

Teil I Grundlagen

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/einer Patientin 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).

Komorbidität spielt heute im klinischen Alltag eine große Rolle. Nach van Loo & Romeijn (2015) ist Komorbidität psychischer Störungen sehr häufig. Ca. 45% aller PatientInnen erfüllen im Verlauf eines Jahres die Kriterien von mehr als einer Störung. So treten z.B. Generalisierte Angststörung (GAD) und Major Depressive Disorder (MDD) sehr häufig komorbid auf und weisen auf einen schwereren Verlauf der Erkrankung, eine schlechtere Prognose und höhere funktionale Beeinträchtigungen im Vergleich zu PatientInnen mit nur einer Diagnose hin. Bezogen auf die Thematik dieses Bandes finden sich bei PubMed unter den Suchbegriffen »Comorbidity and Substance Use Disorder« 22.055 Einträge (Stand: 25.7.2025).

Loo & Romeijn (2015) verweisen jedoch auch auf kritische Aspekte des Komorbiditätsprinzips:

- Die Komorbiditätsraten werden überschätzt bzw. sind artifiziell erhöht.
- Die Verringerung der Anzahl notwendiger Kriterien für eine Diagnose führt zu einer Zunahme der Komorbidität.
- Dies gilt auch für die zunehmende Reduktion von Ausschlussregeln (vgl. DSM-5 und ICD-11).
- Auch Symptomüberlappung (z. B. GAD und MDD) können für hohe Komorbiditäten verantwortlich sein.
- Viele psychopathologische Symptome sind zudem unspezifisch.

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 angenommen, 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 Hierarchieranweisungen 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 werden PatientInnen genannt, die neben einer substanzinduzierten Störung auch eine affektive Störung haben können. 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 AutorInnen (z.B. van Praag 1993) wird die Ansicht vertreten, dass die Psychiatrie durch die Anwendung hierarchischer Prinzipien wenig Gewinn gehabt hat, da sie

- mit einem Verlust an Informationen über die PatientInnen 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 PatientInnen 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 Persön-

lichkeitsstörungen 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 der PatientInnen. 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, sollten 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/oder Praxis sind gegenwärtig die ICD-10 und das DSM-5 bzw. DSM-5-TR dominierend. Die ICD-10 stellt das Klassifikationssystem der World Health Organization (WHO) dar und ist für die Mitgliedsländer verbindlich, wogegen das DSM-5-TR als nationales System der American Psychiatric Association (APA) in der Praxis einen begrenzten Einfluss hat, jedoch in der Forschung klar dominant ist. Zukünftig wird in der Praxis vermutlich die ICD-11, die seit dem 01.01.2022 offiziell gültig ist, an Bedeutung gewinnen und die ICD-10 ablösen.

Im *DSM-5-TR* besteht das Komorbiditätskonzept unverändert weiter, das multiaxiale System wurde jedoch aufgegeben. Es finden sich zwar keine expliziten Ausführungen zur Komorbidität, jedoch sind bei allen psychischen Störungen jeweils Unterabschnitte zur Komorbidität enthalten. Im Vergleich zum *DSM-IV*

wurden viele frühere Ausschlusskriterien abgeschafft, die eine Komorbidität verhindert haben (z. B. Angststörungen und Depression). Es besteht somit im DSM-5/-TR die Möglichkeit der Verschlüsselung von Diagnosen aus verschiedenen Abschnitten (z. B. Panikstörung und depressive Störung) oder innerhalb eines Abschnitts (z. B. depressive Störung und Dysthymie). Bei anderen Abschnitten ist jedoch eine Komorbidität von Subtypen nicht möglich (z. B. Schizophrenie).

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-5/-TR eine Reihe von Ausschlusskriterien bzw. auszuschließende Diagnosen.

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 PatientInnen verschiedene Substanzen konsumieren.
- 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 Stö-

rungen vorliegen, jedoch kein vorherrschendes Symptombild einer spezifischen Persönlichkeitsstörung besteht.

Im Unterschied zum DSM-5/-TR verfügt die ICD-10 über verschiedene Versionen, wobei die Unterscheidung zwischen den klinisch-diagnostischen Leitlinien und den Kriterien für Forschung und Praxis wichtig ist. 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. Die Forschungskriterien, die seinerzeit als Pendant zum DSM-IV konzipiert wurden, um auch in der Forschung konkurrenzfähig zu sein, haben sich nicht bewährt, da sie kaum rezipiert wurden und konsequenterweise in der ICD-11 auch nicht weiterverfolgt werden.

Die ICD-11 wurde in der WHO-Vollversammlung im Mai 2019 verabschiedet und am 01.01.2022 offiziell in den Mitgliedsländern eingeführt. Die offizielle englischsprachige Version der WHO findet sich unter <https://icd.who.int/en/>, den aktuellen Stand der deutschsprachigen Version auf der Homepage des BfArM unter https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html.

Gegenüber der ICD-10 gibt es in der ICD-11 grundlegende Veränderungen auf formaler und inhaltlicher Ebene (vgl. Hölzel & Berger 2025):

- Neue Gesamtstruktur und Neugliederung des Kapitels zu den psychischen Störungen mit 21 Störungskapiteln (orientiert am »life span approach«),
- 15 neu eingeführte Unterkapitel,
- veränderte Diagnosealgorithmen (u. a. i. d. R. Verzicht auf explizite Cut-Off-Werte),
- Vereinheitlichung und Präzisierung der Darstellung der einzelnen Störungsgruppen,
- Revision einzelner Störungsgruppen,
- Aufnahme neuer diagnostischer Kategorien (z. B. komplexe PTSD),
- stärkere Entwicklung in Richtung einer dimensionalen Sichtweise psychischer Störungen, was explizit allerdings nur bei den Persönlichkeitsstörungen umgesetzt wurde,
- eine völlig veränderte Kodierung (z. B.: statt F20.x für schizophrene Störungen jetzt 6A20)

Das Komorbiditätsprinzip wird unverändert beibehalten, wobei es leider keine expliziten Ausführungen zur Umsetzung dazu gibt. Nachfolgend daher ein exemplarisches Beispiel unter Berücksichtigung der neuen Kodierung.

Bei einem Patienten werden zwei Diagnosen mit entsprechenden Kodierungen gestellt: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) 6 A05 und Alkoholabhängigkeit (schädlicher Gebrauch mit Abhängigkeit) 6C40.2. Eine kombinierte Darstellung (sog. Postkoordination) könnte wie folgt aussehen, wenn beide gleichwertig gesehen werden: 6 A054/6C40.2. Will man die unterschiedliche Gewichtung herausstellen, so könnte man dies kennzeichnen mit

z.B. Haupt-/Primärdiagnose 6 A05 und Zusatz-/Nebendiagnose: 6C40.2. Zusätzlich gibt es optionale Erweiterungskodierungen hinsichtlich z.B. Schweregrad und Verlauf. Bezogen auf die ADHS könnte diese wie folgt z.B. aussehen:

- 6A05 & XF5 L (mittlere Ausprägung)
- 6A05 & XK8E (anhaltend über 12 Monate)
- 6A05 & XY9E (funktionelle Beeinträchtigung)

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/-TR reduziert werden konnte. Letztere umfasst den Prozess der Informationserhebung zur Beurteilung der Kriterien, d.h. beinhaltet das Problem, dass Untersuchende 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 versuchen Untersuchende, im Hinblick auf ein bestimmtes Klassifikationssystem Fragen in eigenen Worten zu formulieren, um Informationen für ihre Diagnosestellung zu erhalten. Zahlreiche Studien haben zeigen können, dass die Interrater-Reliabilität klinischer Interviews erfahrungsgemäß eher gering ist. Die Entwicklung psychometrischer Verfahren (meist in Form von Interviews) konnte erst mit Einführung der operationalisierten Diagnostik im DSM-III beginnen, d.h. mit expliziter Festlegung und Benennung von diagnostischen Kriterien. 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 eine Reihe von Instrumenten zu unterschiedlichen Bereichen psychischer Beeinträchtigungen existieren (vgl. im Überblick Stieglitz & Freyberger 2017). Heute stehen prinzipiell folgende Gruppen diagnostischer Hilfsmittel zur Verfügung, die nachfolgend skizziert werden sollen. Vor deren Anwendung wird oft ein Screeningprozess vorgeschaltet, da die Verfahren meist sehr aufwändig sind.

1.4.1 Screening

Bezüglich des Screeningprozesses gibt es keine Goldstandards, wie vorzugehen ist. Aus verschiedenen Quellen kann es bereits früh Hinweise auf das Vorliegen von (komorbiden) Störungen geben. Neben z.B. den Angaben der PatientInnen und/

oder Angehöriger können psychometrische Testverfahren Hinweise geben (vgl. zur Übersicht Voderholzer et al., 2025). Sowohl aus eindimensionalen Verfahren z.B. zur Erfassung der Depressivität oder mehrdimensionalen Verfahren (z.B. SCL-90-R), die unterschiedliche Störungsbereiche abdecken, können auffällige Werte Hinweise auf eine dahinterstehende spezifische Störung (z.B. Depression) geben, die dann z.B. mittels eines strukturierten Interviews genauer geprüft werden können.

Bei strukturierten Interviews (s.u.) finden sich z.T. auch einleitende Screeningfragebögen bzw. zu Beginn einzelner Sektionen Screeningfragen, die auch die Funktion von Sprungregeln haben (z. B. DIPS oder M.I.N.I.), bei deren Verneinung die nachfolgenden Fragen nicht gestellt werden müssen und Untersuchende zum nächsten Fragenblock, meist als Module bezeichnet, gehen können. Dadurch kann sich u. U. die Durchführungszeit des Interviews deutlich verkürzen, man andererseits aber auch keine Störungsbereiche übersehen. In ► Tab.1.1 findet sich ein Auszug aus dem Screeningfragebogen des M.I.N.I.

Tab. 1.1: Screeningfragebogen des M.I.N.I. (vgl. auch Tab. 1.3)

M.I.N.I.-PatientInnen-Beurteilungsbogen		
Litten Sie im letzten Monat unter:		
1. Depression	☐ NEIN	☐ JA
2. Traurigkeit	☐ NEIN	☐ JA
3. Gefühlen, unglücklich zu sein	☐ NEIN	☐ JA
4. Interessensverlust oder Freudlosigkeit	☐ NEIN	☐ JA
5. Verzweiflung oder Hoffnungslosigkeit	☐ NEIN	☐ JA
6. Selbstmordgedanken oder Todeswünschen	☐ NEIN	☐ JA

Da eine Diagnose *nie* aufgrund der Ergebnisse eines Screeningverfahrens gestellt werden darf, muss im Anschluss daran ein diagnostisches Verfahren eingesetzt werden. Die nachfolgend vorzustellenden Verfahrensguppen haben sich dabei bewährt (vgl. auch Voderholzer et al. 2005). Sie gewährleisten bei richtiger Anwendung eine systematische und vollständige Überprüfung der jeweiligen diagnostischen Kriterien. Für die ICD-11 befinden sich Instrumente erst noch in der Entwicklung (Reed et al. 2024), liegen bisher nicht auf Deutsch vor.

1.4.2 Checklisten

Die sog. Check- oder Merkmalslisten stellen die einfachste Form an Hilfsmitteln zur Unterstützung der Diagnosestellung dar und setzen eine oder mehrere Hypothesen bezüglich vermuteter Störungen voraus. Sie beinhalten in der Regel nur die für die einzelnen diagnostischen Kategorien enthaltenen Kriterien. Den DiagnostikerInnen bleibt es bei den Checklisten selbst überlassen, wie sie Fragen stellen, um an die notwendigen Informationen zu kommen, und wie sie die Antworten der

PatientInnen kodieren (Problem »Informationsvarianz«). Der Gesamtablauf der Informationserhebung liegt dabei in den Händen der Untersuchenden 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 diagnostischen Kriterien, meist Symptome (Problem: Erhöhung der Beobachtungs- und Interpretationsvarianz). Die aktuellen Klassifikationssysteme umfassen mehrere hundert allein psychopathologische Begriffe. Blashfield und Fuller (1996) schätzen die Anzahl diagnostischer Kriterien z. B. im DSM-IV auf ca. 1.500 (!), wobei die Mehrzahl Symptomkriterien sind. Im DSM-5/-TR und in der ICD-11 sind es vermutlich nicht weniger. Das z. B. vom DSM-5/-TR angebotene Glossar deckt nur einen Bruchteil ab. In der ICD-10 selbst finden sich direkt auch keine Kriteriendefinitionen, sondern lediglich im ergänzend zur Verfügung stehenden Lexikon (WHO 2002), jedoch auch darin werden nicht alle abgedeckt. Zwar sprechen einige psychopathologische Begriffe für sich (z. B. Konzentrationsstörungen), jedoch ein Großteil sind spezielle Fachbegriffe (z. B. Depersonalisation), was einen Einfluss auf die Beurteilung hat. Daher sind grundlegende psychopathologische Kenntnisse unabdingbar notwendig. 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:

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

Verfahren	Abk.	VerfasserIn	Art	Klassifikationssystem
Internationale Diagnosen Checklisten	IDCL	Hiller et al.	Checkliste	ICD-10
DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen	DIPS	Margraf et al.	Strukturiertes Interview	DSM-5
Mini-DIPS Open Access: Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen	MINI-DIPS	Margraf & Cwik	Strukturiertes Interview	DSM-5
Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5 – Klinische Version	SCID-5-CV	Beesdo-Baum et al.	Strukturiertes Interview	DSM-5
Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry	SCAN	van Gülick et al.	Strukturiertes Interview	ICD-10