

1 Psychiatrische Klassifikationssysteme und Komorbidität

Rolf-Dieter Stieglitz

1.1 Einleitung

Ein wesentliches Kennzeichen aktueller Klassifikationssysteme stellt das Komorbiditätsprinzip dar. *Komorbidität* (engl.: comorbidity) bedeutet allgemein das gemeinsame Auftreten verschiedener psychischer Störungen bei einer Person. Im ICD-10 Lexikon finden sich folgende Erläuterungen dazu (WHO 2002, S. 77):

»Eine Erweiterung der diagnostischen Möglichkeiten bietet das Prinzip der Komorbidität. Hierdurch werden in vielen Fällen die Schwere der Erkrankung, der ungünstige Krankheitsverlauf, das Erfordernis besonderer therapeutischer Interventionen, die schlechteren Behandlungsergebnisse und die ungünstigere Prognose klarer deutlich. So lässt sich die Vielfalt des klinischen Bildes durch mehrere Diagnosen besser beschreiben, was häufig vernachlässigt wird. Dabei gilt der Grundsatz: So viele Diagnosen wie nötig, aber nicht mehr als erforderlich!«

Als *komorbide Diagnosen* werden somit Diagnosen bezeichnet, die gleichzeitig bei einem Patienten vorliegen (z. B. eine Angst- und eine Persönlichkeitsstörung).

Ein Spezialfall von Komorbidität stellen *duale Diagnosen oder Doppeldiagnosen* dar (vgl. Moggi & Donati 2004), von denen man dann spricht, wenn eine Störung durch psychotrope Substanzen mit einer anderen psychischen Störung gemeinsam auftritt (z. B. schizophrene Störung). Eine Zusammenstellung weiterer in diesem Kontext oft verwendeter Begriffe findet sich bei Stieglitz und Volz (2007).

1.2 Historische Anmerkungen

Das Komorbiditätsprinzip stellt eine Abkehr von früher dominierenden diagnostischen Hierarchieregeln dar, die vor allem mit dem Namen Karl Jaspers verbunden sind (vgl. hierzu Garcia 1987). Die *Jaspers'sche Schichtenregel* bezeichnet eine Vorgehensweise im diagnostischen Prozess, wonach psychische Erkrankungen in sog. Schichten angeordnet sind (von organischen Störungen über affektive Störungen bis hin zu den Neurosen; Jaspers 1973). Jede »tieferliegende« Erkrankung kann das Erscheinungsbild der darüberliegenden annehmen. Die eigentliche Diagnose muss anhand der tieferliegenden Erkrankung erfolgen. So wird angenom-

men, dass z. B. organische Störungen zeitweilig wie schizophrene Störungen aussehen können und daher eine organische Störung zu diagnostizieren sei. Als Begründung für die Einführung dieser Regel findet man verschiedene Argumente:

- Identifizierung der wichtigsten Diagnose für Behandlung und Therapie,
- Identifizierung derjenigen Diagnose mit der sparsamsten Erklärung der Phänomenologie,
- Hilfe im differentialdiagnostischen Prozess,
- Identifizierung von sog. »reinen« Fällen.

Die *ICD-9* orientierte sich zwar wesentlich an hierarchischen Prinzipien der Diagnostik. Es fanden sich hier jedoch bereits erste Hinweise, wie bei jenen Patienten zu verfahren sei, die eine komplexere Symptomatik aufweisen:

»(...) wenn angebracht, mehrere Diagnosen aufgezeichnet werden. In Abhängigkeit vom Zwecke der Diagnosensammlung sollten Regeln für die Vorrangigkeit aufgestellt werden, um die Reihenfolge festzulegen, in der die Diagnosen dokumentiert werden sollen. Hierarchische Regeln (...) sind für psychiatrische Diagnosen meist zufriedenstellend« (Degkwitz et al. 1980, S. 14).

Mit der Einführung des *DSM-III* wurden erstmals psychische Störungen in einem Klassifikationssystem mittels operationaler Kriterien definiert (vgl. im Überblick Stieglitz 2008). Auch wenn im *DSM-III* nicht mehr explizit auf die Schichtenregel Bezug genommen wurde, so finden sich auch dort noch klinische Regeln, die implizit Hierarchien postulieren. Bei ca. 60 % der Störungen sind derartige diagnostische Hierarchieanweisungen bzw. diagnostische Ausschlussregeln zu erkennen (z. B. »nicht Folge einer ...«, »nicht durch ...«). Zwei Prinzipien wurden der Formulierung dieser Regeln zugrunde gelegt:

1. Wenn eine organische Störung die Symptome erklären kann, kann man nicht eine andere Diagnose stellen, die dieselben Symptome beinhaltet (z. B. eine organische bedingte Angststörung schließt eine komorbide Diagnose einer Panikstörung aus).
2. Wenn eine umfassende (pervasive) Störung (z. B. eine mit einem weiten Spektrum an Symptomen) Symptome hat, die sich mit Symptomen einer weniger umfassenden Störung überlappen (z. B. Schizophrenie versus Schizophrenie und dysthyme Störung).

Im *DSM-III* findet sich jedoch unter Rubrik »Mehrfachdiagnosen auf Achse I und Achse II« der Hinweis, dass bei Bedarf Mehrfachdiagnosen zu stellen sind, um den aktuellen Zustand zu beschreiben. Als Beispiel wird ein Patient genannt, der neben einer substanzinduzierten Störung auch eine affektive Störung haben kann. Es können mehrere Diagnosen in derselben Klasse bestehen (z. B. typische Depression und Dysthymie), während sich in anderen Klassen Subtypen ausschließen (z. B. bei den schizophrenen Störungen).

Für die Aufgabe des Hierarchieprinzips und Etablierung des Komorbiditätsprinzips in den aktuellen Klassifikationssystemen finden sich verschiedene Argumente. Von verschiedenen Autoren (z. B. van Praag 1993) wird die Ansicht ver-

treten, dass die Psychiatrie durch die Anwendung hierarchischer Prinzipien wenig Gewinn gehabt hat, da sie

- mit einem Verlust an Informationen über den Patienten einhergehen,
- einen Verlust an therapeutischen Möglichkeiten beinhalten, da wenig Evidenz besteht, dass »niedrigere« Syndrome verschwinden, wenn »höhere« Syndrome erfolgreich behandelt werden,
- einen Verlust an Validierungsmöglichkeiten bedeuten, insbesondere der biologischen Forschung. (Beispiel: Wie kann man biologische Ergebnisse in der Schizophrenie interpretieren, wenn bei bestimmten Patienten die Koexistenz einer depressiven Störung besteht, bei anderen nicht?)

Empirische Studien haben zudem belegen können, dass es für die Hierarchisierung oft keine ausreichende Begründung gibt. So haben verschiedene Arbeiten zeigen können, dass bestimmte Störungen überzufällig häufig gemeinsam miteinander auftreten, d. h. unter Umständen nicht zufällig kovariieren. Zu nennen sind hierbei insbesondere Schizophrenie und substanzbedingte Störungen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen oder depressive und Angststörungen. Insbesondere Persönlichkeitsstörungen sowie substanzbedingte Störungen haben sehr häufig den Status von komorbiden Störungen über alle anderen Störungsgruppen hinweg.

Zu den allgemeinen Neuerungen im *DSM-III-R* zählte die Relativierung bestimmter diagnostischer Hierarchieregeln. Im Unterschied zum *DSM-III* wurden in vielen Bereichen die hierarchischen Vorschriften weitgehend aufgehoben (z. B. Angststörungen) und mussten dem Konzept der Komorbidität weichen. Dieses galt zudem nicht nur für den Querschnittsbefund, sondern auch für die gesamte Lebensspanne des Patienten. Allein aufgrund dieser Entwicklung ergab sich eine deutliche Zunahme potentieller Komorbiditäten. Auch die stringendere Definition der Störungen durch deren Operationalisierungen trägt hierzu bei.

Vom *DSM-III-R* zum *DSM-IV* gab es keine grundlegenden Änderungen. Das Komorbiditätsprinzip wurde weiter explizit favorisiert, wenngleich sich weiterhin Hinweise auf den Ausschluss anderer Diagnosen bzw. Hinweise auf Differentialdiagnosen finden, die umschrieben wurden durch Formulierungen wie »die Kriterien für ... waren niemals erfüllt« oder »kann nicht besser durch ... erklärt werden«.

Bei Störungsbildern, die die Kriterien für mehr als eine Störung erfüllen, sollen auch mehrere Diagnosen vergeben werden. Es werden jedoch auch Situationen genannt, in denen diagnostische Hierarchien gebildet werden, um multiple Diagnosen zu vermeiden (u. a. psychische Störungen, die durch medizinische Krankheitsfaktoren oder Substanzwirkungen erklärbar sind). Die Dokumentation kann im multiaxialen System erfolgen resp. durch einfache Auflistung. Dabei gilt die Regel, so viele gleichzeitig vorhandene psychische Störungen, medizinische Krankheitsfaktoren und andere Faktoren, die für die Versorgung und Behandlung wichtig sind, zu erfassen. Die Hauptdiagnose bzw. der Konsultationsgrund sollte an erster Stelle stehen.

1.3 Das Komorbiditätsprinzip in den aktuellen Klassifikationssystemen

In Forschung und Praxis sind gegenwärtig die ICD-10 und das DSM-IV/DSM-5 dominierend. Die ICD-10 stellt das Klassifikationssystem der World Health Organization (WHO) dar und ist für die Mitgliedsländer verbindlich, wogegen das DSM-5 als nationales System der American Psychiatric Association (APA) in der Praxis einen begrenzten Einfluss hat, jedoch in der Forschung klar dominant ist.

Im *DSM-5* besteht das Komorbiditätskonzept unverändert weiter, das multi-axiale System wurde jedoch aufgegeben. Es finden sich zwar keine expliziten Ausführungen zu deren Anwendung, jedoch sind bei allen psychischen Störungen jeweils Unterabschnitte zur Komorbidität enthalten.

In die *ICD-10* wurde das Konzept der Komorbidität erstmals explizit eingefügt und stellt eines der wichtigsten konzeptuellen Neuerungen gegenüber der ICD-9 dar (WHO 2002). In den Klinisch-diagnostischen Leitlinien (1. Auflage, Dilling et al. 1991, S.20) findet sich unter der Überschrift »Verschlüsselung von mehr als einer Diagnose« die generelle Regel, so viele Diagnosen zu verschlüsseln, wie für die Beschreibung des klinischen Bildes notwendig sind. Folgende weitere Empfehlungen finden sich:

- Es sollte zwischen einer Hauptdiagnose sowie Neben- bzw. Zusatzdiagnosen unterschieden werden.
- Priorität hat die Diagnose mit der größten aktuellen Bedeutung (meist die Störung, die zur Kontaktaufnahme mit der jeweiligen Institution oder Einrichtung geführt hat).
- Unter Berücksichtigung der Vorgeschichte kann jedoch unter anderen Bedingungen die wichtigste Diagnose die Lebenszeitdiagnose sein. (Beispiel: Patient mit einer schizophrenen Störung, der aktuell mit einer Angstsymptomatik erscheint.)
- Bei Unklarheit bezüglich der Reihenfolge der Störungen sollten diese in der numerischen Reihenfolge aufgeführt werden.

Weiterhin findet sich in der ICD-10 der explizite Hinweis, auch die anderen Kapitel der ICD-10 zur Verschlüsselung heranzuziehen (z. B. Kapitel VI Krankheiten des Nervensystems, G). Dennoch gibt es auch in der ICD-10 wie im DSM-IV eine Reihe von Ausschlusskriterien bzw. auszuschließende Diagnosen.

Ebenfalls wie im DSM-5 besteht grundsätzlich die Möglichkeit der Verschlüsselung von Diagnosen aus verschiedenen Abschnitten (z. B. Panikstörung und depressive Episode) oder innerhalb eines Abschnitts (z. B. depressive Episode und Dysthymie). Bei anderen Abschnitten ist jedoch eine Komorbidität von Subtypen nicht möglich (z. B. Schizophrenie).

In einigen Abschnitten wird jedoch vom Prinzip der Komorbidität abgewichen, indem übergeordnete Einheiten geschaffen wurden. Folgende Beispiele seien exemplarisch genannt:

- Abschnitt F1 »Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen«: Hier gibt es die Kodierung F19 »Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen«, die dann zu wählen ist, wenn ein Patient verschiedene Substanzen konsumiert.
- Abschnitt F4 »Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen«: Hier gibt es unter den anderen Angststörungen eine Störungsgruppe F41.2 »Angst und depressive Störung, gemischt«, die dann zu diagnostizieren ist, wenn Angst und Depression gleichzeitig vorliegen, jedoch der Schweregrad nicht rechtfertigt, beide Diagnosen zu stellen.
- Abschnitt F6 »Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen«: Die Kodierung F61 »kombinierte Persönlichkeitsstörung« ist dann zu wählen, wenn mehrere Störungen vorliegen, jedoch kein vorherrschendes Symptombild einer spezifischen Persönlichkeitsstörung besteht.

Im Unterschied zum DSM-5 verfügt die ICD-10 über verschiedene Versionen, wobei die Unterscheidung zwischen den klinisch-diagnostischen Leitlinien und den Kriterien für Forschung und Praxis wichtig ist (vgl. im Überblick hierzu Stieglitz 2008). Erstere sind, was die Symptom- und Zeitkriterien betrifft, z. T. weniger präzise, ermöglichen damit zwar eine flexiblere Anwendung, bedeuten im Hinblick auf Komorbidität auch eher die Möglichkeit, komorbide Störungen zu diagnostizieren.

Abschließend noch einige Anmerkungen zum aktuellen Stand der *ICD-11*. Die vorläufige Version der ICD-11 wurde im Juni 2018 publiziert, in der WHO-Vollversammlung im Mai 2019 verabschiedet und soll 2022 offiziell in den Mitgliedsländern eingeführt werden. Gegenüber der ICD-10 wird es in der ICD-11 einige grundlegende *Änderungen* geben. Dies betrifft verschiedene Aspekte wie

- die Neustrukturierung der Abschnitte in Anlehnung an das DSM-5,
- die Aufgabe des alphanumerischen Systems (z. B. statt F20.x für schizophrene Störungen jetzt 6A20),
- die Aufnahme einiger neuer Störungen (z. B. komplexe PTSD).

Eine gegenüber ICD-10 und DSM-5 deutliche Veränderung wird im Bereich der *Persönlichkeitsstörungen* stattfinden. Die Diagnostik erfolgt in einem dreistufigen Prozess: Prüfung der allgemeinen Kriterien – Bestimmung des Schweregrades – Bestimmung der Präsentation der Persönlichkeitsproblematik. Das Komorbiditätsprinzip wird unverändert beibehalten werden.

1.4 Erhebungsinstrumente von Komorbidität

Der diagnostische Prozess wird durch eine Reihe von Fehlerquellen beeinflusst (Spitzer & Fleiß 1974). Bezogen auf die Diagnoseebene sind dies vor allem die Kriterien- und Informationsvarianz. Erste beinhaltet die unterschiedliche Anwendung von diagnostischen Kriterien zur Diagnosestellung, was durch die Operationalisierung von Störungen in ICD-10 und DSM-5 reduziert werden konnte. Letztere umfasst den Prozess der Informationserhebung zur Beurteilung der Kriterien, d. h. beinhaltet das Problem, dass Untersucher unterschiedliche Fragen im Hinblick auf die zu bewertenden Kriterien stellen. In traditioneller Weise wird die Diagnosestellung im Anschluss an ein *klinisches Interview* vorgenommen. In diesem Gespräch versucht der Untersucher, im Hinblick auf ein bestimmtes Klassifikationssystem Fragen in eigenen Worten zu formulieren, um Informationen für seine Diagnosestellung zu erhalten. Zahlreiche Studien haben zeigen können, dass die Interrater-Reliabilität solcher klinischer Interviews erfahrungsgemäß eher gering ist. Im Kontext von ICD-10 und damals noch DSM-III/DSM-IV wurde daher versucht, geeignete Untersuchungsinstrumente als Hilfsmittel zur Diagnosenstellung zu entwickeln. Insbesondere von Seiten der WHO wurde diese Strategie mit Beginn der Entwicklung der ICD-10 konsequent verfolgt, so dass heute eine Reihe von Instrumenten zu unterschiedlichen Bereichen psychischer Beeinträchtigungen vorliegen (vgl. im Überblick Stieglitz et al. 2001; Stieglitz & Freyberger 2017). Heute stehen folgende Gruppen diagnostischer Hilfsmittel zur Verfügung: Checklisten sowie strukturierte und standardisierte Interviews. Vor dem Einsatz dieser z. T. aufwendigen Instrumente bietet sich als erster Schritt der Einsatz von *Screeningverfahren* an, wenn der Verdacht auf das Vorliegen einer oder mehrerer psychischer Störung(en) besteht.

1.4.1 Screeningfragebögen

Beim Screening handelt es sich in der Regel um einfache, d. h. schnell und ökonomisch einsetzbare Selbstbeurteilungsverfahren. Diese können dem Untersucher erste wichtige Hinweise auf die Art der Störung liefern, deren genaue Prüfung dann z. B. durch Interviews erfolgen sollte. Hierzu gibt es verschiedene Möglichkeiten (vgl. Stieglitz & Volz 2007). Besonders zu erwähnen sind Screeningfragebögen in Anlehnung an ein Klassifikationssystem. Am bekanntesten sind die *Screeningfragebögen zum DIA-X* (Wittchen & Pfister 1987, s. a. nachfolgender Abschnitt). Diese liegen in drei Versionen vor. In der allgemeinsten Fassung werden Screeningfragen zu allen im DIA-X erfassbaren Störungen gestellt. Zusätzlich gibt es zwei differenzierte Versionen für den Depressions- und Angstbereich. Werden die aufgeführten Fragen positiv bewertet, müssen die entsprechenden Module des Interviews geprüft werden. Beispielfragen aus dem allgemeinen Screeningbogen finden sich in der Tabelle (► Tab. 1.1).

Tab. 1.1: Screeningfragen aus dem allgemeinen Screeningfragebogen (SSQ) des DIA-X (Beispiele; Wittchen & Pfister 1997)

Depressive Episoden/Dysthymie (Sektion E)	»Haben Sie jemals über mehr als 2 Wochen fast täglich unter Gefühlen von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit gelitten?«
Störungen durch Tabak (Sektion B)	»Haben Sie jemals über einen Zeitraum von 4 Wochen täglich Zigaretten geraucht?«
Störungen durch Alkohol (Sektion I)	»Haben Sie jemals über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten fast täglich ein Glas Alkohol, wie z. B. 0,2 l Wein oder 0,5 l Bier, getrunken oder waren Sie schon einmal betrunken?«
Störungen durch andere psychotrope Substanzen (Sektion L)	»Haben Sie schon mehrmals Anregungsmittel, Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerzmittel ohne ärztliche Verschreibung eingenommen oder in höherer Dosierung als verschrieben?«

Da eine Diagnose *nie* aufgrund der Ergebnisse eines Screeningverfahrens gestellt werden darf, muss im Anschluss daran ein differenziertes diagnostisches Verfahren eingesetzt werden. Die nachfolgend vorzustellenden Verfahrensgruppen haben sich dabei bewährt (vgl. auch Stieglitz 2008 sowie Strauss & Schumacher 2005).

1.4.2 Checklisten

Die sog. Check- oder Merkmalslisten stellen die einfachste Form an Hilfsmitteln zur Unterstützung der Diagnosestellung dar. Sie beinhalten in der Regel nur die für die einzelnen diagnostischen Kategorien enthaltenen Kriterien. Dem Diagnostiker bleibt es bei den Checklisten selbst überlassen, wie er Fragen stellt, um an die notwendigen Informationen zu kommen, und wie er die Antworten des Patienten kodiert (Problem »Informationsvarianz«). Der Gesamttablauf der Informationserhebung liegt dabei in den Händen des Untersuchers selbst. In den nachfolgenden Tabellen finden sich Beispiele für deutschsprachige Verfahren (Gesamtbereich ► Tab. 1.2 bzw. Teilbereich Persönlichkeitsstörungen ► Tab. 1.3).

Auf ein gewichtiges Problem, das nicht nur die Checklisten betrifft, sondern ebenso die Klassifikationssysteme selbst, sei kurz hingewiesen: das Fehlen eines umfassenden Glossars zu den Symptomen (Problem: Erhöhung der Beobachtungs- und Interpretationsvarianz; Spitzer & Fleiss 1974). Die aktuellen Klassifikationssysteme umfassen mehrere hundert allein psychopathologische Begriffe. Blashfield und Fuller (1996) schätzen die Anzahl diagnostischer Kriterien in DSM-IV auf ca. 1.500 (!), wobei die Mehrzahl Symptomkriterien sind. Das z. B. vom DSM-5 angebotene Glossar deckt nur einen Teil ab. In der ICD-10 selbst finden sich direkt keine Kriteriendefinitionen, sondern lediglich im ergänzend zur Verfügung stehenden Lexikon (WHO 2002). Zwar sprechen einige psychopathologische Begriffe für sich (z. B. Konzentrationsstörungen), jedoch ein Großteil

Tab. 1.2: Checklisten, strukturierte und standardisierte Interviews zur klassifikatorischen Diagnostik

Verfahren	Abk.	Verfasser	Art	Klassifikationssystem
Internationale Diagnosen Checklisten	IDCL	Hiller et al.	Checkliste	ICD-10/DSM-IV
Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen	DIPS	Margraf et al.	Strukturiertes Interview	DSM-IV
Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV	SKID-I	Wittchen et al.	Strukturiertes Interview	DSM-IV
Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry	SCAN	van Gülick et al.	Strukturiertes Interview	ICD-10
Mini-International Neuro-psychiatric Interview	M.I.N.I.	Sheehan et al.	Strukturiertes Interview	DSM-IV/ICD-10
Composite International Diagnostic Interview	CIDI	Wittchen & Semler	Standardisiertes Interview	DSM-IV/ICD-10
Diagnostisches Expertensystem	DIA-X	Wittchen & Pfister	Standardisiertes Interview	DSM-IV/ICD-10

Nähere Angaben zu den Verfahren bei Stieglitz (2008); Geue et al. (2016); Strauss & Schumacher (2005).

lässt viel Interpretationsspielraum zu (z. B. Depersonalisation), was einen Einfluss auf die Beurteilung hat. Das Hauptproblem bezüglich der Checklisten stellt jedoch die bereits erwähnte Informationsvarianz dar, d. h. die unterschiedliche Art, Informationen zu erheben. Die zuverlässige Anwendung von Checklisten im Hinblick auf Komorbidität setzt zudem folgendes voraus:

- umfangreiche Kenntnisse des Manuals,
- darauf basierend die Ableitung von zuverlässigen Hypothesen über das Vorliegen von Störungen,
- deren Überprüfung dann mittels der ausgewählten Checklisten erfolgen muss.

1.4.3 Interviews

Klinische Interviews (vgl. auch Wittchen et al. 2001) sind zielgerichtete menschliche Interaktionen zwischen zwei Personen (Befrager und Befragtem) mit dem Ziel der Informationssammlung über die verschiedenen Aspekte des Erlebens und Verhaltens des Befragten. Im Hinblick auf die Klassifikationssysteme bedeutet dies die Bereitstellung von Befragungsstrategien zur Informationssammlung zu den in Diagnosesystemen enthaltenen Kriterien (Symptom-, Zeit- und Verlaufskriterien; Ein- und Ausschlusskriterien). Hinsichtlich des Grades der Strukturierung des Informationserhebungsprozesses unterscheidet man zwischen strukturierten und standardisierten Interviews. *Strukturierte Interviews* geben eine systematische