

Harald J. Freyberger

Inhalt

1 Einleitung	517
2 Prinzipien der operationalisierten Diagnostik	518
2.1 Deskriptiver diagnostischer Ansatz	518
2.2 Komorbiditätsprinzip	522
2.3 Multiaxiale Diagnostik	523
3 Diagnostischer Prozess	526
3.1 Ausbildung und Training	526
3.2 Weitere Fehlerquellen im diagnostischen Prozess	526
3.3 Instrumente	527
4 Ausblick	530
Literatur	531

1 Einleitung

In den vergangenen 30 Jahren hat die Klassifikation psychischer Störungen in der klinischen Praxis und in der Forschung wieder an Relevanz gewonnen, nachdem sie aus methodischen und inhaltlichen Gründen über Jahre hinweg umstritten war. Ausgangspunkt der methodischen Kritik bildeten dabei Studien zur Anwendungsübereinstimmung (Interraterreliabilität) aus den 1960er- und 1970er-Jahren (zusammenfassend Stieglitz und Freyberger 2002). In diesen Studien konnte gezeigt werden, dass v. a. für die affektiven, die neurotischen und die Persönlichkeitsstörungen die zwischen unabhängigen Diagnostikern erreichte Übereinstimmung in einem völlig unzureichenden Bereich lag.

Unzureichende Reliabilität Von Spitzer und Fleiss (1974), die die bis dahin veröffentlichten Untersuchungen zusam-

menfassten, wurde die unzureichende Reliabilität im Wesentlichen auf 2 Faktoren zurückgeführt:

- Die sog. Beurteilungsvarianz, d. h. die diagnostische Varianz, die durch unterschiedliche Urteile und Bewertungen über Vorhandensein und Relevanz der vorliegenden Symptome bzw. diagnostischen Merkmale durch verschiedene Untersucher zustande kommt.
- Die sog. Kriterienvarianz, d. h. die diagnostische Varianz, die durch die Verwendung unterschiedlicher diagnostischer Kriterien für die Diagnose derselben Störung durch verschiedene Untersucher verursacht wird.

Der Beurteilungsvarianz wurde in der folgenden Entwicklung durch die Einführung strukturierter und standardisierter Erhebungsverfahren Rechnung getragen, während die Kriterienvarianz durch die Prinzipien der sog. operationalisierten Diagnostik reduziert wurde.

Inhaltliche Kritik Die wichtigsten Aspekte der inhaltlichen Kritik bezogen sich einerseits auf die möglichen sozialen Konsequenzen psychiatrischer Diagnosen für die Patienten, die in erster Linie von soziologischen aber auch von sog. antipsychiatrischen Autoren unter den Stichworten Etikettierung abweichenden Verhaltens, Stigmatisierung und soziale Kontrolle veröffentlicht wurden (Saß 1987).

Andererseits wurde die unzureichende Bedeutung der Klassifikation bei der Indikation und Durchführung von Therapien kritisiert.

Von biologisch-psychiatrischer Seite wurde dabei v. a. die unzureichende Syndrombezogenheit im Hinblick auf die Differenzialindikation für verschiedene psychopharmakologische und andere biologische Therapieinterventionen hingewiesen. Von psychoanalytischen Autoren wurde betont, dass eine rein symptomorientierte Diagnostik sich ausschließlich an sog. Oberflächenmaterial orientiere und die für die Indikation und Durchführung von Psychotherapien entscheidenderen Variablen, wie etwa Beziehungsfähigkeit,

H.J. Freyberger (✉)

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am HELIOS Hansekl. Stralsund, Universitätsmedizin Greifswald, Stralsund, Deutschland

E-Mail: freyberg@uni-greifswald.de

Konfliktkonstellation und Persönlichkeitsstruktur systematisch vernachlässigt (Schneider und Freyberger 1994, 2014).

Eine Konsequenz dieser inhaltlichen Kritik ist in der Aufsplitterung verschiedener diagnostischer Betrachtungsebenen (oder Achsen) in sog. multiaxialen diagnostischen Systemen und deren konsequenter Operationalisierung zu sehen.

2 Prinzipien der operationalisierten Diagnostik

2.1 Deskriptiver diagnostischer Ansatz

Der Begriff der operationalen Definition geht auf den Engländer Bridgeman zurück, der diesen bereits in den 1920er-Jahren verwendete. Heute wird unter dem Begriff der operationalisierten psychiatrischen Diagnostik in der Psychiatrie ein Vorgehen zusammengefasst, bei dem psychische Störungen definiert werden durch

- die explizite Vorgabe psychopathologischer Kriterien (Ein- und Ausschlusskriterien), die durch bestimmten Anforderungen an ihr zeitliches Bestehen und den sich ergebenden Verlauf ergänzt werden und
- durch diagnostische Entscheidungs- und Verknüpfungsregeln (sog. Algorithmen) für die diagnostischen Kriterien.

Psychopathologische Kriterien Dabei handelt es sich in der Regel um vergleichsweise beobachtungsnahe, kein hohes Abstraktions- oder Interpretationsniveau erfordernde Merkmale, wie etwa bestimmte Ich-Störungen oder Wahnhalte bei der Schizophrenie (s. folgende Übersicht). Eine weit weniger präzise Definition wurde im Hinblick auf die Zeit- und Verlaufskriterien verfolgt, die von unbestimmten Dauerangaben (z. B. „einige Tage“) bis hin zu exakten Zeitvorgaben reichen (z. B. „Symptomatik von zumindest 2 Wochen Dauer durch wenigsten 2 Monate normaler Stimmung getrennt“; vgl. Dittmann et al. 1990a).

Ausschlusskriterien Ausschlusskriterien werden in der Regel Merkmale genannt, die bei ähnlicher Symptomatik die Zuordnung zu einer anderen Störungsgruppe rechtfertigen, wie sie für die schizophrenen Störungen in der Übersicht wiedergegeben sind.

Entscheidungs- und Verknüpfungsregeln Diagnostische Entscheidungs- und Verknüpfungsregeln legen die Anzahl und Zusammensetzung der für die Diagnose mindestens geforderten einzelnen Symptome für ein definiertes Zeitintervall fest. So werden für die Diagnose einer Schizophrenie in einem geforderten Zeitintervall von zumindest einem Monat zumindest einem Symptom aus der Symptomgruppe 1 oder mindestens 2 Symptome aus der Symptomgruppe 2 gefordert (s. Übersicht).

Diagnostische Eingangskriterien für die Diagnose einer Schizophrenie nach ICD-10 (nach Dilling und Freyberger 2015) G1. Während eines Zeitraumes von mindestens einem Monat sollte eine psychotische Episode mit entweder **mindestens einem** der unter 1. aufgezählten Merkmale **oder** mit mindestens 2 der unter 2. aufgezählten Merkmale bestehen.

1. Mindestens eines der folgenden Merkmale:
 - a. Gedankenlautwerden, -eingebung, -entzug oder -ausbreitung,
 - b. Kontroll-, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, Wahrnehmung,
 - c. kommentierende oder dialogische Stimmen oder andere Stimmen, die aus bestimmten Körperteilen kommen,
 - d. anhaltender kulturell unangemessener Wahn.
2. **Oder** mindestens 2 der folgenden Merkmale:
 - a. anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet von flüchtigen Wahngedanken oder von langanhaltenden überwertigen Ideen,
 - b. Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Neologismen oder Dabreden führt,
 - c. katatone Symptome (wie Erregung, Haltungstereotypen, wächserne Biegsamkeit, Negativismus, Mutismus, Stupor),
 - d. „negative“ Symptome (wie Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte).

G2. Häufigste Ausschlusskriterien:

1. Wenn die Patienten ebenfalls die Kriterien für eine manische (F30) oder eine depressive Episode (F32) erfüllen, müssen die oben unter G1. 1. und G1. 2. aufgelisteten Kriterien vor der affektiven Störung aufgetreten sein.
2. Die Störung kann nicht einer organischen Gehirnerkrankung (F00–F09) oder einer Störung durch psychotrope Substanzen (F1) zugeordnet werden.

Veränderungen durch die neue Einteilung

Der deskriptive diagnostische Ansatz verfolgt damit den Anspruch, von theoretischen und ätiologischen Annahmen weitgehend frei zu sein und nahezu allein der phänomenologisch-symptomorientierten Störungsbeschreibung zu dienen. Bei genauerer Betrachtung erweisen sich allerdings die operationalen Klassifikationssysteme keineswegs als ätiologiefrei: Neben der an ätiologischen Prinzipien orientierten Charakterisierung organischer psychischer Störungen und der Störungen durch psychotrope Substanzen werden in weiten Bereichen biologische Paradigmen berücksichtigt, wie etwa bei der Kategorisierung der depressiven und der Angststörungen.

Bereits die Einteilung in die verschiedenen diagnostischen Hauptgruppen der ICD-10 (s. Übersicht) zeigt eine Aufsplitterung und Neugruppierung der Störungsklassen. Dabei ergeben sich die folgenden grundlegenden Veränderungen:

Diagnostische Hauptgruppen des Kapitels V (F) der ICD-10 F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

- F00 Demenz bei Alzheimer-Krankheit
- F01 vaskuläre Demenz
- F02 Demenz bei sonstigen andernorts klassifizierten Erkrankungen
- F03 nicht näher bezeichnete Demenz
- F04 organisches amnestisches Syndrom
- F05 Delir
- F06 sonstige psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
- F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns

F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

- F10 Alkohol
- F11 Opioide
- F12 Cannabinoide
- F13 Sedativa oder Hypnotika
- F14 Kokain
- F15 sonstige Stimulanzien einschließlich Koffein
- F16 Halluzinogene
- F17 Tabak
- F18 flüchtige Lösungsmittel
- F19 multipler Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen
 - F1x. 0 akute Intoxikation
 - F1x. 1 schädlicher Gebrauch
 - F1x. 2 Abhängigkeitssyndrom
 - F1x. 3 Entzugssyndrom
 - F1x. 4 Entzugssyndrom mit Delir
 - F1x. 5 psychotische Störung
 - F1x. 6 amnestisches Syndrom
 - F1x. 7 und verzögert auftretende psychotische Störung

F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

- F20 Schizophrenie
- F21 schizotype Störung
- F22 anhaltende wahnhaftige Störung
- F23 akute vorübergehende psychotische Störungen

- F24 induzierte wahnhaftige Störung
- F25 schizoaffektive Störungen

F3 Affektive Störungen

- F30 manische Episode
- F31 bipolare affektive Störung
- F32 depressive Episode
- F33 rezidivierende depressive Störung
- F34 anhaltende affektive Störungen
- F38 sonstige affektive Störungen

F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

- F40 phobische Angststörungen
- F41 sonstige Angststörungen
- F42 Zwangsstörung
- F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- F44 dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
- F45 somatoforme Störungen
- F48 sonstige neurotische Störungen

F5 Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Faktoren

- F50 Essstörungen
- F51 nichtorganische Schlafstörungen
- F52 nichtorganische sexuelle Funktionsstörungen
- F53 psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett
- F54 psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten
- F55 Missbrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen

F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

- F60 Persönlichkeitsstörungen
- F61 kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen
- F62 andauernde Persönlichkeitsänderungen
- F63 abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
- F64 Störungen der Geschlechtsidentität
- F65 Störungen der Sexualpräferenz
- F66 psychische und Verhaltensprobleme in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
- F68 sonstige Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F7 Intelligenzminderung

- F70 leichte Intelligenzminderung
- F71 mittelgradige Intelligenzminderung

- F72 schwere Intelligenzminderung
- F73 schwerste Intelligenzminderung

F8 Entwicklungsstörungen

- F80 umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
- F81 umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
- F82 umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen
- F83 kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
- F84 tiefgreifende Entwicklungsstörungen

F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

- F90 hyperkinetische Störungen
- F91 Störung des Sozialverhaltens
- F92 kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
- F93 emotionale Störung des Kindesalters
- F94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F95 Ticstörungen
- F98 sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Organische psychische Störungen (F0) Der Demenzbegriff wurde durch die Einführung eines 6-Monats-Zeitkriteriums ausgeweitet und das nicht durch psychotrope Substanzen verursachte Delir neben dem amnestischen Syndrom, symptomatischen organischen Störungen und den organischen Persönlichkeitsstörungen als neue oder anders beschriebene Kategorien etabliert.

Störungen durch psychotrope Substanzen (F1) Suchterkrankungen werden konsequent von den organischen Störungen getrennt und die diagnostischen Schwellen für das Missbrauchs- („schädlicher Gebrauch“) und Abhängigkeitssyndrom heruntergesetzt. So ist „schädlicher Gebrauch“ zukünftig bereits zu diagnostizieren, wenn psychische oder körperliche Folgen des Substanzkonsums evident werden. Klassifiziert werden mit den ersten 3 Kodierungsziffern (F1x) die Substanzen und mit den weiteren Ziffern (F1x.xx) die jetzt weiter differenzierten klinischen Syndrome. Polyvalente Abhängigkeit darf zukünftig nur bei wahllosem Konsum von mehr als 3 Substanzen klassifiziert werden, was allein in diesem Bereich zu einer Zunahme der zu stellenden Einzeldiagnosen führt.

Schizophrenie, schizotyp und wahnhaftige Störungen (F2) Hier ist v. a. die Etablierung der schizotypen Störungen und

einer Gruppe akuter, vorübergehender Psychosen neu, deren Einführung an das traditionelle Konzept der „psychogenen Psychose“ erinnert.

Affektive (F3) bzw. neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) Hier wurden die folgenreichsten Veränderungen vorgenommen. Die traditionelle Unterscheidung von neurotischer und endogener Depression wurde zugunsten einer verlaufs- und schweregradorientierten Klassifikation aufgegeben, während die neurotischen Störungen entsprechend der im Vordergrund stehenden Symptomatik differenziert wurden. Auf das psychoanalytische Neurosenmodell wurde als Paradigma verzichtet, da es den Autoren nicht hinreichend validiert erschien.

Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Faktoren (F5) In diesem Abschnitt wurden mehrheitlich psychosomatische und somatopsychische Störungen gruppiert. Einen Bruch mit dem Prinzip der Ätiologiefreiheit stellt die Berücksichtigung der psychischen Störungen im Wochenbett dar, die neben dem Missbrauch nichtabhängigkeitserzeugender Substanzen hier mit aufgenommen wurden.

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) Ähnlich wie im DSM-IV und im DSM-5 wurden in dieser Gruppe die spezifischen Persönlichkeitsstörungen durch niedrigschwelligere Eingangskriterien aufgewertet, traditionelle Störungsgruppen wie die Perversionen neu geordnet und einige neue Kategorien, wie die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung eingeführt. Bei den Persönlichkeitsstörungen kommt es oft dazu, dass nicht nur eine, sondern häufig mehrere Persönlichkeitsstörungsdiagnosen zu stellen sind. Dies liegt z. T. an den niedrigschwelligeren Eingangskriterien und z. T. an den sich bei einzelnen Störungsbeschreibungen überlappenden diagnostischen Kriterien. Obwohl eine kombiniert kategoriale und dimensionale Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen von zahlreichen Autoren in den letzten Jahren gefordert wurde, verzichteten ICD-10 und DSM-IV bzw. DSM-5 auf einen derartigen Ansatz.

Intelligenzminderung (F7) In diesem Abschnitt wurde neben der neuen Terminologie eine mehrdimensionale Diagnostik etabliert, in der neben dem Intelligenzniveau zusätzlich begleitende Verhaltensauffälligkeiten verschlüsselbar werden.

Entwicklungsstörungen (F8) und Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) Mit diesen Abschnitten wurden eigenständige diagnostische Gruppen für den Bereich kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen etabliert (Knölker und Schulte-Markwort 2002).

Tab. 1 Kodierungsebenen und Verlaufsklassifizierung am Beispiel der schizophrenen Störungen nach ICD-10

Ebene	Kodierung	Bezeichnung
2-stellig	F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
3-stellig	F20	Schizophrenie
4-stellig	F20.0	Paranoide Schizophrenie
5-stellig	F20.00	Kontinuierlicher Verlauf
	F20.01	Episodisch, mit zunehmendem Residuum
	F20.02	Episodisch, mit stabilem Residuum
	F20.03	Episodisch remittierend
	F20.04	Unvollständige Remission
	F20.05	Vollständige Remission

Hierarchische Gliederung

ICD-10 Wie aus Tab. 1 wiederum am Beispiel der schizophrenen Störungen hervorgeht, ist die ICD-10 hierarchisch angeordnet. Mit der ersten Stelle (Fx) wird die diagnostische Hauptkategorie und mit der zweiten Stelle (Fxx) die diagnostische Hauptgruppe beschrieben. Die dritte Stelle (Fxx. x) kennzeichnet die eigentliche diagnostische Kategorie und mit der 5. Kodierungsstelle werden optional distinkte Verlaufstypen und Schweregradklassifizierungen kodiert.

Durch die z. T. strikte Operationalisierung der einzelnen Störungen werden sog. diagnostische Restkategorien (Fxx. 8 andere und Fxx. 9 nicht näher bezeichnete) aufgewertet, da eine größere Anzahl von Patienten nicht die spezifischen Kriterien erfüllt und hier diagnostisch abgebildet werden muss.

DSM-IV und DSM-5 Im DSM-IV und DSM-5 wurde die Einteilung in diagnostische Klassen noch konsequenter nach deskriptiven Gesichtspunkten durchgeführt. So werden etwa die organischen Störungen entsprechend ihrer im Vordergrund stehenden Symptomatologie den anderen Kategorien zugeordnet und erscheinen nicht mehr als eigenes Kapitel. Wichtige Unterschiede zwischen den beiden Klassifikationssystemen betreffen

- die abweichende Klassifikation affektiver Störungen im DSM-IV, die weiterhin dem Konzept der Major Depression folgt und die Einführung einer trauerbezogenen depressiven Störung im DSM-5, durch die die diagnostischen Schwellen erheblich gesenkt werden,
- die im DSM-IV und DSM-5 bei den Angststörungen vorgenommene Präferenzierung der Panikstörung, die in der diagnostischen Hierarchisierung Vorrang vor den phobischen Störungen und insbesondere der Agoraphobie erhält, während die ICD-10 die Panikstörung als Schweregradindikator der Agoraphobie betrachtet,
- die abweichende Operationalisierung und Zusammenstellung von Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV und DSM-5 und deren Anordnung in Clustern.

Tab. 2 Versionen des Kapitels V (F) der ICD-10

Verwendungszweck	Version
Klinische Diagnostik	Klinisch-Diagnostische Leitlinien (WHO 1992; Dilling et al. 2015)
Forschung	Forschungskriterien (WHO 1993; Dilling und Freyberger 2015)
Administration	Kurzfassung im Rahmen der Gesamt-ICD (DIMDI 1994)
Primärversorgung	Primary Health Care Classification (PHC; WHO 1995; Müssigbrodt et al. 2014)

Diagnostische Manuale

Während das DSM-IV bzw. DSM-5 in einer Standardversion für den klinischen und wissenschaftlichen Gebrauch publiziert wurde, etabliert die ICD-10 den deskriptiven Ansatz auch auf der Ebene der diagnostischen Manuale. Hier wurden je nach Verwendungszweck die Operationalisierungen der einzelnen Störungen unterschiedlich restriktiv gefasst (Tab. 2).

Während die klinisch-diagnostischen Leitlinien durch vergleichsweise offen formulierte Zeit- und Verlaufskriterien sowie Verknüpfungsregeln dem Diagnostiker Leitlinien anbieten, die noch viel Raum für individuelle diagnostische Zuordnungen lassen, streben die Forschungskriterien über restriktive Operationalisierungen eine psychopathologisch präzisere Klassifizierung an, mit Hilfe derer eine weitreichendere Stichprobenhomogenisierung erreicht werden soll.

Administrativen Zwecken dient die lediglich 4-stellig ausgelegte Kurzfassung mit kurzen und pragmatischen Beschreibungen der Störungsgruppen.

Primary Health Care Classification (PHC) Mit der PHC wird ein auf der Ebene der Kategorisierung stark vereinfachter und auf die epidemiologisch häufigsten Störungen beschränkter Ansatz vorgelegt, den die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zudem mit spezifizierten Handlungsanweisungen etwa für Therapiegestaltung und -indikation verbunden hat. Zielvorstellung bei der Veröffentlichung dieses Manuals war es, der unzureichend präzisen Diagnostik in der primären Gesundheitsversorgung Rechnung zu tragen und die damit verbundene niedrige Qualität differenzieller Therapieindikationen zu verbessern (Sartorius et al. 1993; Üstün und Sartorius 1995; Müssigbrodt et al. 2014).

Erzielte Verbesserungen

In zahlreichen empirischen Studien konnte gezeigt werden, dass sich durch eine Operationalisierung psychischer Störungen insbesondere im Hinblick auf die Interraterreliabilität deutliche Verbesserungen erzielen lassen (vgl. z. B. Freyberger et al. 1990, 1995; Wittchen 1993), die die Kommunizierbarkeit diagnostischer Einschätzungen erleichtern und wissenschaftlich relevante Stichprobenvergleiche präziser machen.

2.2 Komorbiditätsprinzip

Eine weitere wesentliche Neuerung in operationalisierten Klassifikationssystemen stellt die Einführung des Komorbiditätsprinzips dar. Komorbidität bedeutet dabei das gemeinsame Auftreten verschiedener psychischer Erkrankungen bei einer Person. Unterschieden wird zwischen

- simultaner oder Querschnittskomorbidität und
- sukzessiver oder Längsschnittkomorbidität.

Vor allem für wissenschaftliche Fragestellungen ist zudem der Zeitraum, auf den sich die Komorbidität bezieht, von Relevanz. Unterschieden wird hier u. a. zwischen „Lifetime-Komorbidität“, 6-Monats- oder 1-Jahres-Komorbidität und Komorbidität im Rahmen für das Gesamtverständnis der psychischen Erkrankungen relevanter sog. „repräsentativer“ Störungsepisoden.

Haupt- und Nebendiagnosen

Nach ICD-10 und DSM-IV/DSM-5 sind so viele psychiatrische Diagnosen zu verschlüsseln, wie für die Beschreibung des gesamten klinischen Bildes notwendig sind. Bei mehr als einer Diagnose soll zwischen Haupt- und Nebendiagnosen differenziert werden, wobei der Diagnose Priorität eingeräumt wird, der die größte klinische Bedeutung zukommt. In einem gewissen Sinne kommt dabei den Nebendiagnosen die Bedeutung verlaufsmodifizierender Variablen zu. Da nach dem Konzept Syndrome zu verschlüsseln sind und damit sog. „komplexe Diagnosen“, unter denen früher verschiedene Symptomcluster subsummiert wurden, aufgelöst werden, kommt es bei konsequenter Anwendung operationaler Prinzipien zu einer deutlichen Zunahme diagnostisch abzubildender Störungen.

Das Komorbiditätsprinzip erlaubt abgesehen von bestimmten, in den einzelnen Systemen definierten Ausnahmen, einerseits Diagnosen aus verschiedenen Klassen (z. B. Angst- und Depressionsbereich) und andererseits Diagnosen innerhalb einer diagnostischen Klasse (z. B. Persönlichkeitsstörungen) zu stellen. Dabei ist zu beachten, dass in bestimmten Störungsbereichen, wie z. B. bei den Angst- und depressiven Störungen, eine überzufällig häufige Assoziation vorliegt und Einzelsymptome oder Symptomcluster, die unterhalb der diagnostischen Schwelle spezifischer Störungen liegen (sog. Subthreshold-Diagnosen) für den Krankheitsverlauf eine hohe Bedeutung haben können. Für den Bereich der affektiven Störungen konnte u. a. Angst (1994) zeigen, dass in der Allgemeinbevölkerung Patienten mit sog. kurzen rezidivierenden depressiven Störungen, die etwa das diagnostische Zeitkriterium der depressiven Episode in der ICD-10 nicht erfüllen, infolge der störungsassoziierten psychosozialen Beeinträchtigungen als erkrankt aufzufassen

sind, was entsprechende Konsequenzen für die Therapie und Prognose nach sich zieht.

Multimorbidität In Abgrenzung vom Konzept der Komorbidität wird von Multimorbidität gesprochen, wenn neben einer oder mehreren psychischen Störungen auch noch zusätzlich körperliche Erkrankungen vorliegen, von denen auch ein verlaufsmodifizierender Einfluss ausgeht. Die Relevanz der Multimorbidität ist im Bereich der organischen psychischen Störungen bisher am besten untersucht.

Bedeutung des Komorbiditätsprinzips

Das Komorbiditätsprinzip ist von erheblicher konzeptueller Bedeutung, da es eine Abkehr von Jaspers Hierarchiekonzept darstellt, wie es noch in der ICD-9 galt. Danach sind die psychischen Erkrankungen in Schichten angeordnet (von organischen Störungen über affektive Störungen bis hin zu Neurosen). Jede „tieferliegende Erkrankung“ kann das Erscheinungsbild der darüber liegenden annehmen. Die eigentliche Diagnose muss anhand der tieferliegenden Erkrankung erfolgen. Der erste Schritt operationalisierter Diagnostik ist entsprechend des Komorbiditätsprinzips in einer rein klinisch orientierten Hierarchisierung syndromaler Diagnosen zu sehen, der, wie oben bereits ausgeführt wurde, auf diese Art definierter „komplexer Diagnosen“ verzichtet.

Theoretische Aspekte Die Etablierung des Komorbiditätsprinzips hat darüber hinausgehende theoretische und therapeutische Implikationen. So kann aus wissenschaftlicher Sicht das gemeinsame Auftreten bestimmter Störungen Hinweise auf eine gemeinsame Ätiologie bzw. Pathogenese liefern, wie in zahlreichen Familienstudien gezeigt werden konnte. Prinzipiell kann dabei eine Störung die Voraussetzung für die Entwicklung einer zweiten Störung darstellen, wie dies etwa bei Patienten mit einer Substanzmittelabhängigkeit der Fall ist, die eine erhebliche Tendenz aufweisen, auch Abhängigkeitssyndrome von weiteren Substanzen zu entwickeln (Regier et al. 1990). Interne Komorbidität in diesem Bereich kann somit gemeinsame Risiko- und pathogenetische Faktoren repräsentieren, für die sich aus der klinischen und tierexperimentellen Forschung neurobiologische und genetische Hinweise ergeben.

Klinische Aspekte Aus klinischer Sicht kann der Behandlungserfolg bei komorbiden Patienten schwerer zu erreichen sein, mit den entsprechenden Implikationen für die Planung und Durchführung von Therapieinterventionen und den -verlauf. Patienten mit mehr als einer Diagnose dürften darüber hinaus auch in weiten Bereichen als die schwerer kranken Patienten angesehen werden. So konnte z. B. für den Bereich der Komorbidität zwischen schizophrenen Störungen und Störungen durch psychotrope Substanzen in den vergangenen Jahren gezeigt werden, dass spezielle Behandlungspro-

gramme erforderlich sind, um gegenüber „monomorbidem“ schizophrenen Patienten auch nur annähernd gleiche Therapiresultate zu erzielen.

- ▶ Die damit zusammenhängenden methodischen Schlussfolgerungen für Therapiestudien jeder Art dürften, obgleich dies bisher nicht ausreichend wissenschaftlich geklärt ist, folgenreich sein, da sich komorbide und nichtkomorbide Patienten möglicherweise nicht oder nur sehr eingeschränkt miteinander vergleichen lassen.

Schwachpunkte des Komorbiditätsprinzips Ein wesentliches, bisher empirisch nicht hinreichend bearbeitetes Problem des Komorbiditätskonzepts ist, dass im Rahmen des deskriptiven Ansatzes auf eine sequenziell-ätiologische Reihung der phänomenologischen Diagnosen ebenso verzichtet wird, wie auf die Formulierung eines komplexen Störungsmodells. Auf die Charakterisierung zeitlich und pathogenetisch primärer und sekundärer Störungen wird verzichtet, sodass die Beziehung der Störungen untereinander offen bleibt. Damit bleiben ätiologisch relevante Konzepte, etwa im Bereich der Alkohol- und Drogenabhängigkeit unberücksichtigt, die im Rahmen von Familienstudien gut abgesichert wurden und den verlaufsmodifizierenden Charakter dieser Störungsklasse vernachlässigen. Durch den Verzicht auf komplexe Störungsmodelle wird der Diagnostiker zudem gezwungen, eine Vielzahl von Diagnosen abzubilden, ohne diese in Beziehung setzen zu können.

2.3 Multiaxiale Diagnostik

Ein weiterer wichtiger Fortschritt in der Entwicklung operationalisierter Diagnosesysteme stellt die Etablierung des multiaxialen Ansatzes (Synonyme: multiaxiale Klassifikation, multiaxiale Diagnostik) dar. Das Konzept der multiaxialen Diagnostik hat in der Psychiatrie eine lange Tradition (Dittmann et al. 1990b), wurde von Kretschmer bereits ansatzweise mit dem Begriff der „mehrdimensionalen Diagnostik“ umschrieben, von Essen-Möller und Wohlfahrt 1947 erstmalig konzeptualisiert und 1969 durch die Arbeitsgruppe um Rutter (Rutter et al. 1975) konsequent auf den Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen angewandt (Renschmidt et al. 2012). In der Erwachsenenpsychiatrie wurde er erst mit Einführung des DSM-III weiter verbreitet.

Grundgedanke der Vielzahl zwischenzeitlich publizierter Ansätze ist, der Komplexität der klinischen Bedingungen eines Patienten dadurch gerecht zu werden, dass dieser anhand von klinisch als bedeutsam angesehenen Merkmalen, Merkmalsbereichen oder Betrachtungsebenen, die auch als

sog. Achsen bezeichnet werden, beschrieben wird. Hinsichtlich der Frage, welche Achsen zur Beschreibung herangezogen werden, herrscht allerdings kein Konsens (Mezzich und Bergenza 2005).

Das multiaxiale System der ICD-10 verankert auf der Achse I insofern das Komorbiditätsprinzip, als dass neben der Kerngruppe psychischer Störungen auf separaten Subachsen Persönlichkeitsstörungen und Störungen durch psychotrope Substanzen als die wichtigsten verlaufsmodifizierenden Zusatzdiagnosen abgebildet werden (Tab. 3). Diese getrennte Klassifizierung beruht zudem auf Befunden, die zeigen, dass diese Störungen bei einer derartigen Verankerung in einem multiaxialen System häufiger und adäquater abgebildet werden (Michels et al. 1996).

Im DSM-III-R und DSM-IV werden in einer nahezu analogen Differenzierung auf den Achsen I und II neben den psychischen Störungen Entwicklungs-, Intelligenz- und Persönlichkeitsstörungen erfasst (Tab. 4).

Psychosoziale Funktionseinschränkungen Der in der ICD-10 weitgehend fehlenden Berücksichtigung psychosozialer Funktionseinschränkungen in den diagnostischen Kriterienbeschrei-

Tab. 3 Das multiaxiale System der ICD-10. (Nach Siebel et al. 1997)

Achse I	Psychische Störungen und körperliche Erkrankungen
	Ia Psychische Störungen
	Ib Persönlichkeitsstörungen
	Ic Störungen durch psychotrope Substanzen
	Id Körperliche Störungen
Achse II	Beurteilung der sozialen Funktionseinschränkung (WHO Disablement Scale)
	Ila Selbstfürsorge (Körperhygiene, Kleidung, Ernährung usw.)
	Ilb Beruf (bezahlte Arbeit, Studium, Hausarbeit usw.)
	Ilc Familie und Haushalt (Interaktion mit dem (Ehe-) Partner, Eltern, Kindern, und anderen Verwandten)
	Ild Funktionsfähigkeit im weiteren sozialen Kontext (Beziehung zu Gemeindemitgliedern, Teilnahme an Freizeit- und sozialen Aktivitäten)
	Ile Globaleinschätzung (Gesamtbeeinträchtigung)
Achse III	Psychosoziale Belastungsfaktoren Ereignisse und Merkmale aus folgenden Bereichen:
	1. Negative Erlebnisse in der Kindheit
	2. Erziehung und Bildung
	3. Primäre Bezugsgruppe einschließlich Familie
	4. Soziale Umgebung
	5. Wohnungsbedingungen und finanzielle Verhältnisse
	6. Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit
	7. Umweltbelastungen
	8. Psychosoziale oder juristische Probleme
	9. Krankheiten oder Behinderungen in der Familie
	10. Lebensführung/Lebensbewältigung

Tab. 4 Multiaxiale Ansätze im DSM-III-R und DSM-IV

Achse I	DSM-III-R	Klinische Syndrome und „V-Kodierungen“ ^a
	DSM-IV	Klinische Störungen und andere klinische Zustandsbilder
Achse II	DSM-III-R	Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen
	DSM-IV	Persönlichkeitsstörungen, Intelligenzstörungen
Achse III	DSM-III-R	Körperliche Störungen und Zustände
	DSM-IV	Allgemeine medizinische Zustandsbilder
Achse IV	DSM-III-R	Schweregrad psychosozialer Belastungsfaktoren – Überwiegend akute Ereignisse (Dauer weniger als 6 Monate) – Überwiegend länger andauernde Umstände bzw. Lebensbedingungen (Dauer mehr als 6 Monate)
	DSM-IV	Psychosoziale und Umgebungsfaktoren
Achse V	DSM-III-R	Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (Global Assessment of Functioning Scale, GAF) – Derzeit – Höchster Funktionszustand im letzten Jahr
	DSM-IV	Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (GAF-Skala)

^aV-Kodierungen im DSM-III-R stehen für andere, klinisch relevante Zustandsbilder, wie etwa Missbrauchserfahrungen

bungen wird dadurch Rechnung getragen, dass eine entsprechende, vergleichsweise einfach und damit benutzerfreundlich konstruierte Fremdbeurteilungsskala (WHO-DDS: Disablement Diagnostic Scale) berücksichtigt wird, die die Abbildung sozialer Funktionseinschränkungen in verschiedenen Bereichen erlaubt (Tab. 3). Dabei ist die weitgehende fehlende Berücksichtigung dieser Aspekte in den Kriterienbeschreibungen der ICD-10 darauf zurückzuführen, dass die Kriterien psychosozialer Funktionseinschränkungen interkulturell stark variieren, so dass die ICD-10 mit ihrem Anspruch einer internationalen Klassifikation mit dieser Skala eher allgemeine Konstrukte abbildet.

Mit der seit langem etablierten Global Assessment of Functioning Scale (GAF) wird auf der Achse V des DSM-III-R, DSM-IV und DSM-5 ein vergleichbarer Ansatz verfolgt (Tab. 4).

Von der WHO wurde darüber hinaus eine Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) vorgelegt, mit der sich u. a. Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen erfassen lassen und die mittlerweile in Versionen für den Erwachsenen- bzw. Kinder- und Jugendbereich vorliegt (Hollenweger und Kraus de Camargo 2012; Birkenbach et al. 2012).

Psychosoziale Belastungsfaktoren Ebenfalls in beiden Systemen wurden zudem Achsen etabliert, mit deren Hilfe Merkmale und Faktoren klassifiziert werden können, die mit der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen in Zusammenhang stehen. In dem multiaxialen System der ICD-10 findet sich hierzu die mit dem entsprechenden Ansatz im DSM-IV weitgehend kompatible Achse III, mit der in Anlehnung an den Life-Event-Ansatz psychosoziale Belastungsfaktoren abgebildet werden. In dem multiaxialen Sys-

tem der Kinder- und Jugendpsychiatrie findet sich hierzu die Entwicklung eines speziellen Glossars (Remschmidt et al. 2012).

Optionale Achsen

Mit multiaxialen diagnostischen Systemen lassen sich darüber hinaus eine Reihe weiterer therapie- und verlaufsrelevanter Aspekte abbilden. Sie wurden aus Reliabilitätsgründen wie aus Gründen der besseren Kommunizierbarkeit aus der auf die syndromale Ebene beschränkten Störungsdagnostik eliminiert. So finden sich im DSM-III-R und DSM-IV verschiedene optionale Achsen:

- Skala zur Erfassung der Abwehrmechanismen und Copingstile mit Glossar,
- Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen (GARF),
- Skala zur Erfassung des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus (SOFAS).

Operationalisierte psychodynamische Diagnostik

Von einer Gruppe psychodynamisch orientierter Wissenschaftler wurde in den vergangenen Jahren das multiaxiale System der „operationalisierten psychodynamischen Diagnostik/OPD“ für den erwachsenen- (Arbeitskreis OPD 2014) bzw. den kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich entwickelt (OPD-KJ 2013) und in ersten Studien empirisch überprüft (Freyberger et al. 1996; Rudolf et al. 1996; Schneider et al. 2008). Leitgedanke dieses multiaxialen Systems ist es, auf der Grundlage einer konsequenten Operationalisierung und Manualisierung, psychodynamische Konstrukte auf einer vergleichsweise beobachtungsnahen Ebene erfassbar zu machen, um so reliablere Daten für differenzielle Thera-

Tab. 5 Multiaxiales diagnostische System zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2)

Achse I	Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen (Fremdeinschätzung von 0 (= nicht, kaum) bis 4 (= sehr hoch))
	Objektivierende Bewertung der Erkrankung/des Problems
	1. Gegenwärtige Schwere der Störung/des Problems
	1.1. Schwere der Symptomatik
	1.2. Global Assessment of Functioning Scale: Maximalwert der letzten 7 Tage
	1.3. Beeinträchtigung der Lebensqualität (EQ5D)
	2. Dauer der Störung/des Problems
	2.1. Dauer der Störung
	2.2. Alter bei Erstmanifestation
	Krankheitserleben, -darstellung und -konzepte des Patienten
	3. Krankheitserleben und -darstellung
	3.1. Leidensdruck
	3.2. Darstellung der körperlichen Beschwerden und Probleme
	3.3. Darstellung der psychischen Beschwerden und Probleme
	3.4. Darstellung sozialer Probleme
	4. Krankheitskonzepte des Patienten
	4.1. An somatischen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept
	4.2. An psychischen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept
	4.3. An sozialen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept
	5. Veränderungskonzepte des Patienten
	5.1. Gewünschte Behandlungsform: körperliche Behandlung
	5.2. Gewünschte Behandlungsform: psychotherapeutische Behandlung
	5.3. Gewünschte Behandlungsform: sozialer Bereich
	Veränderungsressourcen/Veränderungshemmnisse
	6. Veränderungsressourcen
	6.1. Persönliche Ressourcen
	6.2. Psychosoziale Unterstützung
	7. Veränderungshemmnisse
	7.1. Äußere Veränderungshemmnisse
	7.2. Innere Veränderungshemmnisse
Achse II	Beziehung (dysfunktionelles habituelles Beziehungsverhalten; Fremdeinschätzung von jeweils 3 im Sinne interpersoneller Kreismodelle definierten nach Relevanz gewichteten Merkmalen je Perspektive und Dimension)
	1. Perspektive A: Das Erleben des Patienten mit den Dimensionen "Der Patient ... erlebt sich immer wieder so, dass er ..." und "der Patient erlebt andere immer wieder so, dass er ..."
	2. Perspektive B: Das Erleben des Interviewers mit den Dimensionen "Der Untersucher erlebt den Patienten immer wieder so, dass er ..." und "Der

(Fortsetzung)

Tab. 5 (Fortsetzung)

	Untersucher erlebt sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass er ..."
	3. Psychodynamische Formulierung des dysfunktionalen Beziehungsverhaltens (Option)
Achse III	Konflikt (Fremdeinschätzung mit 4-stufigem Rating von 0 (= nicht vorhanden) bis 3 (= sehr bedeutsam) für jeden definierten Konflikt)
	1. Individuation vs. Abhängigkeit
	2. Kontrolle vs. Unterwerfung
	3. Versorgung vs. Autarkie
	4. Selbstwertkonflikte (narzisstische Konflikte, Selbst- vs. Objektwert)
	5. Über-Ich- und Schuldkonflikte
	6. Ödipale und sexuelle Konflikte
	7. Identitätskonflikte
Achse IV	Struktur (Fremdeinschätzung mit 4-stufigem Rating von 1 (= gut integriert) bis 4 (= desintegriert))
	1a. Selbstwahrnehmung
	1b. Objektwahrnehmung
	2a. Selbstregulierung
	2b. Regulierung des Objektbezugs
	3a. Kommunikation nach innen
	3b. Kommunikation nach außen
	4a. Bindung an innere Objekte
	4b. Bindung an äußere Objekte
	Struktur insgesamt
Achse V	Psychische und Psychosomatische Störungen nach dem Kapitel V (F) der ICD-10
Achse Va	Psychische Störungen
Achse Vb	Persönlichkeitsstörungen (Kategorien F60 und F61 der ICD-10)
Achse Vc	Körperliche Erkrankungen (andere Kapitel der ICD-10)

pieindikationen und die Betrachtung des psychotherapeutischen Prozesses zu gewinnen.

- Mit der Achse I werden Merkmale der Krankheitsverarbeitung und der Behandlungsvoraussetzungen erfasst, die sich u. a. mit dem Schweregrad der vorliegenden Erkrankungen und dem Inanspruchnahmeverhalten in Beziehung setzen lassen (Tab. 5).
- Den Konzepten von Kreismodellen interpersonellen Verhaltens folgend, werden mit der Achse II (Beziehung) repetitive dysfunktionale Beziehungsmuster abgebildet, die anhand vorgegebener Beziehungsmerkmale aus der Perspektive des Patienten- bzw. Untersuchererlebens kodiert werden.
- Die Achse III (Konflikt) ist der Einschätzung intrapsychischer und interpersoneller repetitiver Konfliktmuster vorbehalten, die anhand umschriebener faktischer

Lebensbereiche in einem passiven und aktiven (kontra-phobischen) Modus definiert wurden.

- Mit der Achse IV (Struktur) werden persönlichkeitsstrukturelle Merkmale entsprechend ihrem Integrationsniveau abgebildet.
- Die Achse V schließlich definiert unter Verwendung des ICD-10 Ansatzes Syndromdiagnosen.

Vorteil multiaxialer Ansätze

Wie insgesamt gezeigt werden konnte, liegt der prinzipielle Vorteil multiaxialer Ansätze in einer ausführlichen Betrachtung der Umstände des Einzelfalls im Rahmen eines biopsychosozialen Ansatzes, in der systematischen Erfassung und Dokumentation klinisch bedeutsamer Merkmale, der systematischen Erfassung von Informationen für Behandlungsplanung und -prognose, als didaktisches Hilfsmittel sowie als wichtiges Instrument einer klinisch und epidemiologisch orientierten Forschung.

3 Diagnostischer Prozess

3.1 Ausbildung und Training

Die Anwendung operationalisierter Diagnosesysteme setzt die Beachtung einer Reihe methodischer Bedingungen voraus. Wie bereits eingangs erwähnt wurde, bilden Beobachtungs- und Kriterienvarianz bedeutsame Fehlerquellen des diagnostischen Prozesses, die zumindest auf der Ebene der Störungsdefinitionen durch operationalisierte Systeme in ihrer Bedeutung reduziert werden konnten.

Wie bereits die Erfahrung mit lange etablierten Systemen zur psychopathologischen Befunderhebung, wie etwa dem AMDP-System (Haug und Stieglitz 1997) zeigt, setzt die angemessene Anwendung ein umfassendes Training voraus, durch das die Reflektion der individuellen Aspekte der Beobachtungs- und Kriterienvarianz und das Erlernen der diagnostischen Kriterien gewährleistet werden soll.

Während für die mit den Klassifikationssystemen verbundenen strukturierten und standardisierten diagnostischen Interviews spezielle Trainingsseminare mit einem z. T. beträchtlichen Aufwand verbunden sind, ist etwa das Erlernen des multiaxialen Ansatzes der OPD mit mindestens 3 Grund- und Aufbaukursen verknüpft, die, wie bei den anderen Systemen auch, für eine spätere reliable Anwendung unerlässlich sind.

3.2 Weitere Fehlerquellen im diagnostischen Prozess

Nichtbeachtung der diagnostischen Kriterien Der diagnostische Prozess wird darüber hinaus von einer Reihe möglicher Urteilsfehler beeinflusst, die einerseits direkt mit der

Konzeption operationalisierter Diagnosesysteme in Zusammenhang zu bringen sind, andererseits aber auch allgemeinspsychologische Gesichtspunkte berühren (s. Übersicht). Die unter dem Aspekt von Ausbildung und Training bereits genannte wesentlichste Fehlerquelle stellt die Nichtbeachtung der diagnostischen Kriterien dar.

In der Praxis auftretende Fehlerquellen im diagnostischen Prozess

- Nichtbeachtung der Symptom- und Zeitkriterien
- Nichtberücksichtigung der Ausschlusskriterien
- Nichtberücksichtigung des Komorbiditätsprinzips
- Beeinflussung durch theoretische Konzepte, die nichts mit operationalisierter Diagnostik zu tun haben (z. B. verschiedene Borderline-Konzepte)
- Einfluss eigener diagnostischer Unsicherheit bei der Entscheidung für eine Diagnose (z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung, schizoaffektive Störung)
- Rückschluss auf eine Diagnose aufgrund eines singulären Phänomens (z. B. hysterisch = hysterische Persönlichkeitsstörung)
- Falsche Schlussfolgerungen (z. B. Halo-Effekt)

Mangelnde Informationserhebung Darüber hinaus setzt die Anwendung operationalisierter Diagnosesysteme auf mehreren Ebenen die Vollständigkeit der Informationserhebung voraus. Psychopathologische Merkmalsbereiche müssen systematisch erfragt bzw. erfasst werden, um entsprechend dem Komorbiditätsprinzip multiple Diagnosen überhaupt abbilden bzw. ausschließen zu können. In diesem Bereich stehen als (didaktisch wertvolle) Unterstützung für den Untersucher zahlreiche strukturierte und standardisierte Interviewverfahren und Symptomchecklisten zur Verfügung.

Vernachlässigung der Komorbidität Entsprechend dem traditionellen diagnostischen Prinzip, verschiedene Syndrome insbesondere bei Störungen mit hohem Signalcharakter in nur einer komplexen Diagnose abzubilden, kann als eine der Fehlerquellen in der operationalisierten Diagnostik gelten. Etwa für den Bereich der Komorbidität zwischen schizophrenen und Suchtstörungen konnte in der Vergangenheit gezeigt werden, dass vor diesem Hintergrund überzufällig häufig die Suchtdiagnosen nicht gestellt und damit inadäquate Entscheidungen im Hinblick auf weitere Therapieinterventionen getroffen wurden (Krausz und Haasen 1996).

Andere theoretische Konzepte Diagnostiker werden allerdings auch häufig von theoretischen Konzepten in ihrer Diagnosenstellung beeinflusst, die keinen oder keinen unmittelbaren Zusammenhang zur operationalisierten Diagnostik aufweisen. So weicht etwa das Borderline-Konzept der ICD-10 in wesentlichen Anteilen von psychodynamischen

Konzepten ab, wie sie etwa von Gundersson oder Kernberg entwickelt wurden.

Diagnostische Unsicherheit Darüber hinaus führt diagnostische Unsicherheit zur Zuweisung von Patienten zu diagnostischen Kategorien, die sich im Grenzbereich zwischen verschiedenen Störungsgruppen finden (z. B. schizoaffektive Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen). In diesen Bereich fallen zweifelsohne auch die falschen Rückschlüsse auf eine Diagnose aufgrund eines singulären Phänomens (z. B. theatralisches Verhalten = histrionische Persönlichkeitsstörung) sowie falsche Schlussfolgerungen (z. B. Halo-Effekt = ein besonders markantes Merkmal beeinflusst die Wahrnehmung anderer Merkmale).

3.3 Instrumente

Zur Reduktion der verschiedenen diagnostischen Fehlerquellen sind in den vergangenen Jahren eine Reihe von Instrumenten zur klassifikatorischen Diagnostik entwickelt worden. Unterschieden werden heute strukturierte bzw. standardisierte Interviews und sog. Symptomchecklisten. Die Mehrzahl dieser Instrumente ist modular aufgebaut, d. h. dass einzelne Störungsgruppen mit separaten Interview- oder Checklistenabschnitten erfasst werden können. Die meisten Instrumente erlauben zudem ein polydiagnostisches Vorgehen, d. h. dass Diagnosen verschiedener Klassifikationssysteme (z. B. DSM-IV und ICD-10) gestellt werden können.

Standardisiertes Interview

Bei den standardisierten Interviews werden alle Ebenen des diagnostischen Vorgehens präzise festgeschrieben, d. h. der Ablauf der Untersuchung, die Art und die Reihenfolge der Fragen, die Art der Kodierung der Informationen und die Diagnosenstellung erlauben dem Untersucher keinen individuellen Spielraum. Wie die in Abb. 1 gezeigten Eingangsfragen aus der Angstsektion des Composite International Diagnostic Interview (CIDI) zeigen, weisen derartige Interviews die folgende Struktur auf:

- Mit einem definierten Interviewabschnitt (hier die Fragen D1–D4) werden die in den Diagnosesystemen operationalisierten Kriterien für eine umschriebene Störung (hier Panikstörung) erfasst.
- Mittels einer Eingangsfrage (hier D1) wird ein Screening vorgenommen, das im Falle einer positiven Antwort zu einer weiteren Überprüfung der diagnostischen Kriterien führt (Fragen D2–D4).
- Im Falle einer negativen Antwort findet ein Sprungmerk Anwendung (hier sprünge zu Frage D11), der den

Interviewer zur nächsten Subsektion des Interviews (hier generalisierte Angststörungen) gelangen lässt.

- Zur weiteren Symptomerfassung werden dann entweder standardisierte Interviewtechniken (sog. Prüffragen, vgl. Frage D2) verwendet, die eine Kodierung entsprechend der Genese des betreffenden Symptoms beinhalten (Kodierung PRB 1 2 3 4 5), oder einfache Antwortalternativen (vgl. Frage D4) vorgeben.

Bei einem Teil der Fragen können zusätzlich Beispiele angegeben (Frage D2) oder eine Experteneinschätzung (Kodierung Dr. für Doktor, Pb für Proband) mit den Angaben des Probanden kontrastiert werden, um eine Post-hoc-Validierung zu ermöglichen. Im Übrigen werden für eine computerisierte oder auf einer Handauswertung beruhende Diagnosenstellung bestimmte Auswertungsalgorithmen vorgelegt, wobei die im einzelnen erfassten Symptome und Kriterien definierte Bezeichnungen erhalten (linke Spalte in Abb. 1).

Strukturiertes Interview

Strukturierte Interviews geben demgegenüber einfach die Reihenfolge der zu erhebenden psychopathologischen Merkmale, Zeit- und Verlaufskriterien sowie der anderen diagnostisch relevanten Variablen vor. Für den schrittweisen Gang der Exploration finden sich vorformulierte, aber in der Regel weniger elaborierte Fragen sowie Zusatzfragen zur Verifizierung der erhobenen Informationen. Für die Bewertung und Gewichtung der erhobenen Informationen werden in der Regel Einschätzungskriterien angegeben; dem klinischen Urteil des Untersuchers wird allerdings ein relativ breiter Spielraum gegeben. Dies hat zur Folge, dass strukturierte Interviews nur von klinisch erfahrenen und trainierten Untersuchern angewendet werden können.

Im Vergleich zu strukturierten Interviews ist mit standardisierten Verfahren eine entsprechend höhere Interraterübereinstimmung zu erreichen. Zudem lassen sich standardisierte Interviews auch von gut trainierten Laien einsetzen, was für große epidemiologische Studien von erhebungsökonomischer Relevanz ist.

Check- und Merkmalslisten

Bei den Check- oder Merkmalslisten sind die interessierenden Symptome oder diagnostischen Kriterien in der Regel stichwortartig zusammengefasst (Abb. 2). Dem Untersucher steht es offen, selbst Fragen zu formulieren und eine entsprechende Kodierung vorzunehmen. Der Ablauf der Informationserhebung bleibt ebenfalls dem Untersucher vorbehalten. Damit zeichnen sich die Checklisten durch eine besondere Benutzerfreundlichkeit aus; ihre Anwendung setzt allerdings eine breite klinische Erfahrung voraus. Zudem sind sie be-

SEKTION D																																																																																															
D1	Hatten Sie schon einmal einen Angstanfall, d. h. wurden Sie ganz plötzlich und unerwartet von einem Gefühl starker Angst oder Beklommenheit überfallen, und zwar in Situationen, in denen die meisten Menschen nicht ängstlich wären? NEIN (→ D11) 1 JA 5																																																																																														
D2	Solche Angstanfälle treten manchmal auf, wenn man in ernster Gefahr ist oder wenn man im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit anderer steht. Trat(en) Ihr(e) <u>Angstanfall/-fälle</u> auch unabhängig von solchen Situationen auf? PRB: 1 2 3 4 5 WENN JA, FRAGE VOR DEN PRÜFFRAGEN: Können Sie mir einen dieser Angstanfälle etwas näher beschreiben? BEISPIEL: DR.: PB.: WENN D2 mit PRB 1 KODIERT WURDE, GEHE ZU D11																																																																																														
D3	SPRACH DER PB. MIT EINEM ARZT DARÜBER (D2)? NEIN 1 JA 5																																																																																														
D4	Versuchen Sie jetzt bitte, sich an einen Ihrer schwersten Angstanfälle zurückzuerinnern und an die körperlichen Symptome, die Sie dabei hatten. KODIERE IN SPALTE 1, WIEDERHOLE FALLS NÖTIG: »Hatten Sie während dieses Angstanfalls ...!« <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">SPALTE I</th> <th colspan="2">SPALTE II</th> </tr> <tr> <th>NEIN</th> <th>JA</th> <th>NEIN</th> <th>JA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. <u>Atemnot</u> oder Schwierigkeiten, Luft zu bekommen?</td> <td>1</td> <td>5*</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2. <u>Herzklopfen</u>?</td> <td>1</td> <td>5*</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3. <u>Schwindel</u>, <u>Benommenheitsgefühle</u>?</td> <td>1</td> <td>5*</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4. Hatten Sie ein <u>Engegefühl</u> oder <u>Schmerzen in Brust oder Magen</u>?</td> <td>1</td> <td>5*</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5. Hatten Sie <u>Kribbel- oder Taubheitsgefühle</u> in den <u>Fingern oder Füßen</u>? ..</td> <td>1</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. Hatten Sie <u>Erstickungsgefühle</u>?</td> <td>1</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. Fühlten Sie sich einer <u>Ohnmacht nahe</u>?</td> <td>1</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. Haben Sie <u>geschwitzt</u>?</td> <td>1</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9. Haben Sie <u>gezittert</u> oder gebebt?</td> <td>1</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10. Hatten Sie <u>Hitzewallungen</u> oder <u>Kälteschauer</u>?</td> <td>1</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>11. Empfanden Sie sich selbst oder <u>die Dinge</u> um Sie herum als <u>unwirklich</u>? ..</td> <td>1</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12. Hatten Sie die Befürchtung, dass Sie <u>sterben könnten</u>?</td> <td>1</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>13. Hatten Sie die <u>Befürchtung, verrückt zu werden</u>?</td> <td>1</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>14. Verspürten Sie einen <u>Brechreiz</u>?</td> <td>1</td> <td>5*</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>15. Hatten Sie <u>Bauchschmerzen</u>?</td> <td>1</td> <td>5*</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>16. Hatten Sie <u>Atemnot</u> oder <u>Beklemmungsgefühle</u>?</td> <td>1</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17. Hatten Sie einen <u>trockenen Mund</u>?</td> <td>1</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>FRAGE FÜR JEDES MIT 5* KODIERTE SYMPTOM IN SPALTE I: Litten Sie unter ... (SX) jemals auch in anderen Situationen, also wenn Sie keinen Angstanfall hatten? KODIERE IN SPALTE II.</p>		SPALTE I		SPALTE II		NEIN	JA	NEIN	JA	1. <u>Atemnot</u> oder Schwierigkeiten, Luft zu bekommen?	1	5*	1	5	2. <u>Herzklopfen</u> ?	1	5*	1	5	3. <u>Schwindel</u> , <u>Benommenheitsgefühle</u> ?	1	5*	1	5	4. Hatten Sie ein <u>Engegefühl</u> oder <u>Schmerzen in Brust oder Magen</u> ?	1	5*	1	5	5. Hatten Sie <u>Kribbel- oder Taubheitsgefühle</u> in den <u>Fingern oder Füßen</u> ? ..	1	5			6. Hatten Sie <u>Erstickungsgefühle</u> ?	1	5			7. Fühlten Sie sich einer <u>Ohnmacht nahe</u> ?	1	5			8. Haben Sie <u>geschwitzt</u> ?	1	5			9. Haben Sie <u>gezittert</u> oder gebebt?	1	5			10. Hatten Sie <u>Hitzewallungen</u> oder <u>Kälteschauer</u> ?	1	5			11. Empfanden Sie sich selbst oder <u>die Dinge</u> um Sie herum als <u>unwirklich</u> ? ..	1	5			12. Hatten Sie die Befürchtung, dass Sie <u>sterben könnten</u> ?	1	5			13. Hatten Sie die <u>Befürchtung, verrückt zu werden</u> ?	1	5			14. Verspürten Sie einen <u>Brechreiz</u> ?	1	5*	1	5	15. Hatten Sie <u>Bauchschmerzen</u> ?	1	5*	1	5	16. Hatten Sie <u>Atemnot</u> oder <u>Beklemmungsgefühle</u> ?	1	5			17. Hatten Sie einen <u>trockenen Mund</u> ?	1	5		
	SPALTE I		SPALTE II																																																																																												
	NEIN	JA	NEIN	JA																																																																																											
1. <u>Atemnot</u> oder Schwierigkeiten, Luft zu bekommen?	1	5*	1	5																																																																																											
2. <u>Herzklopfen</u> ?	1	5*	1	5																																																																																											
3. <u>Schwindel</u> , <u>Benommenheitsgefühle</u> ?	1	5*	1	5																																																																																											
4. Hatten Sie ein <u>Engegefühl</u> oder <u>Schmerzen in Brust oder Magen</u> ?	1	5*	1	5																																																																																											
5. Hatten Sie <u>Kribbel- oder Taubheitsgefühle</u> in den <u>Fingern oder Füßen</u> ? ..	1	5																																																																																													
6. Hatten Sie <u>Erstickungsgefühle</u> ?	1	5																																																																																													
7. Fühlten Sie sich einer <u>Ohnmacht nahe</u> ?	1	5																																																																																													
8. Haben Sie <u>geschwitzt</u> ?	1	5																																																																																													
9. Haben Sie <u>gezittert</u> oder gebebt?	1	5																																																																																													
10. Hatten Sie <u>Hitzewallungen</u> oder <u>Kälteschauer</u> ?	1	5																																																																																													
11. Empfanden Sie sich selbst oder <u>die Dinge</u> um Sie herum als <u>unwirklich</u> ? ..	1	5																																																																																													
12. Hatten Sie die Befürchtung, dass Sie <u>sterben könnten</u> ?	1	5																																																																																													
13. Hatten Sie die <u>Befürchtung, verrückt zu werden</u> ?	1	5																																																																																													
14. Verspürten Sie einen <u>Brechreiz</u> ?	1	5*	1	5																																																																																											
15. Hatten Sie <u>Bauchschmerzen</u> ?	1	5*	1	5																																																																																											
16. Hatten Sie <u>Atemnot</u> oder <u>Beklemmungsgefühle</u> ?	1	5																																																																																													
17. Hatten Sie einen <u>trockenen Mund</u> ?	1	5																																																																																													
D5	WURDE IN D4 1–17 MEHR ALS EINE 5/5* KODIERT? NEIN (→ D11) 1 JA 5																																																																																														
D6	Wann hatten Sie zum (ersten/letzten) Mal einen derartigen Angstanfall, mit einigen der genannten Symptome wie z. B. ... (NENNE EINIGE MIT 5/5* KODIERTEN SYMPTOME AUS D4, 1–17)? ONS: 1 2 3 4 5 6 ALTER ONS: _/_/ REC: 1 2 3 4 5 6 ALTER REC: _/_/																																																																																														
D7	Gab es jemals eine Zeitspanne von mehr als einem Monat, in der Sie jede Woche mindestens 4 solcher Angstanfälle hatten? NEIN 1 JA (→ D10) 5																																																																																														
D8	Hatten Sie jemals 4 Angstanfälle innerhalb von 4 aufeinanderfolgenden Wochen? NEIN 1 JA (→ D10) 5																																																																																														

Abb. 1 Eingangsfragen der Sektion D (Angststörungen) des Composite International Diagnostic Interview (CIDI). (Nach Wittchen und Semmler 1992)

Schizophrenie

Name: _____
 Alter: _____ Datum: _____

G1 • Ermitteln Sie die Art der psychotischen Symptomatik
 • Zeitkriterien für alle Symptome: die meiste Zeit in einer mindestens einen Monat dauernden psychotischen Episode (oder irgendwann während der meisten Tage)

- 1 a** Gedankenlautwerden, Gedankeneneignung, Gedankenentzug oder Gedankenausbreitung Nein Verdacht Ja
- b** Kontroll- oder Beeinflussungswahl oder Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder auf bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahrnehmung.
- c** Hören von Stimmen,
 • die das Verhalten des Patienten laufend kommentieren,
 • oder die im Dialog über ihn sprechen,
 • oder andere Formen von Stimmen, die aus bestimmten Körperteilen kommen.
- d** Anderer anhaltender Wahn, der kulturell unangemessen und völlig unmöglich ist z.B. das Wetter kontrollieren zu können oder mit Wesen einer anderen Welt in Beziehung zu stehen.
- 2 a** Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, jeden Tag für mindestens einen Monat,
 • begleitet von (flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten) Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung,
 • oder begleitet von anhaltenden überwertigen Ideen.
- b** Neologismen, Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit oder danebenreden führt.
- c** Katatone Symptome z.B. Erregung, Haltungstereotypen, Negativismus, Mutismus, Stupor.
- d** »Negative« Symptome, nicht verursacht durch Depression oder Neuroleptika z.B. auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachter oder inadäquater Affekt.

Kriterium G1 ist unter folgenden Bedingungen erfüllt:
 • Mindestens 1 Merkmal aus 1a bis 1d trifft zu
 • oder mindestens 2 Merkmale aus 2a bis 2d treffen zu

© 1995 Verlag Hans Huber, Bern

82219-7

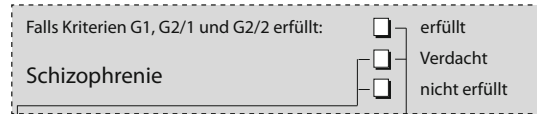
Ordnen Sie die angekreuzte Symptomatik zeitlich ein:
 Ja Verdacht Ja Verdacht Ja Verdacht
Derzeit: Symptomatik besteht derzeit erstmalig. **Derzeit und früher:** Symptomatik besteht derzeit und lag auch zu einem früheren Zeitraum vor. **Früher:** Symptomatik bestand zu einem früheren Zeitpunkt (angeben: _____)

G2/1 Schließen Sie aus: Schizoaffektive oder affektive Störung

- Kriterium G2/1 ist erfüllt, wenn die Kriterien einer manischen oder depressiven Episode nicht erfüllt sind.
 - Kriterium G2/1 ist erfüllt, wenn die Kriterien einer manischen oder depressiven Episode zwar erfüllt sind, aber Kriterium G1 der Schizophrenie bereits vor der Entwicklung der affektiven Symptome bestanden hatte.
- Beurteilen Sie Kriterium G2/1: Ende ← nicht erfüllt Verdacht erfüllt

G2/2 Schließen Sie aus: Organische Ätiologie

Die Störung ist auf eine Erkrankung des Gehirns oder auf alkohol- oder drogenbedingte Intoxikation, Abhängigkeit oder Entzug zurückzuführen. Ende ← Ja Verdacht Nein



- Überprüfen Sie, welche der anderen untenstehenden Diagnosen für psychotische Störungen in Frage kommen (falls möglich, mit Hilfe der entsprechenden IDCL).
- Schizophrenia simplex Verdacht Ja
 - Schizoaffektive Störung Verdacht Ja
 - Wahnhafte Störung Verdacht Ja
 - Vorübergehende psychotische Störung Verdacht Ja
 - Affektive Störung mit psychotischen Symptomen Verdacht Ja
 - Andere (F28)/nicht näher bezeichnete (F29) nichtorg. Störung Verdacht Ja
- Bestimmen Sie den Typus der Schizophrenie und die entsprechende Diagnose (Seiten 3 und 4).

Paranoide Schizophrenie F20.0 X → Verdacht Ja

Zur Diagnose müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- Wahn oder Halluzinationen stehen im Vordergrund
- Das klinische Bild ist nicht beherrscht von verflachtem oder inadäquatem Affekt, katatonen Symptomen oder Zerfahrenheit (obwohl diese Symptome in leichter Form vorhanden sein können).

Hebephrene Schizophrenie F20.1 X → Verdacht Ja

Zur Diagnose müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- Eindeutige u. anhaltende Verachtung o. Oberflächlichkeit d. Affekts, oder eindeutiger u. anhaltender inadäquater o. unangebrachter Affekt.
- Verhalten ist ziellos und unzusammenhängend statt zielstrebig, oder eindeutige Denkstörung, die sich in unzusammenhängender, weitschweifiger oder zerfahrener Sprache zeigt.
- Das klinische Bild ist nicht beherrscht von Halluzinationen oder Wahn (obwohl diese Symptome in leichter Form vorhanden sein können).

Katatone Schizophrenie F20.2 X → Verdacht Ja

Zur Diagnose müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- Eines oder mehrere der folgenden katatonen Symptome stehen im Vordergrund für einen Zeitraum von mindestens 2 Wochen:
- **Stupor** (deutliche Verminderung der Reaktionen auf die Umgebung und Verminderung der spontanen Bewegungen und Aktivität), oder **Mutismus**
- **Erregung** (anscheinend sinnlose motorische Aktivität, die nicht durch äußere Reize beeinflusst ist)
- **Haltungstereotypen** (freiwilliges Einnehmen und Beibehalten unsinniger und bizarrer Haltungen)
- **Negativismus** (ein anscheinend unmotivierter Widerstand gegenüber Aufforderungen oder Versuchen, bewegt zu werden, oder Bewegungen in die entgegengesetzte Richtung)
- **Rigidität** (Beibehaltung einer steifen Haltung gegenüber Versuchen, bewegt zu werden)
- **Wächserne Biegsamkeit** (Verharren von Gliedern und Körper in Haltungen, die von außen auferlegt sind)
- **Befehlsautomatismus** (automatische Befolgung von Anweisungen)

Undifferenzierte Schizophrenie F20.3 X → Verdacht Ja

Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien für die Subtypen paranoide Schizophrenie, hebephrene Schizophrenie, katatone Schizophrenie, postschizophrene Depression oder schizophrenes Residuum; oder so zahlreiche Symptome, dass die Kriterien für mehr als einen dieser Subtypen erfüllt sind

Postschizophrene Depression F20.4 X → Verdacht Ja

Zur Diagnose müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- Die allgemeinen Kriterien der Schizophrenie (Typus F20.0-F20.3) waren während der letzten 12 Monate erfüllt, sie sind derzeit jedoch nicht erfüllt; eines der Symptome G1(2) a, b, c oder d besteht derzeit noch.
- Depressive Symptome sind anhaltend, schwer und umfassend genug, um mind. die Kriterien einer leichten depressiven Episode zu erfüllen.

Schizophrenes Residuum F20.5 X → Verdacht Ja

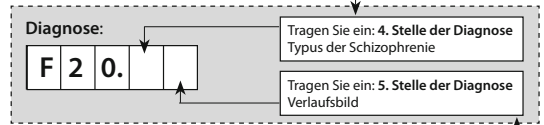
Zur Diagnose müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- Die allgemeinen Kriterien der Schizophrenie (Typus F20.0-F20.3) waren einmal in der Vergangenheit erfüllt, sie sind derzeit jedoch nicht erfüllt.
- Mindestens vier der folgenden »negativen« Symptome waren in den letzten 12 Monaten durchgehend vorhanden.

- | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Nein | Verdacht | Ja | | Nein | Verdacht | Ja |
| * Deutliche Affektverflachung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | * Verarmung der Sprache (Menge oder Inhalt) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Passivität und Initiativmangel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | * Vernachlässigung in sozialer Leistung oder Körperpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Psychomotorische Verlangsamung oder verminderte Aktivität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | * Geringe nonverbale Kommunikation durch Mimik, Blickkontakt, Stimmmodulation oder Körperhaltung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8 = Andere Schizophrenie F20. X → Verdacht Ja

9 = Nicht näher bezeichnete Schizophrenie F20. X → Verdacht Ja



- kontinuierlich (keine Remission psychotischer Symptome im Beobachtungszeitraum) = 0
- episodisch, mit zunehmender Entwicklung »negativer« Symptome zwischen den Episoden = 1
- episodisch, mit anhaltenden, aber nicht zunehmenden »negativen« Symptomen = 2
- episodisch remittierend, mit (fast) vollständigen Remissionen zwischen den Episoden = 3
- unvollständige Remission = 4
- vollständige Remission = 5
- anderes Verlaufsbild = 8
- Verlauf unsicher, Beobachtungszeitraum weniger als ein Jahr = 9

Abb. 2 Internationale Diagnosencheckliste für die Eingangskriterien einer Schizophrenie. (Nach Hiller et al. 1996; mit freundl. Genehmigung)

züglich des Zeitaufwands ökonomisch einsetzbar und erlauben z. T. auch eine Erhebung anhand von Krankengeschichten.

Vor- und Nachteile der Interviewverfahren

Prinzipiell gilt, dass sich die Komorbidität in der Regel mit Interviewverfahren adäquater abbilden lässt, da weniger Störungen übersehen werden. Zudem erreichen Interviews bei Patienten entgegen vieler Erwartungen eine durchaus gute Akzeptanz. Vor allem für Forschungsfragestellungen und die Klärung schwieriger differenzialdiagnostischer Fragen können diese Verfahren empfohlen werden.

Dem steht jedoch auch eine Reihe von Nachteilen gegenüber. Mit dem Ausmaß der Strukturierung bzw. Standardisierung des diagnostischen Interviews gehen subjektive, emotionale und szenische Informationen wie auch das psychotherapeutische Element des Erstgesprächs verloren; subjektiven Akzentuierungen der Patienten wird ein geringer Stellenwert eingeräumt. Zudem ist der Zeitaufwand, der für die umfassenden Verfahren z. T. mehrere Stunden beträgt, erheblich. Durch die Vielzahl der erhobenen Informationen kann die Auswertung in der Regel nur computerisiert erfolgen, wobei aber nur für einen Teil der vorliegenden Interviews bisher Programme vorliegen.

Übersicht gebräuchlicher Instrumente

Tab. 6 gibt einen Überblick zu einer Auswahl gegenwärtig vorliegender Instrumente. Dabei ist zu berücksichtigen, dass alle Interviewverfahren, die den Anspruch verfolgen, den Gesamtbereich psychischer Störungen abzubilden, die Persönlichkeitsstörungen nicht erfassen.

Das wahrscheinlich international am weitesten verbreitete Interviewverfahren ist das für epidemiologische Untersuchungsansätze entwickelte CIDI (zur Erklärung der Abkürzungen Tab. 6), für das zudem ein computerisierter Auswer-

tungsalgorithmus sowie eine interaktive Laptop-Version für Patienten vorliegt.

Ebenfalls in Zusammenarbeit mit Arbeitsgruppen der WHO wurde das SCAN entwickelt, das als abwärtskompatibles Nachfolgeinstrument des v. a. in der Schizophrenieforschung breit verwendeten Present State Examination (PSE) von einiger Bedeutung ist.

Vor allem für Familienstudien wurde von amerikanischen Arbeitsgruppen das SADS entwickelt, das neben dem SKID v. a. in den USA häufig verwendet wird. Für diese Instrumente liegen deutsche Übersetzungen vor.

Zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen kann das IPDE als das international führende Interviewverfahren herausgestellt werden, während für den Bereich der Demenzen das SIDAM am anerkanntesten ist.

Bezüglich ihrer Reliabilität und Validität gut untersucht, sind die Internationalen Diagnosenchecklisten für den Gesamtbereich psychischer Störungen, die durch spezielle Checklisten für die Erfassung von Persönlichkeitsstörungen erweitert wurden.

4 Ausblick

Mit der Veröffentlichung des DSM-5 2013 ist eine breite Diskussionswelle erfolgt, die die diagnostische Schwellensenkung bei vielen psychischen Störungen stark kritisiert hat (z. B. Frances 2013) und in der hervorgehoben wird, dass das DSM-5 wahrscheinlich im Bereich der Forschung keine so überragende Rolle mehr spielen wird, wie es bei den Vorgängerversionen DSM-III-R und DSM-IV der Fall war. Gegenwärtig arbeiten verschiedene Forschungsgruppen der Weltgesundheitsorganisation an der ICD-11, mit deren Erscheinen aber angesichts der noch notwendigen Feldstudien und internationalen Abstimmungsprozesse erst in einigen Jahren zu rechnen ist (Zielasek et al. 2010).

Tab. 6 Untersuchungsinstrumente zur Diagnostik nach ICD-10 und DSM-III-R

Bereich	Gruppe	Bezeichnung/Abkürzung	System
Gesamtbereich psychischer Störungen	Strl	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R (SKID)	DSM-IV
	Strl	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)	ICD-10, DSM-III-R
	Strl	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)	DSM-III-R
	Stal	Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	ICD-10, DSM-III-R
	CL	Internationale Diagnosenchecklisten (IDCL)	ICD-10, DSM-IV
	CL	ICD-10 Merkmalsliste (ICDML)	ICD-10
Persönlichkeitsstörungen	Strl	International Personality Disorder Examination (IPDE)	ICD-10, DSM-III-R
	Strl	Standardized Assessment of Personality (SAP)	ICD-10
	CL	Internationale Diagnosenchecklisten für Persönlichkeitsstörungen (IDCL-P)	ICD-10, DSM-IV
Demenz	Strl	Strukturiertes Interview für die Diagnose von Demenzen (SIDAM)	

Strl Strukturiertes Interview; Stal Standardisiertes Interview; CL Checklisten

Literatur

- American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-III), 3. Aufl. American Psychiatric Press, Washington DC
- American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, revised (DSM-III-R), 3. Aufl. American Psychiatric Press, Washington DC
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-IV), 4. Aufl. American Psychiatric Press, Washington DC
- American Psychiatric Association (2013) Diagnostik and statistical manual of mental disorders, (DSM-5), 5. Aufl. American Psychiatric Publishing. In: Deutsche Übersetzung: Falkai, P, Wittchen, HU (Hrsg) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5. Hogrefe-Verlag, Göttingen
- Angst J (1994) Das Komorbiditätskonzept in der psychiatrischen Diagnostik. In: Dilling H, Schulte-Markwart E, Freyberger HJ (Hrsg) Von der ICD-9 zur ICD-10. Neue Ansätze der Diagnostik psychischer Störungen in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Huber, Bern
- Arbeitskreis OPD (Hrsg) (2014) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2). Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung, 3. Aufl. Huber, Bern
- Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg) (2013) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. OPD-KJ 2. Grundlagen und Manual. Huber, Bern
- Birkenbach J, Bickenbach J, Cieza A, Rauch A, Stucki G (Hrsg) (2012) Die ICF Core Sets. Manual für die klinische Anwendung. Huber, Bern
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (Hrsg) (1994) Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision (ICD-10). Amtliche deutschsprachige Ausgabe. Huber, Bern
- Dilling H, Freyberger HJ (Hrsg) (2015) Weltgesundheitsorganisation – Taschenführer der Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10: DCR-10, 8. Aufl. Huber, Bern
- Dilling H, Freyberger HJ, Kanitz RD, Müßigbrodt H (1997) Didaktische Materialien zum Kapitel V (F) der ICD-10. Huber, Bern
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (2015) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern
- Dittmann V, Freyberger HJ, Stieglitz RD (1990a) Zeit- und Verlaufskriterien in der operationalisierten Diagnostik. In: Baumann U, Fährdrich E, Stieglitz RD, Woggon B (Hrsg) Methodische Aspekte der Veränderungsmessung in Psychiatrie und klinischer Psychologie. Profil-Verlag, München, S 260–271
- Dittmann V, Freyberger HJ, Stieglitz RD (1990b) Multiaxiale Diagnostik in der Psychiatrie. TW Neurologie/Psychiatrie 4:640–650
- Essen-Möller E, Wohlfahrt S (1947) Suggestions for the amendment of the official Swedish classification of mental disorders. Acta Psychiatr Scand 47:551–555
- Frances A (2013) Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. DuMont, Köln
- Freyberger HJ, Dilling H (Hrsg) (2014) Das Fallbuch Psychiatrie – Kasuistiken zum Kapitel V der ICD-10, 2. Aufl. Huber, Bern
- Freyberger HJ, Dittmann V, Stieglitz RD, Dilling H (1990) ICD-10 in der Erprobung: Ergebnisse einer multizentrischen Feldstudie in den deutschsprachigen Ländern. Nervenarzt 61:271–275
- Freyberger HJ, Schneider W, Malchow CP (1995) The assessment of comorbidity in the diagnosis of psychosomatic and neurotic disorders – results from the ICD-10 field trials with the Diagnostic Criteria for Research (DCR) in Germany. Psychother Psychosom 63:90–98
- Freyberger HJ, Dierse B, Schneider W et al (1996) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) in der Erprobung – Ergebnisse einer multizentrischen Anwendungs- und Praktikabilitätsstudie. Psychother Psychosom Med Psychol 46:356–365
- Freyberger HJ, Stieglitz RD, Wittchen HU (2000) Klassifikation. In: Stieglitz RD, Baumann U, Freyberger HJ (Hrsg) Psychodiagnostik. In: Klinische Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie. Enke, Stuttgart, S 50–64
- Haug HJ, Stieglitz RD (Hrsg) (1997) Das AMDP-System in der klinischen Anwendung und Forschung. Hogrefe, Göttingen
- Hiller W, Zaudig M, Mombour W (1996) Internationale Diagnosenchecklisten für ICD-10 und DSM-IV. Hogrefe AG, Bern
- Hollenweger J, Kraus de Camargo O (Hrsg) (2012) ICD-CY. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Huber, Bern
- Knölker U, Schulte-Markwort M (2002) Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Freyberger HJ, Stieglitz RD (Hrsg) Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie. Karger, Basel
- Krausz M, Haasen C (Hrsg) (1996) Langzeitperspektiven süchtigen Verhaltens. Lambertus, Freiburg i. Br
- Matthesius RG, Jochheim KA, Barolin GS, Heinz C (Hrsg) (1995) International classification of impairments, disabilities and handicaps der WHO. Teil 1: Die ICDH – Bedeutung und Perspektiven. Teil 2: Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. Ullstein-Mosby, Berlin
- Mezzich JE, Bergenza LE (2005) Purposes and models of diagnostic systems. Psychopathology 38:162–165
- Michels R, Siebel U, Freyberger HJ et al (1996) The multiaxial system of ICD-10: evaluation of a preliminary draft in a multicentric field trial. Psychopathology 29:347–356
- Müssigbrodt H, Kleinschmidt S, Schürmann A, Freyberger HJ, Dilling H (2014) Psychische Störungen in der Praxis. Leitfaden zur Diagnostik und Therapie in der primären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung nach dem Kapitel V (F) der ICD-10, 5. Aufl. Huber, Bern
- Regier AD, Farmer ME, Rae DS et al (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. JAMA 264:2511–2518
- Remschmidt H, Schmidt MH, Poustka F (Hrsg) (2012) Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO, 6. Aufl. Huber, Bern
- Rudolf G, Brande T, Oberbracht C, Jakobsen T (1996) Erste empirische Untersuchungen zu einem neuen diagnostischen System: Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). Z Psychosom Med 42:343–347
- Rutter M, Shaffer D, Shepard M (1975) A multiaxial classification of child psychiatric disorders. WHO, Genf
- Sartorius N, Üstün TB, Costa e Silva JA et al (1993) An international study on psychological problems in primary care. Arch Gen Psychiatry 50:819–824
- Saß H (1987) Die Krise der psychiatrischen Diagnostik. Fortschr Neurol Psychiatr 55:355–360
- Schneider W, Freyberger HJ (1994) Diagnostik nach ICD-10 – Möglichkeiten und Grenzen für die Psychotherapie/Psychosomatik. Psychotherapeut 39:269–275
- Schneider W, Freyberger HJ (2014) Diagnostik in der Psychotherapie. Psychotherapeut 59:439–447
- Schneider W, Klauer T, Freyberger HJ (2008) Operationalized psychodynamic diagnosis in planning and evaluating the psychotherapeutic process. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 258(Suppl 5):86–91
- Siebel U, Michels R, Freyberger HJ, Dilling H (1997) Das multiaxiale System zum Kapitel V (F) der ICD-10. Unveröffentlichtes Manuskript, Klinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität Lübeck
- Spitzer RL, Fleiss JL (1974) A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. Br J Psychiatry 125:341–347
- Stieglitz RD, Freyberger HJ (2002) Klassifikation und diagnostischer Prozeß. In: Freyberger HJ, Stieglitz RD (Hrsg) Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie. Karger, Basel

- Üstün TB, Sartorius N (Hrsg) (1995) *Mental illness in general health care. An international study*. Wiley, Chichester/New York
- Wittchen HU (1993) Diagnostik psychischer Störungen: Über die Optimierung der Reliabilität zur Verbesserung der Validität. In: Möller HJ, Berger M, Wittchen HU (Hrsg) *Psychiatrie als empirische Wissenschaft*. Zuckerwerdt, München, S 17–39
- Wittchen HU, Semmler G (1992) *Composite international diagnostic interview*. Beltz-Test, Weinheim
- World Health Organization (1992) *Tenth revision of the international classification of diseases. ICD-10, chapter V (F): Mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. WHO, Genf
- World Health Organization (1994) *Tenth revision of the international classification of diseases. ICD-10, chapter V (F): Mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research (DCR)*. WHO, Genf
- World Health Organization (1995) *Tenth revision of the international classification of diseases. ICD-10, chapter V (F): Mental and behavioural disorders. Primary health care classification (PHC)*. WHO, Genf
- Zielasek J, Freyberger HJ, Jänner M et al (2010) Assessing the opinions and experiences of German-speaking psychiatrists regarding necessary changes for the eleventh revision of the mental disorders chapter of the international classification of disorders (ICD-11). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 25:437–442