Historische Entwicklung diagnostischer Konzepte bipolarer Störungen
- Klassifikationssysteme
 - Vergleich ICD-10 mit ICD-11
 - DSM-5
- Deutsche S3 Leitlinien Bipolare Störungen: Update

Einführung - Krankheitslast

Psychopathologie der bipolaren Erkrankung

- Psychische Störung, geprägt durch eine krankhafte Polarität von Affektivität und Antrieb
- folgende Funktionsbereiche können betroffen sein:
 - Affektivität
 - Antrieb
 - Willen
 - Empfinden und Fühlen
 - Wahrnehmung
 - Denken und andere kognitive Funktionen
 - Erinnerung
 - Ausdruck und Kommunikation
 - Vegetativum
 - Schlaf
 - andere biologische Rhythmen und assoziierte Funktionen

Wesentliche Verlaufsformen Affektiver Störungen



D, Depression; hm, Hypomanie; M, Manie; MDD, major depressive disorder

Krankheitslast bipolarer Störungen

- Episodisch, hohes lebenslanges Rezidivrisiko
- Hohes Suizidrisiko, ca 20fach erhöht vgl. Bevölkerung
- Depression = dominierender Pol
- Hohe Comorbidität mit kardiovaskulären Erkrankungen (metabolisches Syndrom), Angst-und Suchterkrankungen
- Auch im Intervall: neuropsychologische Defizite
- Frühberentungen häufig
- Prognose insgesamt ungünstiger als angenommen
- verkürzte Lebenserwartung (10 Jahre)

Bipolare Störung: Lebenserwartung verkürzt

Diagnosis	Male		Female	
	Life expectancy (95% CI, no. of deaths)	Difference from male UK population*	Life expectancy (95% CI, no. of deaths)	Difference from female UK population*
Any serious mental illness [†]	64.5 (63.3–65.6, n=243)	-12.9	69.9 (68.7–71.0, n=203)	-11.8
Schizophrenia (F20) [†]	62.8 (61.6–64.1, n=196)	-14.6	71.9 (71.0–72.8, n=126)	-9.8
Schizoaffective disorder (F25) [†]	69.4 (68.3–70.5, n=16)	-8.0	64.1 (60.9–67.2, n=28)	-17.5
Bipolar affective disorder (F31)[†]	67.3 (66.1–68.5, n=43)	-10.1	70.4 (69.5–71.4, n=65)	-11.2
Substance use disorders (F10– F19) [†]	63.9 (62.7–65.0, n=254)	-13.6	66.9 (65.5–68.3, n=94)	-14.8
Depressive episode and recurrent depressive disorder (F32–F33) [†]	66.8 (65.6–67.9, n=284)	-10.6	74.4 (73.5–75.3, n=336)	-7.2

* Life expectancy at birth 2006–08 in UK: Male=77.4 years; Female=81.6 years.

† Significant difference between genders.

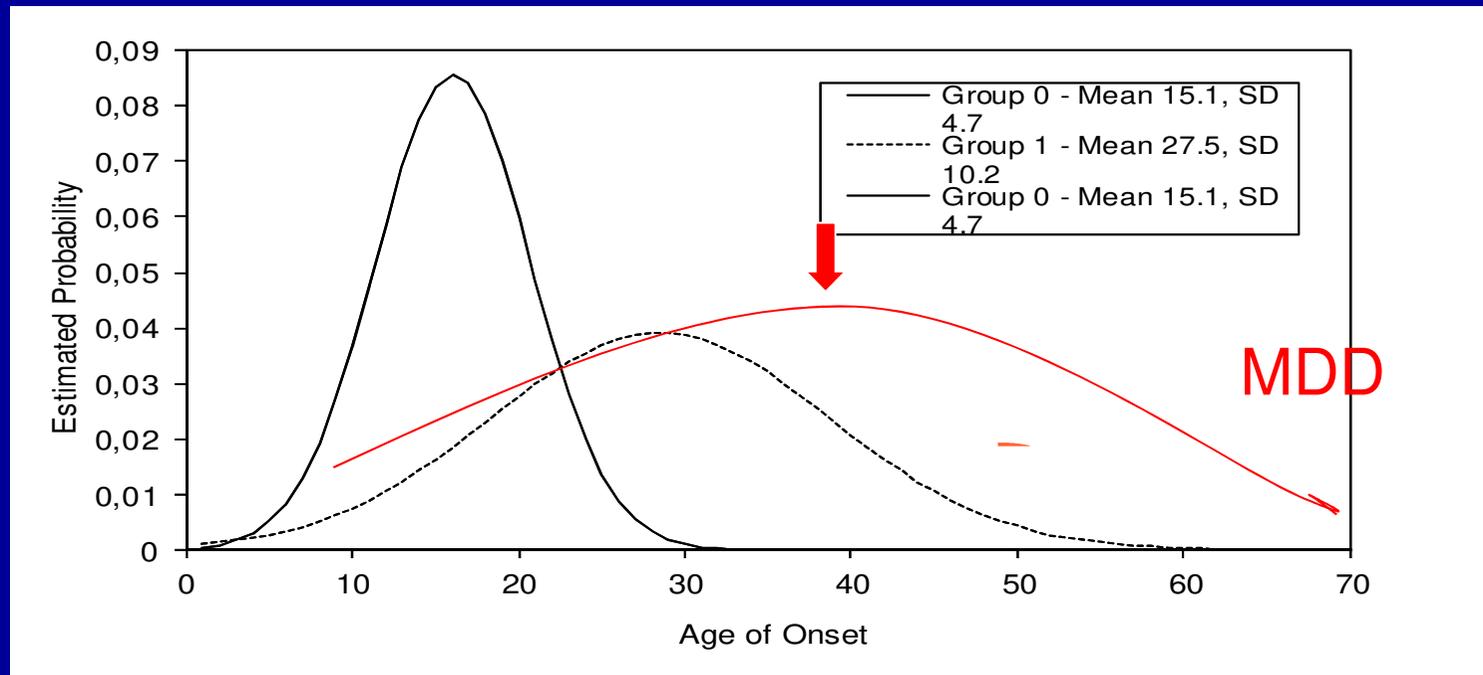
CI, confidence interval.

Chang CK, et al. *PLoS ONE* 2011;6(5):e19590.

Erkrankungsbeginn

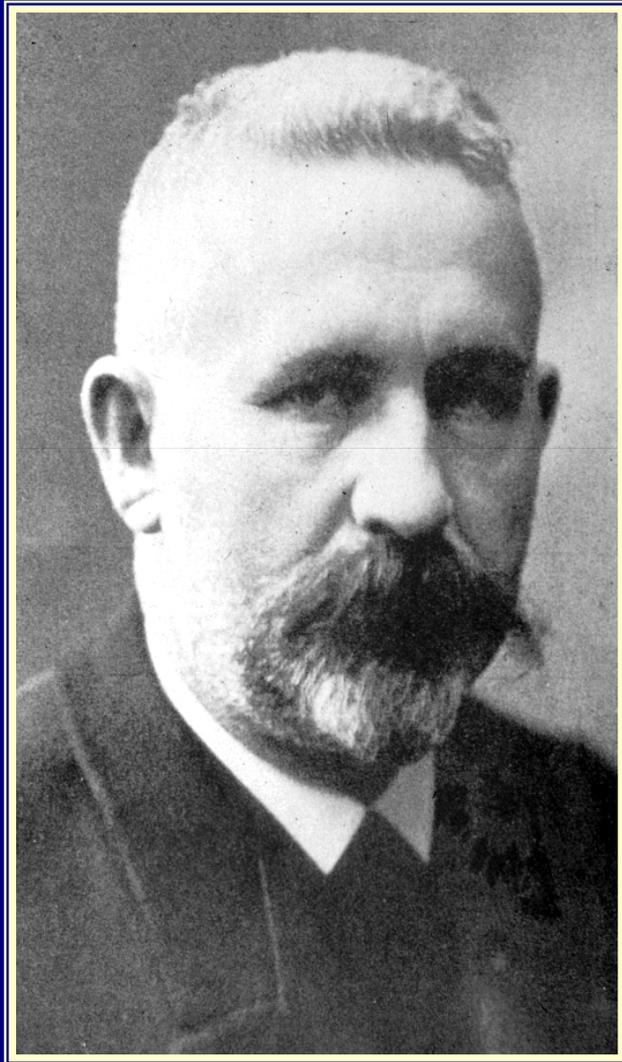
- **Früher Beginn in Adoleszenz & jungem Erwachsenenalter**
- **Risikokonstellationen & Prodrom beachten**
- **Nach dem 40. Lebensjahr sehr selten**
- **> 50 LJ: Organische Ursachen abklären**

Alter bei Erkrankungsbeginn



Überblick

- Einführung - Krankheitslast
- Historische Entwicklung diagnostischer Konzepte bipolarer Störungen
- Klassifikationssysteme
 - Vergleich ICD-10 mit ICD-11
 - DSM-5
- Deutsche S3 Leitlinien Bipolare Störungen: Update

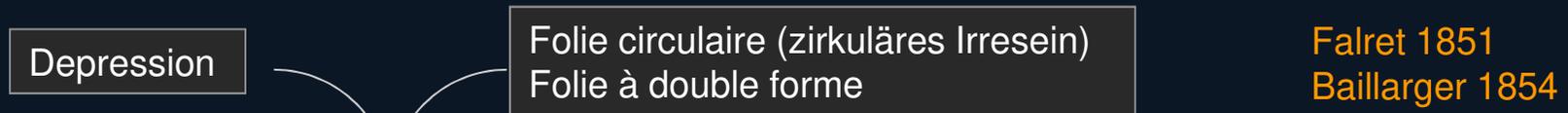


Emil Kraepelin
1856-1926

Manisch-depressives
Irresein 1899

Heute:
Bipolare Störungen

History of the classification of major affective disorders: the proportional diagnostic spectrum



EVOLUTION OF THE BIPOLAR–UNIPOLAR CONCEPT

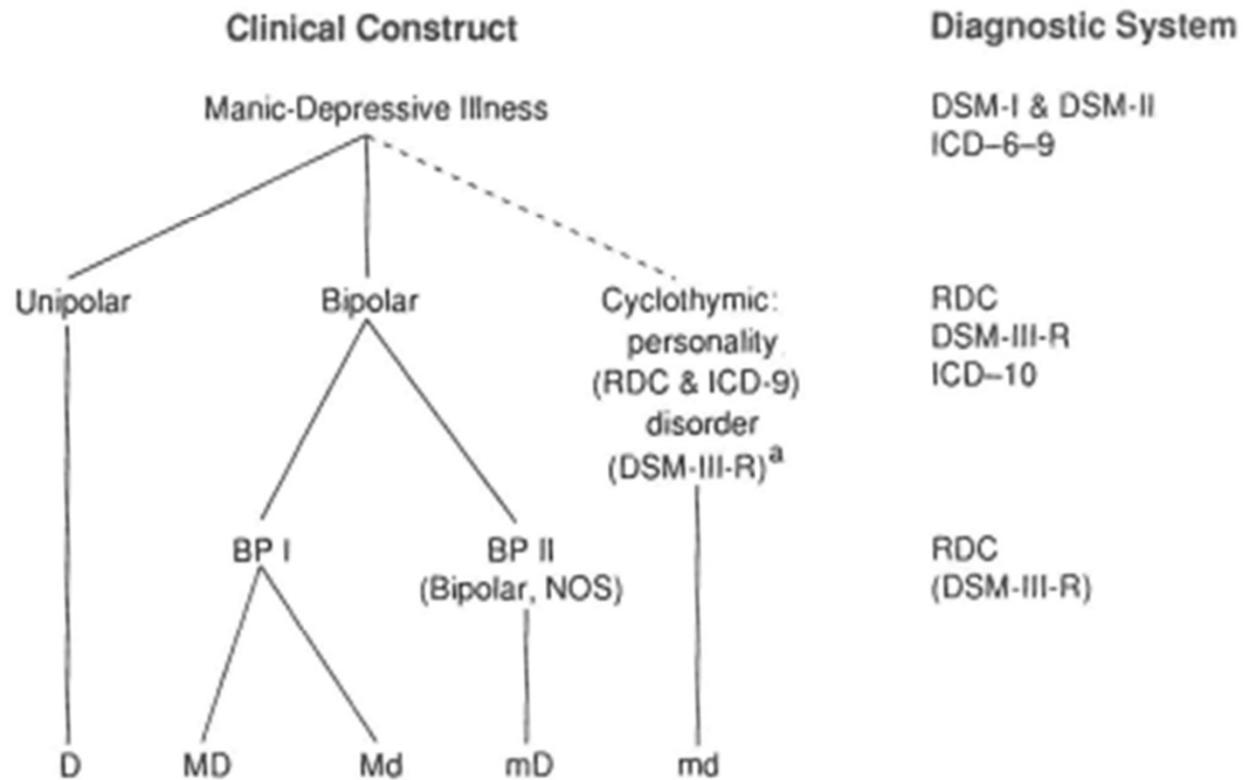


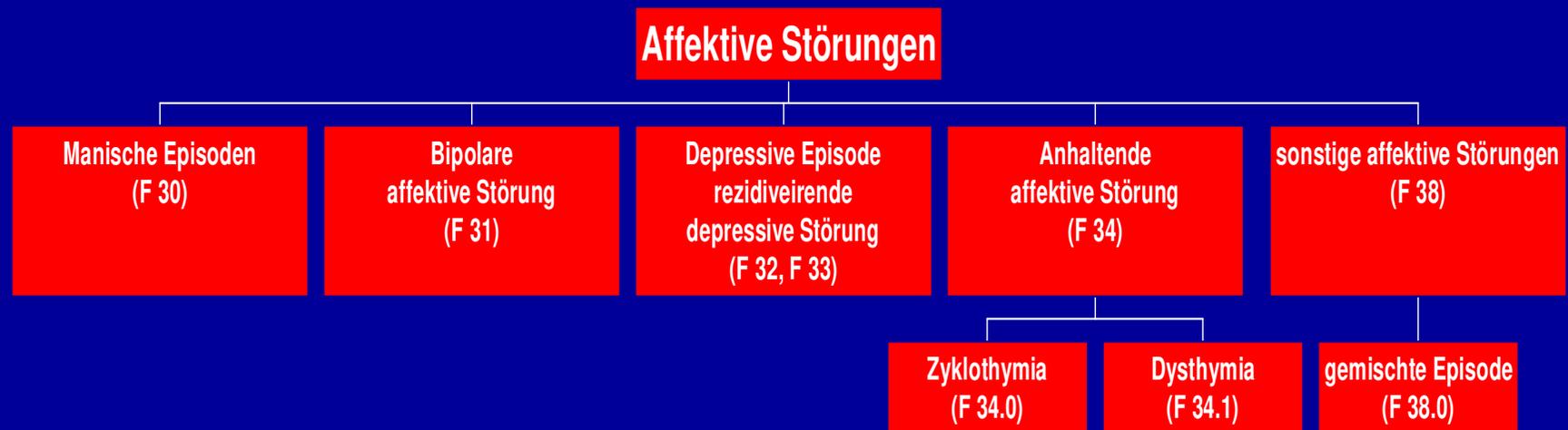
Figure 3-1. The evolution of the bipolar–unipolar distinction.

^aBefore DSM-III, cyclothymia was classified as a personality disorder. In DSM-III-R, cyclothymia is classified as an affective disorder, assumed to be related to the bipolar disorders.

Überblick

- Einführung - Krankheitslast
- Historische Entwicklung diagnostischer Konzepte bipolarer Störungen
- **Klassifikationssysteme**
 - Vergleich ICD-10 mit ICD-11
 - DSM-5
- Deutsche S3 Leitlinien Bipolare Störungen: Update

Spektrum affektiver Störungen in ICD-10



Spektrum affektiver Störungen nach ICD-10

F 30 (Hypo-)manische Episode (Einzelepisode!)

F 31 bipolare affektive Störung

F 32 depressive Episode

F 33 rezidivierende depressive Störung

F 34 anhaltende affektive Störungen

- F34.0 Zylothymia
- F34.1 Dysthymia

F 38 sonstige affektive Störungen

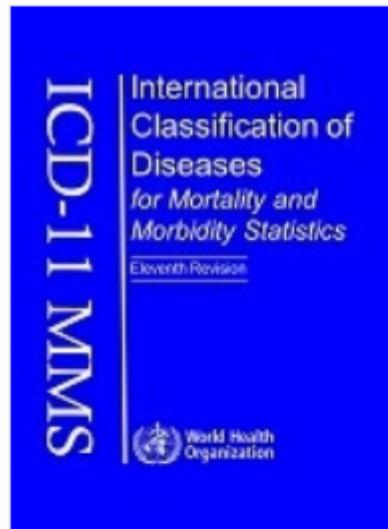
- F38.0 gemischte Episode

F 39 nicht näher bezeichnete affektive Störung

Bipolare affektive Störungen in ICD-10 (F 31)

- Störung, die durch wenigstens zwei Episoden charakterisiert ist, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind
- Störung besteht in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb/Aktivität (Hypo-Manie) im Wechsel mit Stimmungssenkung und vermindertem Antrieb/Aktivität (Depression)
- Wiederholte (mind. 2) hypomanische oder manische Episoden ebenfalls als bipolar zu klassifizieren (F31)
- Keine Separierung in Bipolar-I-Störung und Bipolar – II Störung
- aber Möglichkeit, unter „sonstige bipolare affektive Störungen“ eine Bipolar – II Störung zu codieren (F31.8)
- Bipolar – II im Anhang der ICD-10 Forschungskriterien

ICD-11 - 11. Revision der ICD der WHO



Die ICD dient weltweit zur Verschlüsselung von Diagnosen. Die derzeit gültige Revision ist die ICD-10. An der Pflege und Weiterentwicklung dieser und anderer Klassifikationen der WHO beteiligt sich als WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen auch das DIMDI. Parallel zur Weiterentwicklung der ICD-10 der WHO wurde seit 2007 an einer grundlegenden 11. Revision gearbeitet.

Die ICD-11 ist das Ergebnis langjähriger internationaler Entwicklungsarbeit von 96 Mitgliedsstaaten, an der auch das DIMDI intensiv beteiligt war.



Die ICD-11 wurde im Mai 2019 von der WHA72 verabschiedet. Ein Portal ermöglicht leichten Zugang zur ICD-11 und ihren Werkzeugen.

[🔗 ICD-11-Portal der WHO](#)

[🔗 ICD-11 MMS 2018 version Browser](#)

[🔗 ICD-11 Coding Tool](#)

Die ICD-11 soll am 1. Januar 2022 in Kraft treten; erst nach einer flexiblen Übergangszeit von 5 Jahren sollen Todesursachen ausschließlich mit der ICD-11 kodiert werden.

Über den konkreten Zeitpunkt einer Einführung der ICD-11 in Deutschland sind noch keine Aussagen möglich.

ICD-11 in Deutsch - Entwurfssfassung

Die ICD-11 ist seit ihrem Inkrafttreten am 01.01.2022 grundsätzlich einsetzbar. Die hier gezeigte Version ist eine erste Version einer deutschen Übersetzung, die auch unter Verwendung automatisierter Übersetzungsverfahren erstellt wurde. Diese Version befindet sich in einem bereits begonnenen kontinuierlichen Qualitätssicherungsprozess.

Bitte beachten Sie, dass die folgenden Inhalte von Seiten der WHO automatisiert eingebunden werden. Die Benutzung ist nicht barrierefrei.

ICD-11 für Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken (MMS)

ICD-11 Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken (MMS) (Version: 2022-02)



Tippen Sie, um die Suche zu starten

- Internationale Klassifikation der Krankheiten 11.
Revision - ICD-11 für Mortalitäts- und
Morbiditätsstatistiken
 - 01 Bestimmte infektiöse oder parasitäre Krankheiten
 - 02 Neubildungen
 - 03 Krankheiten des Bluts oder der blutbildenden
Organe

6A61 Bipolare Störung Typ II

Foundation URI: <http://id.who.int/icd/entity/199053300>

Code: 6A61

Beschreibung

Bipolar oder verwandte Störungen in ICD-11

- **Eigene Kategorie bei den affektiven Störungen**
- **6A60 Bipolare Störung Typ I**
- **6A61 Bipolare Störung Typ II**
- **6A62 Zylothyme Störung**
- **6A6Y Sonstige näher bezeichnete bipolare oder verwandte Störungen**
- **6A6Z Bipolare oder verwandte Störungen, nicht näher bezeichnet**

Bipolare Störungen in ICD-11

„Bipolar or related disorders“

(6A60 = Typ I, 6A61 = Typ II)

- Episodisch auftretende affektive Störung, die durch das Auftreten einer oder mehrerer manischer oder gemischter Episoden definiert wird (aber nicht einer einzigen hypomanen Episode!)
- Obwohl die Diagnose bereits bei einer einzigen (ersten) manischen oder gemischten Episode gestellt werden kann, **wechseln** sich im Verlauf der Störung typischerweise manische oder gemischte Episoden mit depressiven Episoden ab
- Zur Diagnosestellung keine stattgehabte depressive Episode notwendig (analog zu DSM-5)
- Neu (analog zu DSM-5): Separierung in Bipolar-I-Störung und Bipolar – II Störung

ICD-11: Manische Episode

- ..extremer Stimmungszustand, der **mindestens eine Woche dauert, sofern er nicht durch eine therapeutische Intervention verkürzt wird**, und durch Euphorie, Reizbarkeit oder expansives Verhalten gekennzeichnet ist, **sowie durch erhöhte Aktivität** oder subjektive Erfahrung erhöhter Energie, begleitet von anderen charakteristischen Symptomen wie einer schnellen oder unter Druck stehenden Sprache, Ideenflucht, gesteigertem Selbstwertgefühl oder Größenerleben, vermindertem Schlafbedürfnis, Ablenkbarkeit, impulsivem oder rücksichtslosem Verhalten sowie Stimmungslabilität
- DSM-5 (neu): Zunahme zielgerichteter Aktivität bzw. Energie = obligatorisches Symptom der Manie

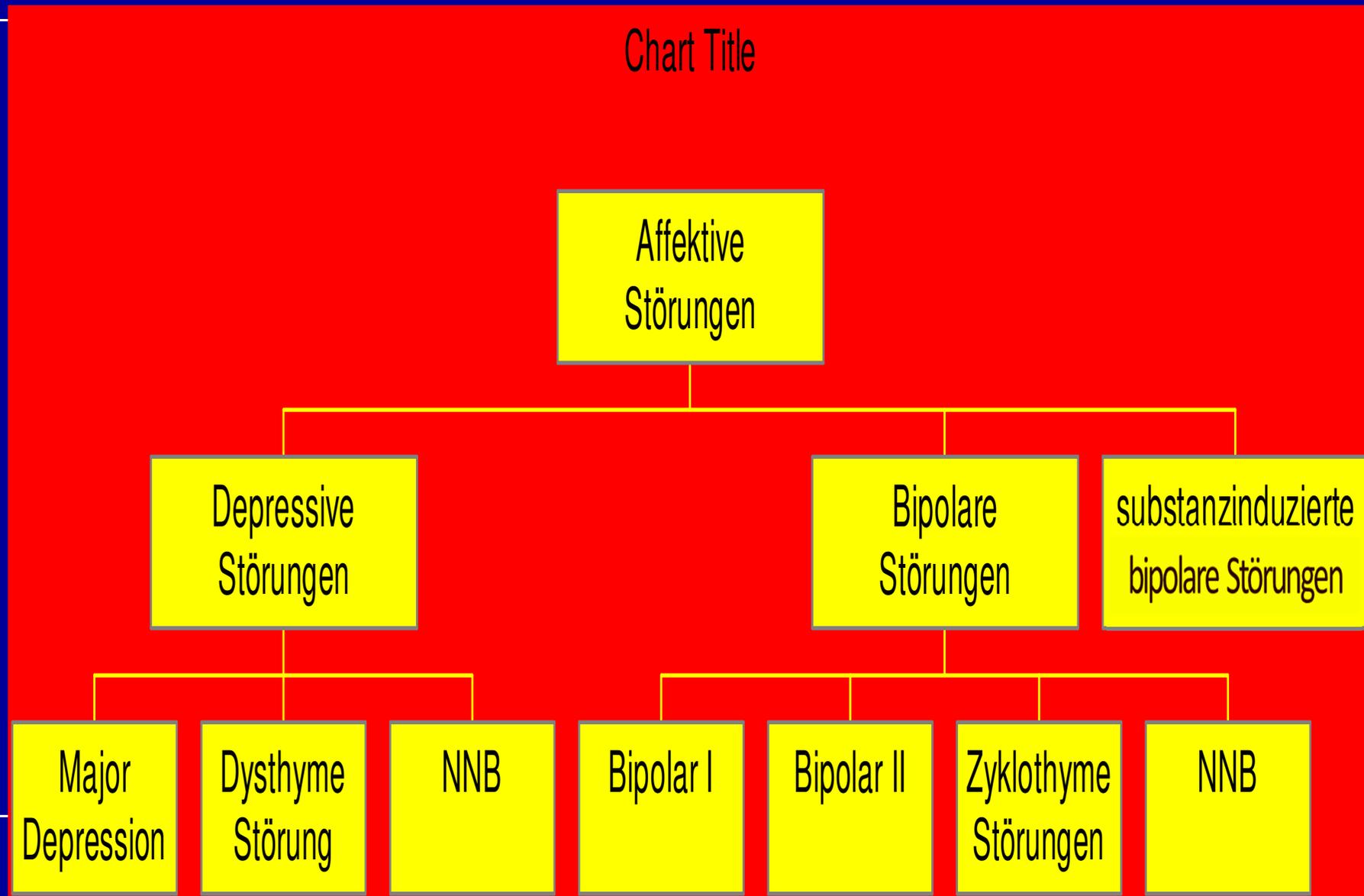
Bipolar I Disorder in ICD-11

- The **type of current Mood Episode, the presence or absence of psychotic symptoms, the severity of current Depressive Episodes, and the degree of remission** should be described in Bipolar Type I Disorder. Available categories are as follows:
- 6A60.0/1 Bipolar Type I Disorder, Current Episode **Manic**, without or with psychotic symptoms
- 6A60.2 Bipolar Type I Disorder, Current Episode **Hypomanic**
- 6A60.3 Bipolar Type I Disorder, Current Episode **Depressive, Mild**
- 6A60.4/5 Bipolar Type I Disorder, Current Episode **Depressive, Moderate**, with(out) psychotic symptoms
- 6A60.6/7 Bipolar Type I Disorder, Current Episode **Depressive, Severe**, with(out) psychotic symptoms
- 6A60.8 Bipolar Type I Disorder, Current Episode **Depressive, Unspecified Severity**
- 6A60.9 Bipolar Type I Disorder, Current Episode **Mixed**, with(out) psychotic symptoms
- 6A60.B Bipolar Type I Disorder, currently **in partial remission**, most recent episode **Manic or Hypomanic**
- 6A60.C Bipolar Type I Disorder, currently **in partial remission**, most recent episode **Depressive**
- 6A60.D Bipolar Type I Disorder, currently **in partial remission**, most recent episode **Mixed**
- 6A60.E Bipolar Type I Disorder, currently **in partial remission**, most recent episode **unspecified**
- 6A60.F Bipolar Type I Disorder, currently **in full remission**

Bipolar I Disorder in ICD-11: Possible Qualifier (Zusatzkodierungen)

- with prominent anxiety symptoms (6A80.0)
- with panic attacks (6A80.1)
- current Depressive Episode persistent, > 2 years (6A80.2)
- current Depressive Episode with melancholia (6A80.3)
- with seasonal pattern (6A80.4)
- with rapid cycling (6A80.5)

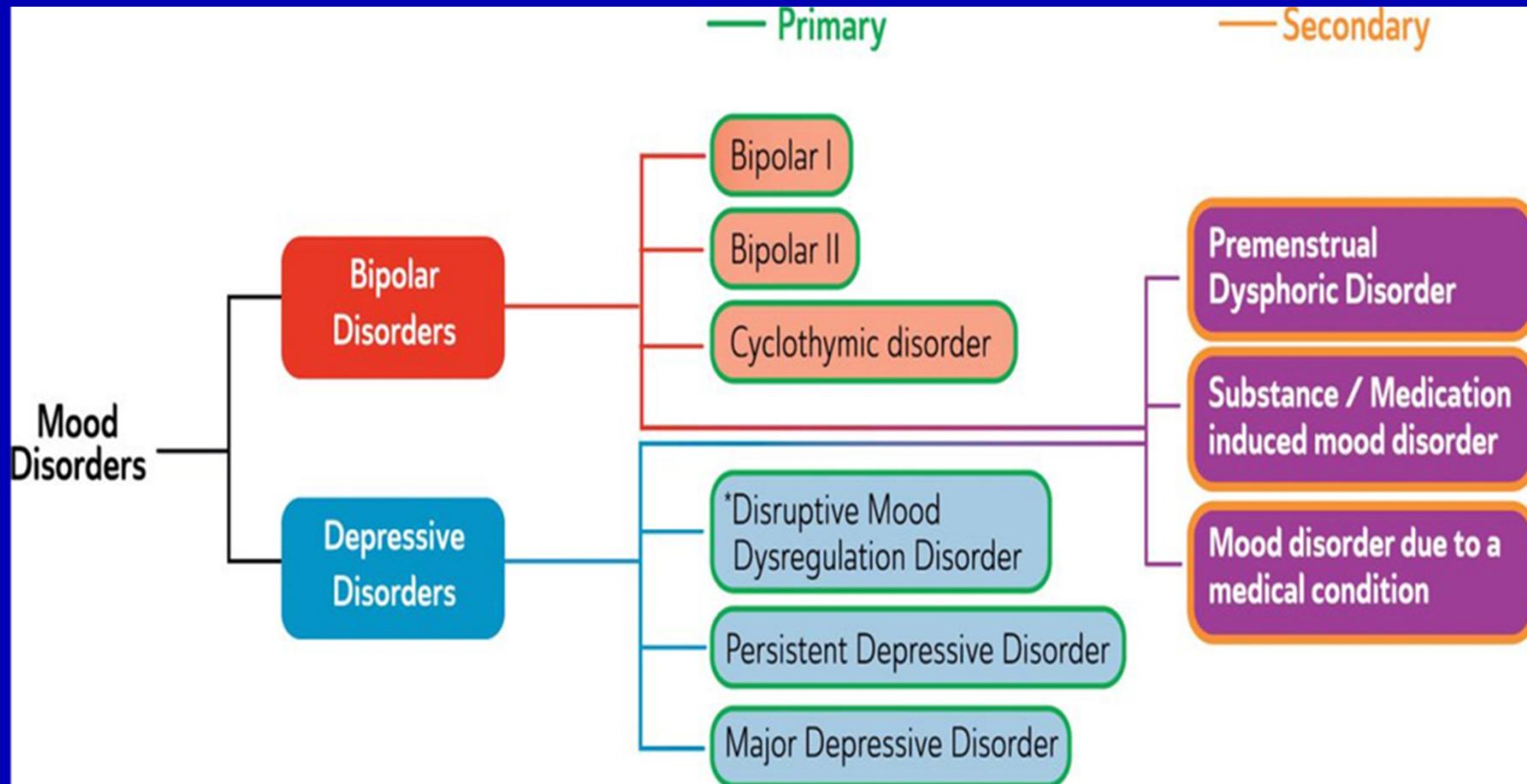
Klassifikation affektiver Störungen nach DSM-5 (American Psychiatric Association 2015)



DSM-5

- **Neue diagnostische Kriterien im DSM-5**
 - **Zunahme zielgerichteter Aktivität bzw. Energie: obligatorisches Symptom der Manie**
 - **Unipolare Manie: klassifiziert unter den bipolaren Störungen**

DSM-5: Mood Disorders



ICD-11: Substanzinduzierte affektive Störungen

ICD und DSM: Analyse von Daten der Züricher Studie (Jules Angst et al)

- ICD-10 vs ICD-11:
 - Minimale Reduktion der Fälle mit manischer Episode ICD-11
 - ICD-11: mehr Fälle mit hypomanischer Episode
- ICD-11 vs DSM-5:
 - Manische Episode: keine Differenz (Kriterien sehr ähnlich)
 - Hypomanische Episode: viel häufiger in ICD-11 (n=48 vs N=15)

Zusammenfassung

ICD-11 und Bipolare Störungen

- Klassifizierung in Bipolar Typ I und II
- Zylothyme Störungen = subsumiert unter den Bipolaren Störungen
- Harmonisierung mit DSM-5 weitestgehend umgesetzt
- ICD-11 Kriterien etwas weniger strikt
 - Keine genaue Zahl für das Zeitkriterium einer hypomane Episode
 - Keine festgeschriebene Zahl an Symptomen für (Hypo-)Manie
- Empirische Daten belegen: Häufigere Diagnose einer Hypomanie, dadurch häufiger Bipolar Typ II

Überblick

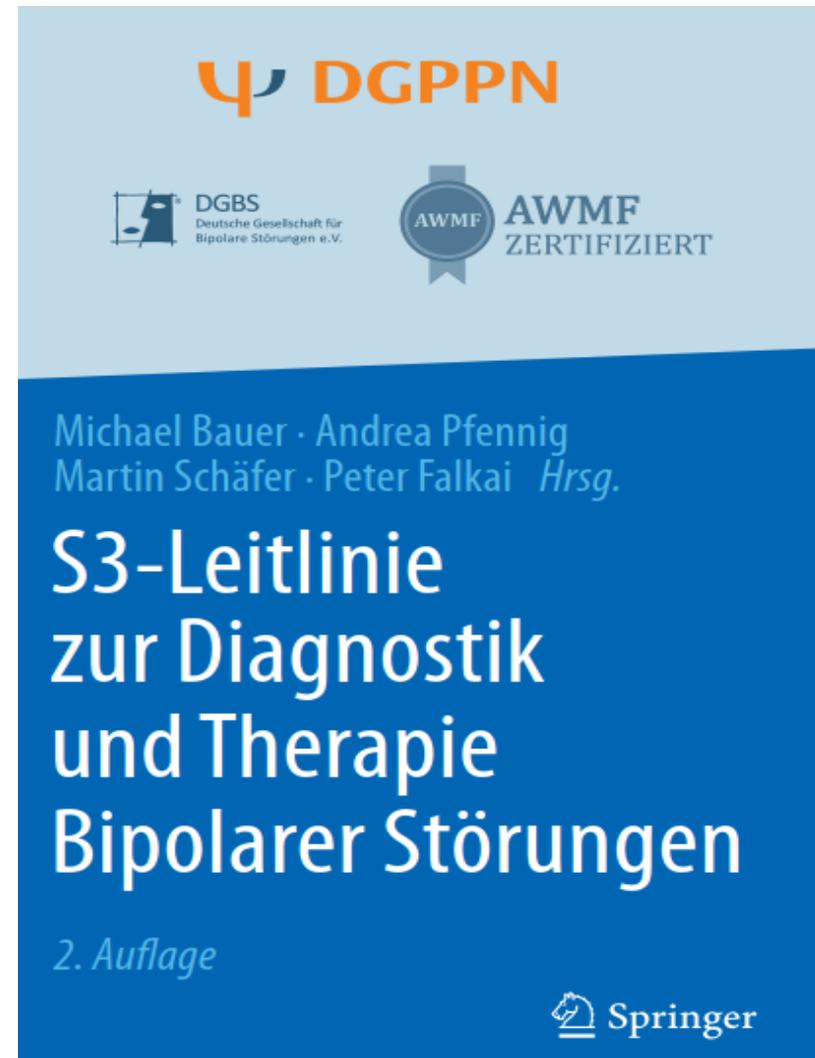
- Einführung - Krankheitslast
- Historische Entwicklung diagnostischer Konzepte bipolarer Störungen
- Klassifikationssysteme
 - Vergleich ICD-10 mit ICD-11
 - DSM-5
- Deutsche S3 Leitlinien Bipolare Störungen: Update



Deutsche Gesellschaft für
Bipolare Störungen e.V. (DGBS)



1. Version online 2012
Gültigkeit bis 2017
Update seit Mai 2019 verfügbar,
604 Seiten
Print version ab Dezember 2020

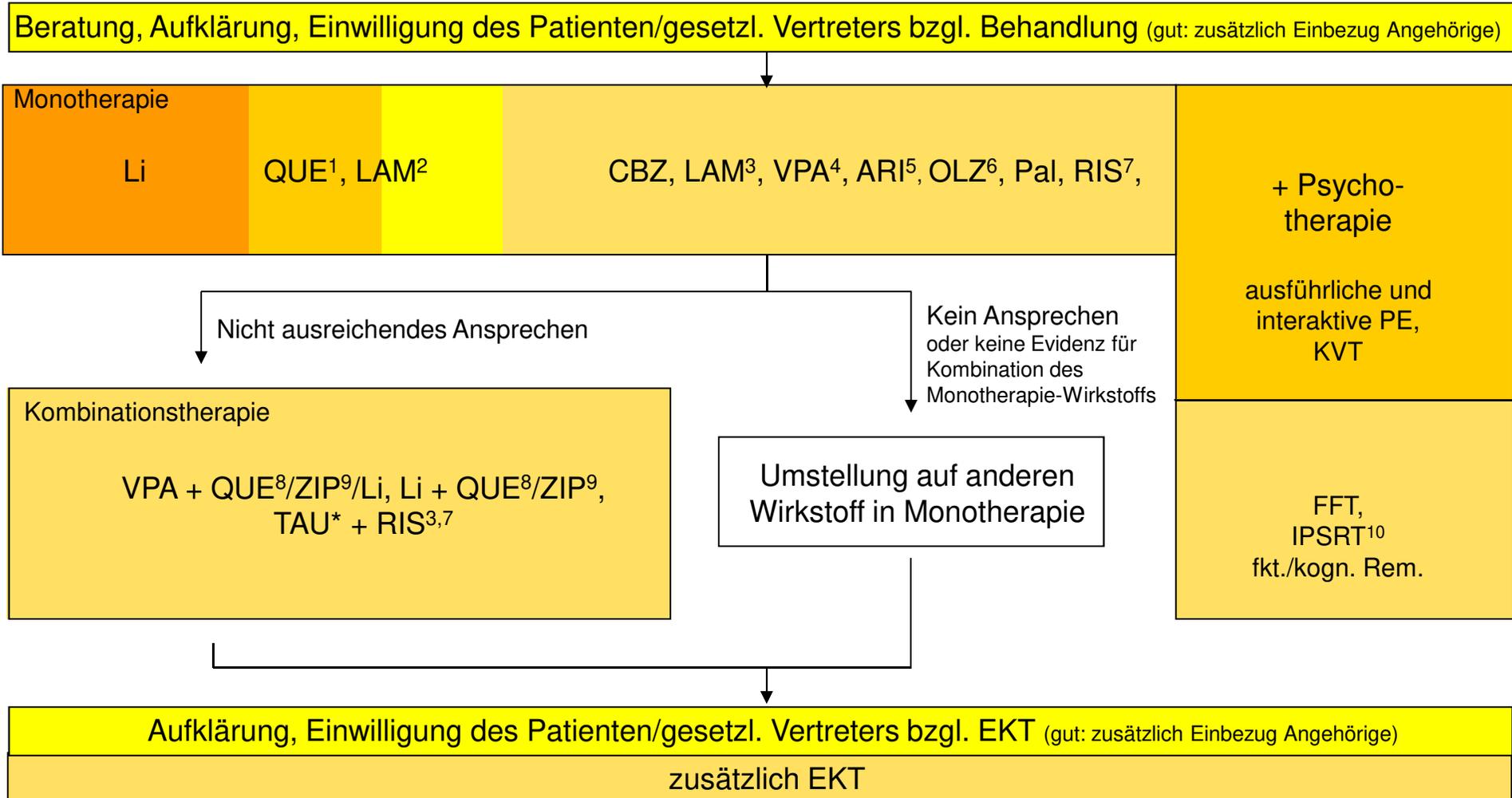


Phasenprophylaxe

(Rezidivprophylaxe/Langzeitbehandlung)

Phasenprophylaxe bei bipolaren Störungen

Die Schattierung entspricht dem Empfehlungsgrad (Legende rechts unten). Die Wirkstoffe sind innerhalb einer Empfehlungsgrad-Stufe alphabetisch geordnet.



¹ bei Pat., die unter Quetiapin eine Remission erfuhren und die Substanz gut tolerierten, ²gegen depr. E. bei Ansprechen in Akutphase, KKP für Einsatz gegen depressive Episoden auch ohne Ansprechen in Akutphase, ³bei Rapid Cycling, ⁴Vorsicht: gilt nicht für Frauen im gebärfähigen Alter, ⁵gegen manische Episoden bei Ansprechen in Manie, ⁶bei Ansprechen in Manie, ⁷Depotpräparat, bei Ansprechen in Akutphase, ⁸bei Ansprechen auf diese Kombination in Akutbehandlung, ⁹bei Ansprechen auf ZIP in Manie, ¹⁰bei Beginn in akuter Phase und längerfristiger Planung, *Behandlung wie üblich: jede Monotherapie und Kombination von Antidepressiva Stimmungsstabilisierer und Anxiolytika erlaubt

A
 B
 0
 KKP
 Empfehlungsgrade: A, B, 0, KKP (Klinischer Konsenspunkt)

ARI: Aripiprazol, CBZ: Carbamazepin, VPA: Valproat, EKT: Elektrokonvulsionstherapie, FFT: familienfokussierte Therapie, fkt./kogn. Rem: funktionale oder kognitive Remediation, IPSRT: interpersonelle und soziale Rhythmustherapie, KVT: kognitive Verhaltenstherapie, LAM: Lamotrigin, Li: Lithium, OLZ: Olanzapin, PAL: Paliperidon, PE: Psychoedukation, QUE: Quetiapin, RIS: Risperidon, ZIP: Ziprasidon



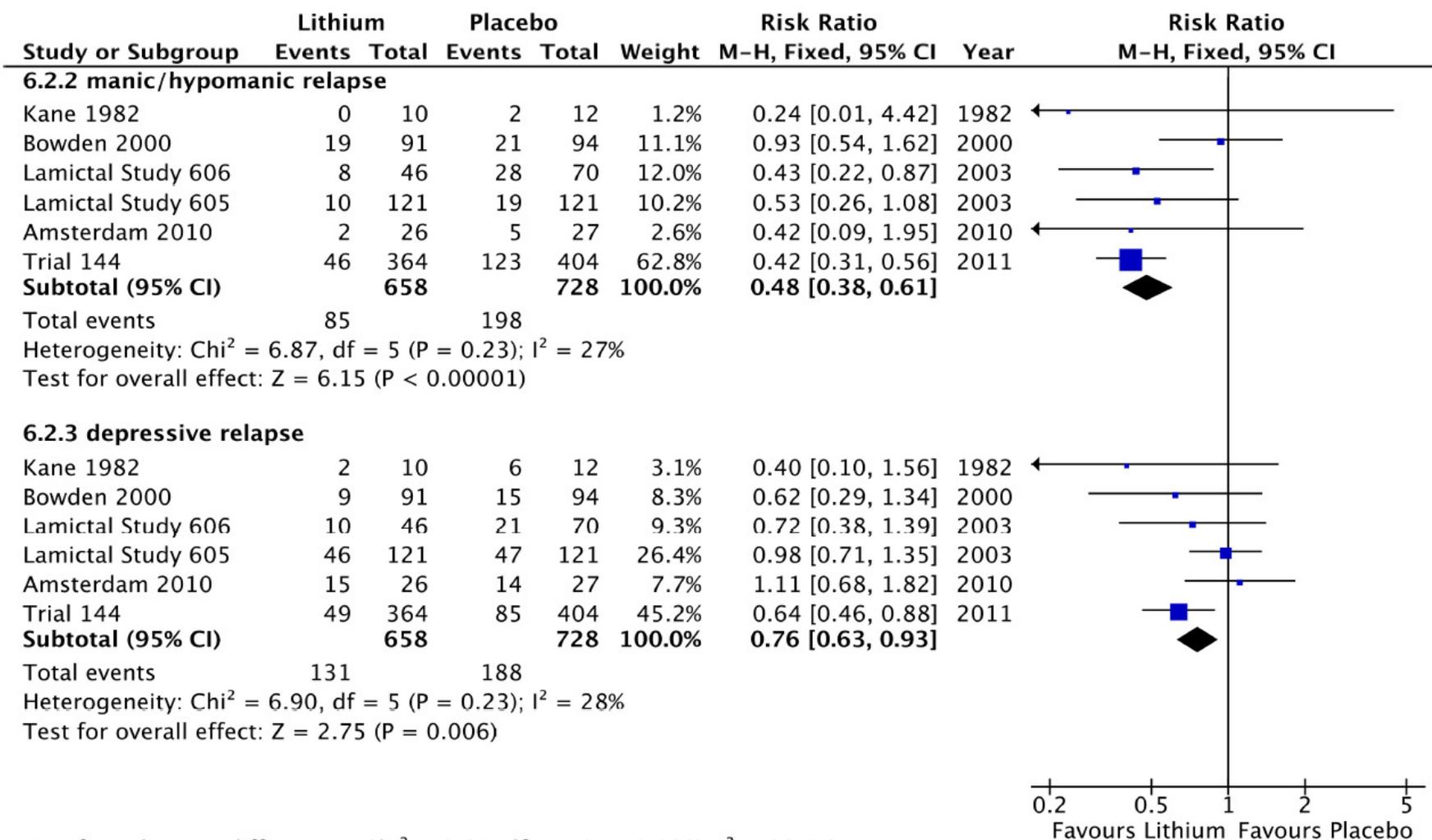
70 Jahre Lithium Geschichte

- Wichtige Substanz in der Psychopharmakologie seit über 60 Jahren (1949 Cade)
- **Manie** (1950s) – antimaniische Aktivität
- **Rezidivprophylaxe** – Rückfallverhinderung bipolare und unipolare affektive Störungen (1960s)
- **Depression** (1980-90s)– Augmentation von Antidepressiva
- **Suizidprophylaxe** (1990s) – antisuizidale Aktivität
- **Neuroprotektion** (2000) – neuroprotektive Aktivität

Lithium for prevention of relapse in bipolar disorder

Placebo-controlled RCTs

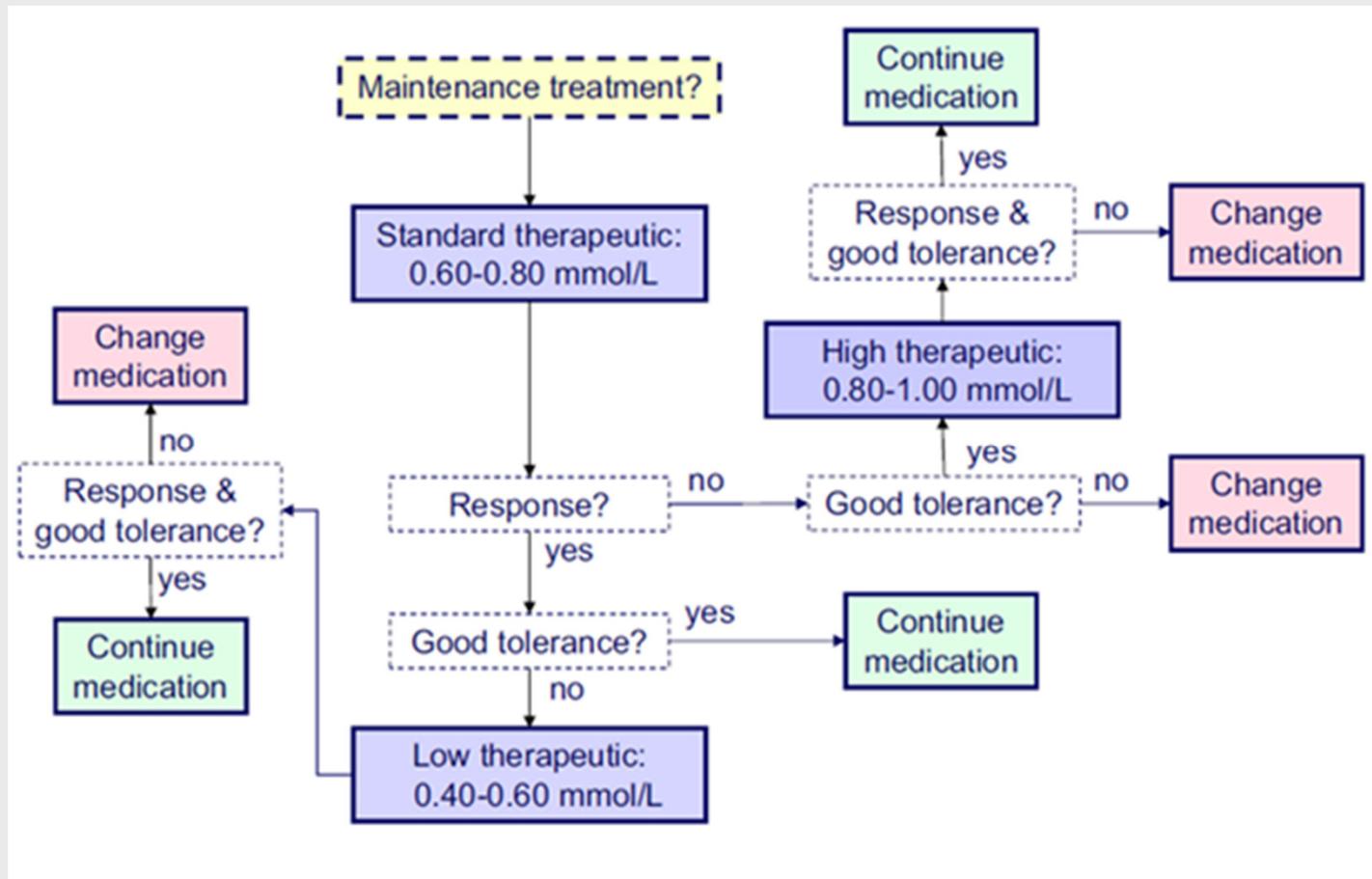
Prevention of depressive and manic episodes



Test for subgroup differences: $\text{Chi}^2 = 8.89$, $\text{df} = 1$ ($P = 0.003$), $I^2 = 88.7\%$

Optimaler Lithium-Serumspiegel bei der Therapie bipolarer Störungen

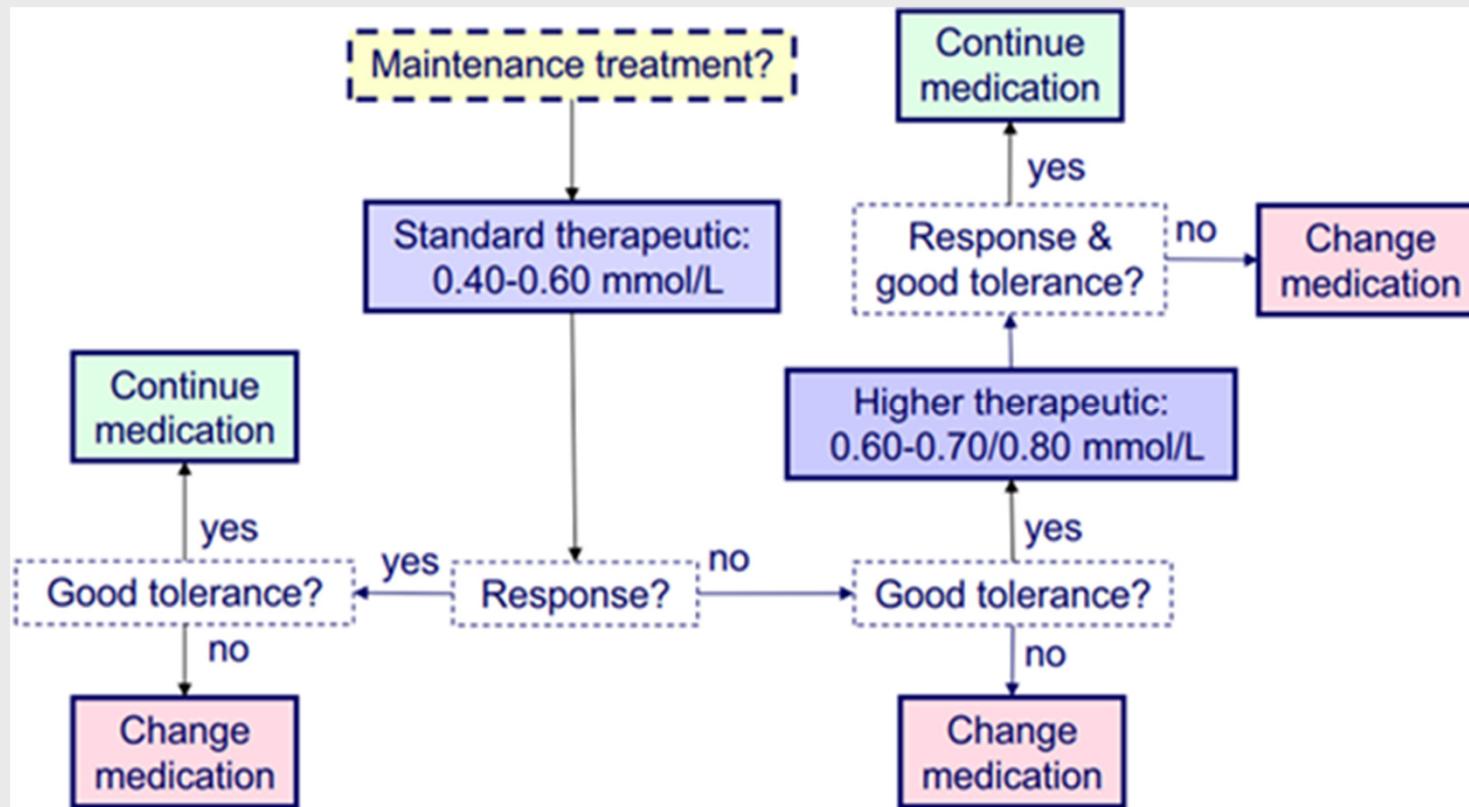
Nolen WA et al., Bipolar Disord. 2019; 21(5):394–409



Alter:
18–65

Optimaler Lithium-Serumspiegel bei der Therapie bipolarer Störungen

Nolen WA et al., Bipolar Disord. 2019; 21(5):394–409



Alter:
über 65

Suizidrisiko

- Höchstes Suizidrisiko aller psychischer Erkrankungen (20–30-fach erhöht)
- Lebenszeitprävalenz Suizid ca. 10–15%
- Mittleres Risiko für einen Suizidversuch: 31 %
- Wichtigste Risikofaktoren: Suizide in Familienanamnese, eigene Suizidversuche, Alter
- Männer mit höherem Risiko, dass SV letal endet
- Lithium wirkt Suizidpräventiv in der Langzeitbehandlung (Alleinstellungsmerkmal ?)

S3 LL Bipolare Störungen: Suizidalität

Empfehlung	Empfehlungsgrad
Suizidalität5* Bei einem suizidalen Patienten soll die Auswahl der Pharmaka auch hinsichtlich ihres Nutzen-Risiko-Verhältnisses (Pharmaka mit Letalität in hoher Dosis, Agitationssteigerung in der Frühphase) abgewogen werden. Im ambulanten Bereich sollen nur kleine Packungsgrößen verordnet werden.	KKP

*geänderte Empfehlung mit wörtlicher Übernahme einzelner Elemente einer Empfehlung aus der S3-Leitlinie Unipolare Depression (DGPPN et al. 2009)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
Suizidalität6* In der Rezidivprophylaxe bei suizidgefährdeten bipolaren Patienten soll zur Reduzierung suizidaler Handlungen (Suizidversuche und Suizide) eine Medikation mit Lithium in Betracht gezogen werden.	A

*geänderte Empfehlung mit wörtlicher Übernahme einzelner Elemente einer Empfehlung aus der S3-Leitlinie Unipolare Depression (DGPPN et al. 2009)

Therapie der Manie

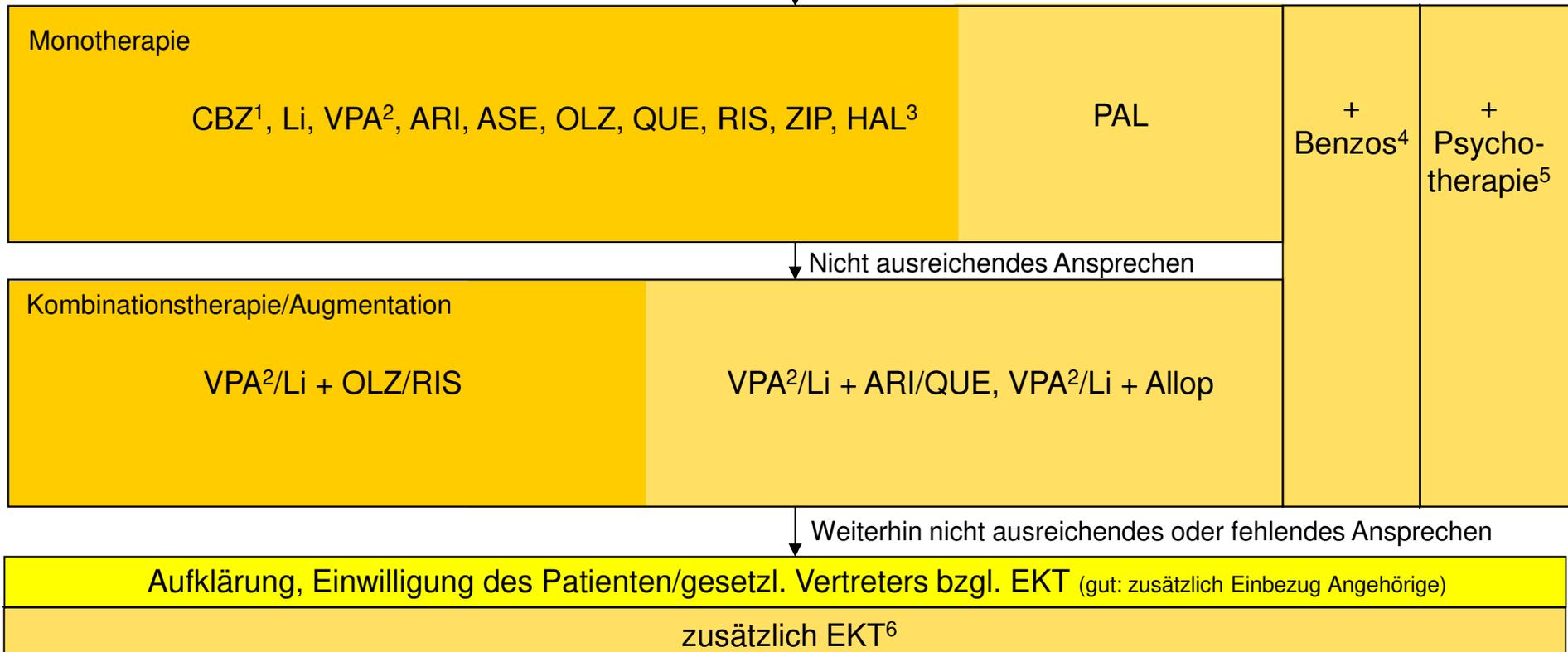
- Metaanalyse: 13 Substanzen, 68 Studien,
> 16.000 Studienteilnehmer
- Einige Substanzen **ohne** Wirksamkeitsbelege vs. Placebo:
 - Gabapentin
 - Lamotrigin
 - Topiramamat
- 10 Substanzen effektiver als Placebo: AP, MS
- Antipsychotika: Vorteile gegenüber konventionellen” Mood Stabilizer; NW Profile beachten

Phasenspezifische Therapie der Manie

Die Schattierung entspricht dem Empfehlungsgrad (Legende rechts unten). Die Wirkstoffe sind innerhalb einer Empfehlungsgrad-Stufe alphabetisch geordnet.

Schutzmaßnahmen (für Patienten und ggf. für andere Personen)

Beratung, Aufklärung, Einwilligung des Patienten/gesetzl. Vertreters bzgl. Behandlung (gut: zusätzlich Einbezug Angehörige)



B
 0
 KKP
 Empfehlungsgrade: B, 0, KKP (Klinischer Konsenspunkt)

¹Beachte hohes Interaktionsrisiko, ²Vorsicht: gilt nicht für Frauen im gebärfähigen Alter, ³im Rahmen einer Notfallsituation oder zur Kurzzeittherapie, ⁴zeitlich eng begrenzt, ⁵Kontakt halten, bei leichteren Phasen verhaltensnahe Maßnahmen, ⁶Empfehlungsgrad B für pharmakotherapieresistente Episode

Allop: Allopurinol, ASE: Asenapin, ARI: Aripiprazol, Benzos: Benzodiazepin, CBZ: Carbamazepin, EKT: Elektrokonvulsionstherapie, HAL: Haloperidol, Li: Lithium, OLZ: Olanzapin, PAL: Paliperidon, QUE: Quetiapin, RIS: Risperidon, VPA: Valproat, ZIP: Ziprasidon

Krankheitslast durch Depression bei Bipolaren Störungen

- Patienten verbringen 3x soviel Zeit in der Depression im vgl. zur Manie¹
- Depressive Episoden sind im Durchschnitt länger als manische Episoden
- Depressive Episoden sind schwieriger zu behandeln, häufiger Therapieresistenz
- Diagnostische Herausforderung, DD unipolare Depression

Pharmakotherapie der Depression bei Bipolaren Störungen

- **Antipsychotika**
 - Quetiapin (A-Empfehlung)
- **Antidepressiva**
- **Lamotrigin**
- **Lithium**
- **Psychostimulantien (Modafinil)**
- **Schilddrüsenhormone (L-T4)**

S3-Leitlinie:
überwiegend „O“ (kann)
Empfehlungen

Phasenspezifische Therapie der bipolaren Depression

Die Schattierung entspricht dem Empfehlungsgrad (Legende rechts unten). Die Wirkstoffe sind innerhalb einer Empfehlungsgrad-Stufe alphabetisch geordnet.

Schutzmaßnahmen (für Patienten und ggf. für andere Personen)

Beratung, Aufklärung, Einwilligung des Patienten/gesetzl. Vertreters bzgl. Behandlung (gut: zusätzlich Einbezug Angehörige)

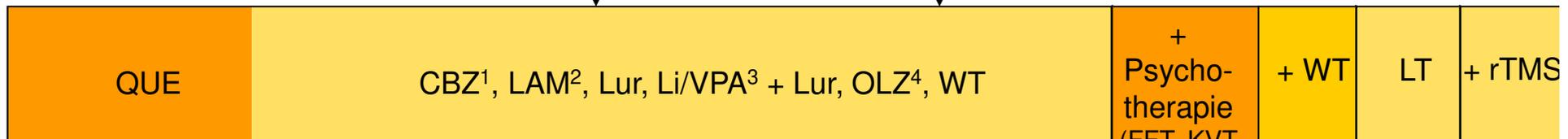
Bestehende Phasenprophylaxe?

ja

nein

Prüfen, optimieren

Beginn



Nicht ausreichendes Ansprechen

Wechsel der Substanz oder zusätzliche Substanz

Weiterhin nicht ausreichendes oder kein Ansprechen

Aufklärung, Einwilligung des Patienten oder gesetzlichen Vertreters bzgl. EKT (gut: zusätzlich Einbezug Angehörige)

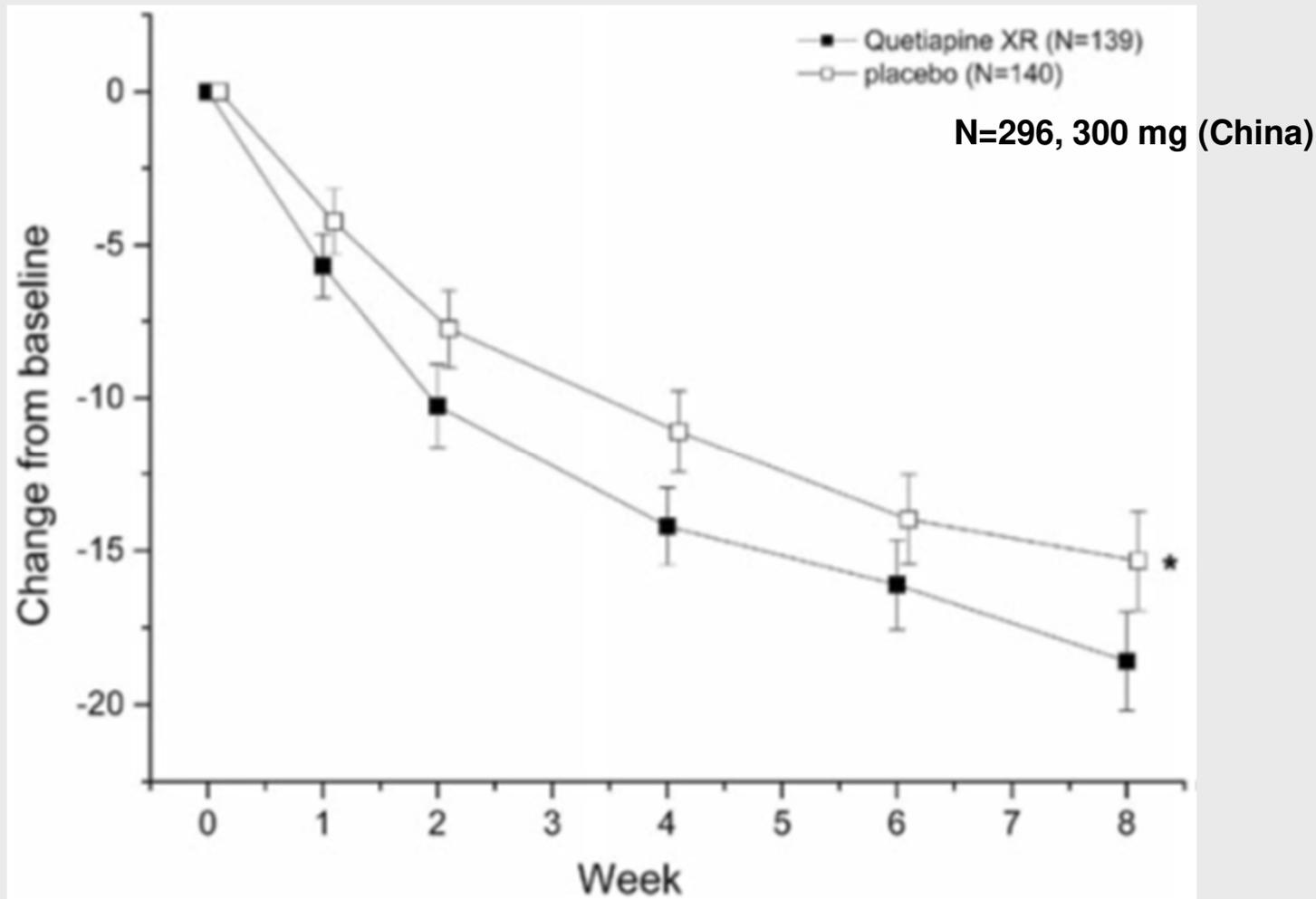
zusätzlich EKT⁵

¹Beachte hohes Interaktionsrisiko, ²Beachte Erfordernis langsame Aufdosierung, ³Vorsicht: gilt nicht für Frauen im gebärfähigen Alter, ⁴Evidenz für Überlegenheit der Kombination mit Fluoxetin ist spärlich, ⁵Grad B bei therapieresistenten Episoden, KKP in lebensbedrohlichen Situationen

CBZ: Carbamazepin, EKT: Elektrokonvulsionstherapie, FFT: familienfokussierte Therapie, IPSRT: interpersonelle und soziale Rhythmustherapie, KVT: kognitive Verhaltenstherapie, LAM: Lamotrigin, LT: Lichttherapie, Lur: Lurasidon, OLZ: Olanzapin, QUE: Quetiapin, SSRI; selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, VPA: Valproat, WT: Wachtherapie

A
 B
 0
 KKP
 Empfehlungsgrade: A, B, 0, KKP (Klinischer Konsenspunkt)

Quetiapin retard vs. Placebo Monotherapie bei bipolar depressiver Episode



Zusammenfassung

- **Lithium:** Goldstandard Langzeittherapie (Rezidivprophylaxe)
- S3-Leitlinie: Evidenz belegt Lithium = komplettester Stimmungsstabilisierer (A Empfehlung)
 - Prophylaktische Wirkung
 - Antimanische Wirkung
- antisuizidale Eigenschaften (A Empfehlung)

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

