DSM-IV und DSM-5: Was hat sich tatsächlich verändert?

Anna M. Ehret^a Matthias Berking^{b,c}

^a Philipps-Universität Marburg,

^b Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg,

^c Innovationsinkubator, GET-ON, Leuphana Universität Lüneburg, Deutschland

English Version available at
www.karger.com/doi/10.1159/000356537

Schlüsselwörter

DSM-5 · DSM-IV · Klassifikationssysteme ·
Psychische Störungen · Diagnostik

Zusammenfassung

Im Mai 2013 ist die fünfte Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-5) der American Psychiatric Association erschienen. Um die Vor- und Nachteile des DSM-5 beurteilen und gegebenenfalls in Forschung und Praxis angemessen berücksichtigen zu können, sollten Wissenschaftler und Praktiker gleichermaßen über die Änderungen gegenüber dem DSM-IV informiert sein. In diesem Beitrag werden die wesentlichen Unterschiede zwischen dem DSM-IV und DSM-5 beschrieben. Zentrale Unterschiede in dem Gesamtsystem ergeben sich durch die Aufgabe des multi-axialen Systems und die Neuordnung der Störungen. Wesentliche Veränderungen auf Störungsebene enthalten die Einführung Schwerer und Leichter Neurokognitiver Störungen, die Aufhebung von Trauerreaktionen als Ausschlusskriterium für Major Depression und die Aufnahme von Agoraphobie als eigenständige Diagnose. Als neue Störungskategorien wurden beispielsweise die «Binge-Eating»-Störung, die Prämenstruelle Dysphorische Störung, die Disruptive Stimmungsdysregulationsstörung, Zwanghaftes Horten, Dermatillomanie und Koffeinentzug eingeführt. Ausgeschlossen wurden unter anderem die Störung mit Sexueller Aversion und die Undifferenzierte Somatoforme Störung. Letztlich wurden bei fast allen Störungen die Informationen zur Störungsbeschreibung aktualisiert und/oder die diagnostischen Kriterien geringfügig modifiziert. Bei der Bewertung der vorgenommenen Veränderungen muss berücksichtigt werden, dass das DSM verschiedenen, teilweise konträren Zielstellungen dient. Eine kontroverse Bewertung der Neuauflage ist daher zu erwarten.

Keywords

DSM-5 · DSM-IV · Classification systems ·
Mental disorders · Diagnostics

Summary

From DSM-IV to DSM-5: What Has Changed in the New Edition?

The fifth edition of the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) was published in May 2013. To enable researchers and practitioners to appropriately evaluate and account for advantages and disadvantages, both groups should be informed about amendments to the previous version DSM-IV. In the present paper, we describe the main differences between DSM-IV and DSM-5. Major changes in the overall structure include the discontinuation of the multi-axial system and the revised order of categories. On the level of specific disorders, main differences include the introduction of Major and Mild Neurocognitive Disorders, the extinction of bereavement as an exclusion criterion for Major Depressive Disorder, and the inclusion of Agoraphobia as a distinct disorder. Further additional diagnoses in DSM-5 include Binge-Eating Disorder, Premenstrual Dysphoric Disorder, Disruptive Mood Dysregulation Disorder, Hoarding Disorder, Excoriation (Skin Picking) Disorder, and Caffeine Withdrawal. Categories no longer included in the DSM-5 include Sexual Aversion Disorder and Undifferentiated Somatoform Disorder. Finally, for almost all disorders diagnostic criteria were slightly modified and nosological information was updated. When evaluating the revision, the multiple purposes of the DSM-5 have to be taken into account. As many of these purposes are in conflict or even mutually exclusive, controversial discussions of the new edition by the various interest groups are to be expected.

Hintergrund

«Die Psycho-Falle», «Zurück zum Normalen», «Wann wird seelisches Leiden zur Krankheit?»: Unter diesen und ähnlichen Überschriften wurde das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-5; [American Psychiatric Association (APA), 2013]) in (populär-)wissenschaftlichen Beiträgen bereits vor der Erscheinung intensiv diskutiert. Befürchtet wurden unter anderem eine Inflation von Diagnosen und die Pathologisierung alltäglicher Phänomene. Nach einem insgesamt 14-jährigen Entstehungsprozess, an dem ca. 400 Personen unterschiedlicher Fachgruppen und 39 verschiedener Länder beteiligt waren, ist die englische Fassung des DSM-5 im Mai 2013 erschienen. Um die damit finalisierten Änderungen gegenüber der Vorgängerversion (DSM-IV-TR; [APA, 2000]) angemessen einschätzen und gegebenenfalls in Forschung und Praxis zielführend nutzen zu können, sollen wesentlichen Änderungen in diesem Beitrag zusammenfassend dargestellt werden.

Grundlegende Änderungen

Eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklungen des DSM bilden Schwächen vorangehender Systeme. Zentrale Kritikpunkte an der Vorgängerversion (DSM-IV; [APA, 1995]) betreffen die kategoriale Anordnung von Störungen sowie hohe Prävalenz- und Komorbiditätsraten. Auf Störungsebene werden unter anderem das Fehlen wichtiger Diagnosen und

die häufige Vergabe Nicht Näher Bezeichneter Störungen bemängelt. Im DSM-5 wurde der kategoriale Ansatz vorerst beibehalten. Die organisationale Struktur wurde verändert, um biologische und psychologische Zusammenhänge/Ähnlichkeiten zwischen Störungen und deren Auftreten über die Lebensspanne zu verdeutlichen. Ein Überblick über Störungskategorien des DSM-5 ist Tabelle 1 zu entnehmen. Das multi-axiale System wurde im DSM-5 nicht weitergeführt, da es in der Forschung und Praxis kaum genutzt wurde. Die Achsen I–III wurden in ein monoaxiales System integriert. Zur Erhebung psychosozialer und umgebungsbedingter Probleme sowie des globalen Funktionsniveaus wird auf andere Instrumente verwiesen (ICD Z-Codes [WHO, 1992]; WHO Disability Assessment Schedule [WHO, 2001]). Um die Spezifität von Diagnosen zu erhöhen und die Angabe von Gründen zu ermöglichen, wird im DSM-5 zwischen Unspezifizierten Störungen und Anderen Spezifizierten Störungen unterschieden. Im DSM-IV gab es an dieser Stelle nur die Kategorie Nicht Näher Bezeichneter Störungen. Für einige Störungen wurden Zusatzkodierungen für den Schweregrad und assoziierte Beschwerden integriert. Alter, Geschlecht und Kultur werden in den Diagnosemerkmalen berücksichtigt. Neu aufgenommene Diagnosen umfassen beispielsweise die «Binge-Eating»-Störung, die Prämenstruelle Dysphorische Störung, die Disruptive Stimmungsregulationsstörung, Zwanghaftes Horten, Dermatillomanie und Koffeinentzug. Einige dieser Diagnosen waren im DSM-IV als Forschungsdiagnosen enthalten. In das DSM-5 wurden folgende Störungen als Forschungsdiagnosen aufgenommen: Attenuiertes Psychosesyndrom, De-

Tab. 1. Störungskategorien des DSM-5. Bei den deutschen Kategorienbezeichnungen handelt es sich um vorläufige, nicht durch die American Psychiatric Association (APA) autorisierte Übersetzungen der amerikanischen Version des DSM-5 durch die Autoren. Mit Blick auf die anhaltende Diskussion um die Übersetzung von «Somatic Symptom and Related Disorders» wurde bei dieser Kategorie der englische Terminus beibehalten

Entwicklungsstörungen
Schizophrenie-Spektrum und Andere Psychotische Störungen
Bipolare und Verwandte Störungen
Depressive Störungen
Angststörungen
Zwangsstörung und Verwandte Störungen
Störungen im Zusammenhang mit Traumata und Stressoren
Dissoziative Störungen
«Somatic Symptom and Related Disorders»
Fütter- und Essstörungen
Ausscheidungsstörungen
Schlaf-Wachstörungen
Sexuelle Dysfunktionen
Geschlechtsdysphorie
Disruptive, Impulskontroll- und Verhaltensstörungen
Substanzbezogene und Abhängigkeitsstörungen
Neurokognitive Störungen
Persönlichkeitsstörungen
Paraphile Störungen
Andere Psychische Störungen
Medikamenteninduzierte Bewegungsstörungen und Andere Unerwünschte Effekte von Medikamenten
Andere Klinisch Relevante Probleme

pressive Episode mit Kurzzeitiger Hypomanie, Persistierende Komplexe Trauerstörung, Koffeinkonsumstörung, Internet-Spieltörung, Neurobehaviorale Störung im Zusammenhang mit Pränataler Exposition zu Alkohol, Suizidale Verhaltensstörung, Nicht-Suizidale Selbstverletzung. Die Umstellung von Ziffern auf arabische Zahlen für die Neuauflage des DSM soll dessen Stellenwert als Grundlage und Ausgangspunkt für Weiterentwicklungen (z.B. DSM-5.1, -5.2, ...) verdeutlichen.

Änderungen auf Störungsebene

Ausgehend von Kategorien und Störungen des DSM-IV erläutern wir im Folgenden auf Diagnoseebene einige Veränderungen und Merkmale des DSM-5.

Störungen, die Gewöhnlich Zuerst im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz Diagnostiziert werden

Störungen, die im DSM-IV unter dieser Überschrift subsummiert waren, finden sich im DSM-5 vorwiegend unter Entwicklungsstörungen. Einige Störungen wurden im Rahmen struktureller Veränderungen in andere Kapitel verschoben. Fütter- und Essstörungen im Säuglings- oder Kleinkindalter wurden so in das Kapitel zu Fütter- und Essstörungen integriert; die Störung mit Trennungsangst und Selektiver Mutismus in das Kapitel der Angststörungen. Die Reaktive Bindungsstörung im Säuglingsalter oder in der Frühen Kindheit findet sich innerhalb des DSM-5 in einem neu eingeführten Kapitel zu Störungen im Zusammenhang mit Traumata und Stressoren wieder. Die Störung des Sozialverhaltens und die Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten fallen unter Disruptive, Impulskontroll- und Verhaltensstörungen. Für Störungen der Ausscheidung wurde im DSM-5 ein eigenständiges Kapitel etabliert.

Geistige Behinderung: In den DSM-5 Kriterien für Geistige Behinderung werden intellektuelle Einschränkungen und Defizite in dem adaptiven Funktionsniveau betont. Individuell durchgeführte Intelligenztests sollen bei der Beurteilung intellektueller Leistungsfähigkeit durch das klinische Urteil ergänzt werden. Der ungefähre Cut-off eines Intelligenzquotienten (IQ) von 70 und das Erkrankungsalter vor dem 18. Lebensjahr sind im DSM-5 nicht mehr spezifiziert. Bezüglich des Beginns wird im DSM-5 stattdessen auf den Entwicklungszeitraum eines Individuums verwiesen. Die Schweregradeinstufung basiert fortan nicht mehr auf IQ-Punkten, sondern auf einer Einschätzung des adaptiven Funktionsniveaus im konzeptuellen, sozialen und praktischen Bereich.

Lernstörungen: Störungen des DSM-IV-Unterkapitels zu Lernstörungen (Lesestörung, Rechenstörung, Störung des Schriftlichen Ausdrucks) werden im DSM-5 in der Diagnose der Spezifischen Lernstörung zusammengefasst. Akademische Fertigkeiten sollen entscheidend unter den für das chronologische Alter zu erwartenden liegen und nach dem DSM-5 mindestens 6 Monate andauern. Der Typ der Lernstörung kann

durch Spezifikationsmerkmale angegeben werden. Weitere Zusatzkodierungen beziehen sich auf den Schweregrad der Störung.

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen: Die Autistische Störung, die Desintegrative Störung im Kindesalter und die Asperger-Störung wurden im DSM-5 dimensional zu der Autismus-Spektrumstörung zusammengefasst. Kernbereiche der Autismus-Spektrumstörung umfassen Defizite in der sozialen Kommunikation und restriktive, repetitive Verhaltensweisen. Spezifikationsmerkmale dienen der Festlegung des Schweregrads und der Diagnose assoziierter Beschwerden. Die Rett-Störung kann fortan als Autismus-Spektrumstörung Assoziiert mit dem Rettsyndrom diagnostiziert werden.

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: Für die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung wurde das Anfangsalter von unter 7 auf unter 12 Jahren angehoben. Basierend auf der Anzahl und Schwere der Symptome und verbundener Beeinträchtigungen im sozialen oder beruflichen Bereich wird zwischen 3 Schweregraden unterschieden.

Störung des Sozialverhaltens: Bei der Störung des Sozialverhaltens wurde im DSM-5 eine Zusatzkodierung zur Diagnose eingeschränkter prosozialer Emotionen eingeführt.

Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten: Gekennzeichnet durch ärgerliche/gereizte Stimmung, abweichendes Verhalten oder Rachgier über mindestens 6 Monate kann im DSM-5 die Diagnose der Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten vergeben werden. Spezifikationsmerkmale ermöglichen die Angabe des Schweregrads.

Fütterstörung im Säuglings- oder Kleinkindalter: Im DSM-5 findet sich in dem Kapitel zu Fütter- und Essstörungen eine Störung Vermeidender/Restriktiver Essensaufnahme. Diese Diagnose kann sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen vergeben werden. Neben signifikantem Gewichtsverlust oder einer fehlenden Gewichtszunahme bei Kindern wurden Nährstoffmangel, Abhängigkeit von externer Fütterung und Interferenz mit dem psychosozialen Funktionsniveau als mögliche A-Kriterien hinzugefügt. Nahrungsmittelknappheit, kulturelle Praktiken, Anorexia und Bulimia Nervosa werden als Alternativerklärungen für das gestörte Essverhalten explizit ausgeschlossen.

Reaktive Bindungsstörung: Aus dem gehemmten und ungehemmten Typus dieser Störung sind im DSM-5 2 getrennte Störungen (Reaktive Bindungsstörung, Bindungsstörung mit Enthemmung) geworden. Spezifikationsmerkmale ermöglichen die Vergabe schwerer (alle Symptome der Störung liegen in relativ hoher Ausprägung vor) und persistierender (Dauer mindestens 12 Monate) Bindungsstörungen.

Delir, Demenz, Amnestische und Andere Kognitive Störungen

Delir, Demenz, Amnestische und Andere Kognitive Störungen des DSM-IV sind im DSM-5 in dem Kapitel Neurokognitiver Störungen enthalten. Demenzen und Amnestische Störungen wurden hierin unter Schweren und Leichten Neurokogniti-

ven Störungen zusammengefasst. Schwere Neurokognitive Störungen sind durch eine Abnahme kognitiver Fähigkeiten gekennzeichnet. Entsprechende kognitive Einschränkungen interferieren mit der Unabhängigkeit in der Durchführung alltäglicher Aktivitäten und können nicht besser durch ein Delir oder eine andere Störung erklärt werden. Die Leichte Neurokognitive Störung geht mit einer geringeren Abnahme kognitiver Fähigkeiten einher und behindert die Ausführung alltäglicher Aktivitäten nicht. Im Vergleich zu Subtypen von Demenzen im DSM-IV wurden die Frontotemporallappendegeneration, vaskuläre Erkrankungen, die Lewykörpererkrankung und die Prionenerkrankung als mögliche Ursachen Neurokognitiver Störungen ergänzt; nicht mehr aufgeführt sind die Picksche Erkrankung sowie die Creutzfeldt-Jakobsche Erkrankung. Bei der Alzheimer Erkrankung wird fortan nicht mehr zwischen einem frühen und einem späten Beginn unterschieden.

Psychische Störungen Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors

Diese Kategorie des DSM-IV wurde im DSM-5 aufgehoben. Die Katatone Störung Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors wurde in die Kategorie der Schizophrenie-Spektrum und Anderer Psychotischer Störungen verschoben. Persönlichkeitsveränderungen Aufgrund Medizinischer Krankheitsfaktoren sind in das Kapitel der Persönlichkeitsstörungen eingegangen. Klinische Merkmale Katatoner Störungen werden in den Kriterien genauer spezifiziert.

Störungen im Zusammenhang mit Psychotropen Substanzen

Störungen im Zusammenhang mit Psychotropen Substanzen finden sich im DSM-5 in dem Kapitel zu Substanzbezogenen und Abhängigkeitsstörungen wieder. In einem Unterkapitel zu Nicht-Substanzabhängigen Störungen wurde das Pathologische Spielen im DSM-5 ebenfalls in das Kapitel zu Abhängigkeiten integriert. (Im DSM-IV war Pathologisches Spielen unter Störungen der Impulskontrolle eingeordnet.) In Bezug auf Störungen im Zusammenhang mit Substanzen wurden die Diagnosen des Cannabis- und Koffeinentzugs ergänzend in das Diagnosesystem aufgenommen. Störungen im Zusammenhang mit Phencyclidin wurden im DSM-5 unter Störungen im Zusammenhang mit Halluzinogenen gruppiert. Die Störungen mit Amphetamin und Kokain aus dem DSM-IV wurden im DSM-5 unter Störungen im Zusammenhang mit Stimulantien gefasst. Störungen im Zusammenhang mit Multiple Substanzen haben im DSM-5 keinen Fortbestand.

Substanzabhängigkeit und Substanzmissbrauch: Abhängigkeit und Missbrauch wurden im DSM-5 zu einer Diagnose zusammengefasst. Aus den DSM-IV-Kriterienkatalogen für Missbrauch und Abhängigkeit gestrichen wurden mit dem Substanzgebrauch assoziierte, wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz; Substanzverlangen wurde als Kriterium neu aufgenommen. Je nach Anzahl der erfüllten Kriterien wird zwischen einer leichten, mittelschweren oder schweren Abhän-

gigkeit unterschieden. Die Unterscheidungen mit/ohne körperliche Abhängigkeit und zwischen Voll-/Teilremission entfallen im DSM-5.

Schizophrenie und Andere Psychotische Störungen

Im Bereich psychotischer Störungen entfällt die Unterscheidung zwischen bizarrem und nicht-bizarrem Wahn. Zusatzkodierungen beinhalten dimensionale Ratings des Schweregrads sowie bei einigen Störungen Informationen zum Krankheitsverlauf und dem Vorliegen katatoner Merkmale. Die Diagnose der gemeinsamen psychotischen Störung (Folie à deux) aus dem DSM-IV entfällt. Bei Erfüllen der Kriterien wird eine Wahnhafte Störung diagnostiziert; ansonsten eine Andere Spezifizierte Schizophrenie-Spektrum- und Andere Psychotische Störung (Wahnhafte Symptome bei einem Partner eines Individuums mit Wahnhafter Störung).

Schizophrenie: Die Unterscheidung zwischen Subtypen der Schizophrenie, z.B. paranoider Typus, hebephrener Typus, usw., entfällt. Im DSM-IV wurden 2 der folgenden 5 Symptome gefordert: Wahn, Halluzinationen, desorganisierte Sprechweise, desorganisiertes oder katatones Verhalten und negative Symptome. Im Falle bizarren Wahns, kommentierender oder dialogischer Stimmen reichte jedoch auch ein Symptom. Im DSM-5 müssen hingegen stets 2 der genannten Symptome vorliegen, wobei es sich bei einem um Wahn, Halluzinationen oder desorganisierte Sprechweise handeln muss.

Affektive Störungen

Affektive Störungen sind im DSM-5 in den Kapiteln zu Bipolaren und Verwandten Störungen sowie Depressiven Störungen enthalten. Das Kapitel Depressiver Störungen wurde im DSM-5 um die Prämenstruelle Dysphorische Störung und die Disruptive Stimmungsdysregulationsstörung ergänzt. Letztere Diagnose kann bei Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 18 Jahren vergeben werden. Hauptmerkmal sind wiederholte Wutausbrüche. Im Vergleich zu der Bipolaren Störung tritt die Gereiztheit bei dieser Störung nicht episodisch auf. Die Diagnose der Bipolar-I-Störung Letzte Episode Gemischt aus dem DSM-IV entfällt im DSM-5. Gemischte Merkmale (Auftreten (hypo)maner und depressiver Symptome) können im DSM-5 im Rahmen Bipolarer und Depressiver Störungen als Zusatzkodierung vergeben werden. (Im DSM-IV stellten gemischte Episoden ein Ausschlusskriterium für die Vergabe der Major Depression dar.) Weitere Zusatzkodierungen ermöglichen beispielsweise die Angabe ängstlicher Anspannung und die Bestimmungen des Schweregrads (im DSM-5: «leicht», «mittel», «schwer», «mit psychotischen Symptomen», «in Teilremission», «in Remission», «unspezifiziert»). Kriterien für die Zusatzkodierung des Langzeitverlaufs («mit Vollremission im Intervall», «ohne Vollremission im Intervall») Affektiver Störungen wurden nicht in das neue Diagnosesystem übernommen. Depressive Störungen mit chronischem Verlauf fallen im DSM-5 gemeinsam mit der Dysthymie unter die Anhaltende Depressive Störung. Die

Kodierung «mit postpartalem Beginn» wurde durch den Zusatz «mit perinatalem Beginn» ersetzt und bezieht neben den 4 Wochen nach der Geburt nun auch die Zeit der Schwangerschaft mit ein.

Major Depression: Im DSM-5 entfällt der Ausschluss von Trauerreaktionen. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass Trauer durch ähnliche Symptome wie depressive Episoden gekennzeichnet sein kann. Die Diagnose der Major Depression sollte im Trauerfall daher mit Vorsicht vergeben werden.

Manische Episode: Neben gereizter Stimmung ist ein gesteigertes Energielevel als Kriterium für eine manische Episode hinzugekommen.

Angststörungen

Für Angststörungen, Zwangsstörung und Verwandte Störungen sowie Störungen im Zusammenhang mit Traumata und Stressoren wurden im DSM-5 separate Kapitel eingeführt. In das Kapitel der Angststörungen wurden dabei auch die Störung mit Trennungsangst und Selektiver Mutismus integriert. (Diese fanden sich im DSM-IV unter Störungen, die Gewöhnlich Zuerst im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz Diagnostiziert werden.) Das Kapitel der Zwangsstörung und Verwandter Störungen umfasst neben der Zwangsstörung die Körperdysmorphie Störung, Zwanghaftes Horten, Trichotillomanie, Dermatillomanie sowie entsprechende Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen, Medikamenten und anderen medizinischen Bedingungen. Das Kapitel zu Störungen im Zusammenhang mit Traumata und Stressoren beinhaltet neben der Posttraumatischen und Akuten Belastungsstörung die Reaktive Bindungsstörung, die Bindungsstörung mit Sozialer Enthemmung und die Anpassungsstörung.

Agoraphobie und Panikstörung: Agoraphobie wurde als eigenständige Diagnose etabliert. Die Unterscheidungen zwischen Panikstörung mit Agoraphobie, Panikstörung ohne Agoraphobie und Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte entfallen. Die beiden Störungen können fortan komorbid diagnostiziert werden.

Soziale Phobie, Spezifische Phobie: Nach dem DSM-5 soll die Angst bei Phobien (Soziale Phobie, Spezifische Phobien, Agoraphobie) in Bezug auf die tatsächliche Gefahr übermäßig sein. Eine Einsicht der betroffenen Person in das Übermaß der Angst ist nicht gefordert. Unabhängig vom Alter wurde eine Mindestdauer von 6 Monaten festgelegt. Bei der Sozialen Phobie wurde das Spezifikationsmerkmal «generalisiert» durch den Zusatz «nur Performanz» (Angst ist auf das Sprechen und die Darstellung vor Publikum begrenzt) ersetzt.

Zwangsstörungen: Kriterium A enthält neben Zwangsgedanken oder -handlungen im DSM-5 die Möglichkeit des gemeinsamen Vorliegens dieser Phänomene. Die Einsicht in das Übermaß der Zwangsgedanken und -handlungen wird durch Spezifikationsmerkmale angegeben. Der Ausschluss übertriebener realer Sorgen und die Vorgabe, dass Personen Gedanken als Produkt des eigenen Geistes erkennen, entfallen. Spe-

zifikationsmerkmale beziehen sich auf unterschiedliche Grade der Einsicht (gute Einsicht bis Fehlen von Einsicht / wahnhafte Überzeugungen) und das Vorliegen einer gegenwärtigen oder früheren Ticstörung.

Posttraumatische und Akute Belastungsstörung: Für beide Störungen bezieht sich Kriterium A auf die Exposition zu einem traumatischen Ereignis. Die Reaktion der betroffenen Person mit Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen ist nicht mehr aufgeführt.

Posttraumatische Belastungsstörung: Im DSM-5 werden für die Posttraumatische Belastungsstörung 4 Symptomcluster spezifiziert. Das Symptomcluster der Vermeidung und Verringerung der Reagibilität im DSM-IV wurde hierfür in Vermeidung von Traumaassoziierten Stimuli und negative Veränderungen in Traumaassoziierten Gedanken und Stimmungen aufgeteilt. Neu hinzugefügt wurden Zusatzkodierungen zu dissoziativen Symptomen (Depersonalisation, Derealisation) und Ticassoziierten Zwangsstörungen. Die Unterscheidung zwischen «akut» und «chronisch» ist aufgehoben. Für Kinder unter 6 Jahren werden eigene Diagnosekriterien aufgeführt.

Somatoforme Störungen

Vormals Somatoforme Störungen, Vorgetäuschte Störungen und Psychologische Faktoren, die einen Medizinischen Krankheitsfaktor Beeinflussen (in DSM-IV unter Andere Klinisch Relevante Probleme) sind innerhalb des DSM-5 vorwiegend in dem Kapitel der «Somatic Symptom and Related Disorders» zu finden. Die Undifferenzierte Somatoforme Störung und die Schmerzstörung wurden als eigenständige Diagnosen gestrichen; auch die Somatisierungsstörung und Hypochondrie haben in ihrer früheren Form keinen Fortbestand. Die Körperdysmorphie Störung wurde im DSM-5 in das Kapitel der Zwangsstörung und Verwandter Störungen verschoben.

Somatisierungsstörung: Anstelle der Somatisierungsstörung kann nach dem DSM-5 oft eine «Somatic Symptom Disorder» (bisher Somatoforme Störung) diagnostiziert werden. Hierfür genügt das Vorhandensein eines oder mehrerer belastender oder beeinträchtigender körperlicher Symptome. Die Vorgabe mehrerer Symptome aus unterschiedlichen Bereichen entfällt. Ebenso entfallen die Vorgaben einer mehrjährigen Vorgeschichte körperlicher Beschwerden mit Beginn vor dem 30. Lebensjahr und die Einschränkungen, dass die Symptome medizinisch nicht begründbar und nicht vorgetäuscht sind. In den Kriterienkatalog der «Somatic Symptom Disorder» (bisher Somatoforme Störung) wurde ergänzend ein Kriterium zu übertriebenen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen aufgenommen, die mit Symptomen oder Gesundheitssorgen verbunden sind. Auf der Basis psychologischer und körperlicher Beschwerden kann durch Zusatzkodierungen eine Schweregradeinschätzung vorgenommen werden. Im Falle einer Krankheitsdauer über 6 Monate kann der Zusatz «persistierend» vergeben werden.

Schmerzstörung: Eine Schmerzstörung kann fortan als «Somatic Symptom Disorder» mit Vorwiegendem Schmerz diagnostiziert werden.

Hypochondrie: Im DSM-5 wurde die Diagnose der Krankheitsangststörung eingeführt. Diese kann sich auf das Vorliegen unterschiedlicher Erkrankungen beziehen und setzt die Abwesenheit (starker) somatischer Symptome voraus. Im Falle körperlicher Symptome wird nach dem DSM-5 eine «Somatic Symptom Disorder» (bisher Somatoforme Störung) diagnostiziert. Im Vergleich zu den Hypochondriekriterien des DSM-IV wird in den DSM-5-Kriterien der Krankheitsangststörung die Verhaltensebene stärker spezifiziert (z.B. Checking Behavior / Vermeidungsverhalten). Das Fortbestehen der Ängste trotz medizinischer Abklärung und der Ausschluss wahnhafter Überzeugungen stellen im DSM-5 keine Voraussetzungen für die Vergabe der Diagnose Krankheitsangststörung dar. Mittels Spezifikationsmerkmalen wird zwischen einem hilfeschuchenden und -vermeidenden Typus unterschieden.

Konversionsstörung: Bei der Konversionsstörung kann im DSM-5 durch Spezifikationsmerkmale angegeben werden, ob die Störung «mit psychologischem Stressor» oder «ohne psychologischen Stressor» auftritt.

Körperdysmorphie Störung: Bei der Körperdysmorphie Störung wurden Muskeldysmorphie und unterschiedliche Grade an Einsicht als Spezifikationsmerkmale ergänzt.

Vorgetäuschte Störungen

Vorgetäuschte Störungen finden sich im DSM-5 in dem Kapitel der «Somatic Symptom and Related Disorders». In den Kriterien der Vorgetäuschten Störung entfällt im DSM-5 die Motivation über die Einnahme der Krankenrolle. Die Unterscheidung zwischen Subtypen nach dem Provozieren psychischer und/oder körperlicher Symptome wurde aufgehoben. Subtypen spezifizieren im DSM-5 das Vortäuschen der Störung in Bezug auf die eigene oder eine andere Person. Bezüglich des Verlaufs ermöglichen Spezifikationsmerkmale die Unterscheidung zwischen einer einzelnen Episode und wiederkehrenden Episoden.

Dissoziative Störungen

Dissoziative Fugue ist nach dem DSM-5 keine eigenständig kodierbare Diagnose mehr.

Depersonalisationsstörung: Aus der Depersonalisationsstörung wurde im DSM-5 die Depersonalisation/Derealisationsstörung. Kriterium A wurde entsprechend um Derealisation ergänzt.

Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen

Aus den Untergruppen Sexueller und Geschlechtsidentitätsstörungen des DSM-IV (Sexuelle Funktionsstörungen, Geschlechtsidentitätsstörungen, Paraphilien) entstanden im DSM-5 3 getrennte Kapitel. Für alle Störungen außer Subs-

tanz-/Medikamenteninduzierter Sexueller Störungen wurde eine Mindestdauer von 6 Monaten eingeführt.

Sexuelle Funktionsstörungen: Für Sexuelle Funktionsstörungen wurden Spezifikationsmerkmale zur Angabe des Schweregrads eingeführt. Die Sexuelle Funktionsstörung Aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors sowie die Unterscheidung zwischen psychischen und kombinierten Auslösern aus dem DSM-IV wurden nicht in das DSM-5 übernommen. Für Störungen Sexueller Appetenz und Erregung kann nach dem DSM-5 bei Frauen eine Weibliche Störung Sexuellen Interesses/Erregung diagnostiziert werden. Für Männer wurde die Männliche Störung Hypoaktiven Sexuellen Verlangens eingeführt. Die Diagnose der Sexuellen Aversion entfällt im DSM-5. Dyspareunie und Vaginismus wurden zu der Schmerz- und Penetrationsstörung im Genital- und Beckenbereich zusammengefasst. Gegenüber der Betonung von Spasmen in den DSM-IV-Kriterien für Vaginismus liegt der Schwerpunkt nun auf Penetrationsproblemen.

Geschlechtsidentitätsstörungen: In Bezug auf die Geschlechtsidentitätsstörung werden im DSM-5 gesonderte Kriterien für Kinder und Jugendliche/Erwachsene aufgeführt. Der Ausschluss eines somatischen Intersex-Syndrom aus dem DSM-IV entfällt. Durch Zusatzkodierungen können Störungen der Geschlechtsentwicklung und das Vorliegen von Maßnahmen der Geschlechtsumwandlung festgehalten werden. Spezifikationsmerkmale zu sexueller Orientierung entfallen.

Paraphilien: Für Paraphile Störungen wurden im DSM-5 die Spezifikationsmerkmale «in Remission» und «in einer kontrollierten Umgebung» (Betroffene befinden sich beispielsweise in Settings, in denen sie ihre Vorlieben nicht ausüben können) ergänzt.

Essstörungen

Im DSM-5 sind Essstörungen in dem Kapitel zu Fütter- und Essstörungen enthalten. Die «Binge-Eating»-Störung wurde als Störung mit Essanfällen ohne wiederkehrende gegenregulierende Maßnahmen neu in dieses Kapitel aufgenommen. Die Anzahl der Essanfälle wurde auf einmal wöchentlich über 3 Monate festgelegt. Spezifikationsmerkmale ermöglichen die Angabe von (Teil-)Remission und des Schweregrads (definiert über die Anzahl der Essanfälle pro Woche).

Anorexia Nervosa: Als Maßstab für ein niedriges Körpergewicht (Kriterium A) wird unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Entwicklungsverlauf und physischer Gesundheit die untere Grenze des Normalgewichtsbereichs angesetzt. Amenorrhö wird nicht mehr als Kriterium aufgeführt. Alternativ zu intensiver Angst vor einer Gewichtszunahme wurden Verhaltensweisen, die einer Gewichtszunahme entgegenwirken in den Kriterienkatalog aufgenommen. Hinzugefügt wurden zudem Spezifikationsmerkmale für (Teil-)Remission und den Schweregrad. Die Spezifikation des Schweregrads erfolgt bei der Anorexie über den Body-Mass-Index (BMI).

Bulimia Nervosa: Die Anzahl benötigter Essanfälle für die Diagnose der Bulimia Nervosa wurde von 2 auf einen pro Woche reduziert. Spezifikationsmerkmale für (Teil-)Remission und den Schweregrad wurden eingeführt. Die Bestimmung des Schweregrads erfolgt über die Anzahl der Essanfälle pro Woche. Die Unterscheidung zwischen einem «Purging»-Typus und einem «Nicht-Purging»-Typus entfällt.

Schlafstörungen

Die Unterscheidung zwischen Primären Schlafstörungen und Schlafstörungen im Zusammenhang mit einer Anderen Psychischen Störung des DSM-IV ist im DSM-5 aufgehoben. Die Schlafstörung mit Schlafwandeln und Pavor Nocturnus werden in dem neuen Diagnosesystem unter der Non-REM-Schlaf-Arousal-Störung zusammengefasst. Zusatzkodierungen ermöglichen die Unterscheidung zwischen einem Schlafwandeln- und einem Pavor Nocturnus-Typus. Aus der DSM-IV-Gruppe Nicht Näher Bezeichneter Dyssomnien und Parasomnien wurden für das «Restless-Legs-Syndrom» und die REM-Schlaf-Verhaltensstörung im DSM-5 eigene Diagnosekriterien spezifiziert. Für die Insomnie, Hypersomnie und Narkolepsie wurde das Zeitkriterium im DSM-5 auf mindestens 3 Mal pro Woche über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten festgelegt. Daneben wurden bei diesen Störungen unter anderem Veränderungen und Ergänzungen in den Zusatzkodierungen vorgenommen. Die Angabe assoziierter psychischer und medizinischer Krankheitsfaktoren erfolgt im DSM-5 bei einigen Störungen ebenfalls über Zusatzkodierungen.

Primäre Insomnie: Für die Insomnie ermöglichen Spezifikationsmerkmale im DSM-5 die Kodierung komorbider Störungen und die Unterscheidung zwischen einem episodischen, persistierenden oder wiederkehrenden Störungsverlauf.

Primäre Hypersomnie: Bei der Hypersomnie beziehen sich Zusatzkodierungen auf das Vorliegen komorbider Störungen, die Dauer und den Schweregrad der Störung.

Narkolepsie: Bei der Narkolepsie ermöglichen Spezifikationsmerkmale die Diagnose ätiologischer Subtypen sowie Einstufungen des Schweregrads. Symptome der Kataplexie werden im DSM-5 genauer spezifiziert (auch für Kinder). Ein Mangel an Hypokretin ist als ein mögliches Kriterium hinzugekommen.

Atmungsbezogene Schlafstörungen: Für Atmungsbezogene Schlafstörungen wurde im DSM-5 ein eigenes Unterkapitel eingerichtet. Für die im DSM-IV beispielhaft aufgeführten Atmungsgebundenen Schlafstörungen (Obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom, Zentrales Schlaf-Apnoe-Syndrom, Hyperventilations-Syndrom) werden an dieser Stelle eigene Diagnosekriterien aufgeführt. Zusatzkodierungen ermöglichen Einstufungen des Schweregrads und, außer bei der Obstruktiven Schlaf-Apnoe-Hypnoe, die Spezifizierung von Subtypen.

Schlafstörung mit Störung des Zirkadianen Rhythmus: Die Störung des Zirkadianen Rhythmus fällt im DSM-5 ebenfalls unter Atmungsbezogene Schlafstörungen. Im Vergleich zu

der Vorgängerversion wurden für diese Störung weitere Subtypen spezifiziert (z.B. Typus mit verfrühter Schlafphase).

Schlafstörung mit Alpträumen: Bei der Schlafstörung mit Alpträumen wurden im DSM-5 Zusatzkodierungen, beispielsweise zur Angabe assoziierter Störungen, Dauer und Schweregrad, ergänzt.

Störungen der Impulskontrolle, Nicht Andernorts

Klassifiziert

Gemeinsam mit der Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten und der Störung des Sozialverhaltens (ehemals im Kapitel zu Störungen, die Gewöhnlich Zuerst im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz Diagnostiziert werden) wurden die DSM-IV-Störungen der Impulskontrolle im DSM-5 vorwiegend in das Kapitel zu Disruptiven, Impulskontroll- und Verhaltensstörungen integriert. Pathologisches Spielen und Trichotillomanie wurden in die Kategorie der Abhängigkeitsstörungen verschoben.

Intermittierende Explosive Störung: Für aggressive Verhaltensausbrüche wurden im DSM-5 Zeit- und Häufigkeitskriterien hinzugefügt (2 Mal pro Woche über 3 Monate ohne / 3 Mal über 12 Monate mit Beschädigung, Zerstörungen oder Verletzung von Eigentum, Tieren oder Individuen). Die Ausbrüche sollen mit negativen persönlichen, sozialen oder beruflichen Konsequenzen verbunden sein und nicht im Dienste einer konkreten Zielerreichung stehen. Die Störung kann nach dem DSM-5 frühestens ab dem sechsten Lebensjahr vergeben werden.

Pathologisches Spielen: Die Zahl der für die Vergabe dieser Diagnose notwendigen Merkmale des Pathologischen Spielverhaltens wurde im DSM-5 um eins reduziert. Als Zeitkriterium wurde ein Zeitraum von 12 Monaten eingeführt.

Anpassungsstörungen

Anpassungsstörungen fallen im DSM-5 unter Störungen im Zusammenhang mit Traumata und Stressoren. Kulturelle Einflüsse auf Stressreaktionen werden in den Kriterien verstärkt berücksichtigt. An Stelle der Unterscheidung zwischen «chronisch» (Dauer über 6 Monate) und «akut» (unter 6 Monaten) tritt im DSM-5 die Zusatzkodierung «persistierend». Diese kann vergeben werden, wenn die Störung länger als 12 Monate andauert.

Persönlichkeitsstörungen

Die Diagnosekriterien für Persönlichkeitsstörungen bleiben im DSM-5 weitgehend unverändert. Das DSM-5 enthält darüber hinaus in Sektion III ein alternatives Persönlichkeitsstörungsmodell. Dieses legt einen stärkeren Fokus auf das Funktionsniveau und pathologische Persönlichkeitseigenschaften. Das Funktionsniveau basiert auf den Dimensionen Identität, Selbstbestimmung, Empathie und Intimität. Relevante pathologische Persönlichkeitseigenschaften umfassen negative Affektivität, Trennung, Antagonismus, Disinhibition und Psychotizismus. Das Alternativmodell soll eine For-

schungsgrundlage bilden und den Weg für Veränderungen in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen bahnen.

Andere Klinisch Relevante Probleme

Für Medikamenteninduzierte Bewegungsstörungen und Andere Unerwünschte Effekte von Medikamenten wurde im DSM-5 ein eigenständiges Kapitel etabliert. Hierin wurden für einige Störungen, die zuvor in Kategorien Nicht Näher Bezeichneter Störungen fielen eigene Diagnosekriterien etabliert (z.B. Medikamenteninduzierter Parkinson, Tardive Dys-tonie, Tardive Akathisie, Syndrom durch Absetzen von Anti-depressiva). Durch Umbenennungen wurden einige Diagnosen vom Einfluss von Neuroleptika auf die Wirkung unterschiedlicher Medikamente ausgeweitet (z.B. Medikamentenindu-zierte Akute Dystonie statt Neuroleptikainduzierte Akute Dystonie).

V-Kodierungen sind im DSM-5 in dem Kapitel zu Anderen Bedingungen, die im Fokus Klinischer Aufmerksamkeit Ste-hen Können enthalten. Dieser Bereich wurde beispielsweise um Wohn- und Finanzielle Probleme (z.B. Obdachlosigkeit, Armut), Probleme im Zusammenhang mit Psychosozialen, Persönlichen oder Umweltbedingungen (z.B. Probleme im Zusammenhang mit ungewollter Schwangerschaft, Terroris-mus) und Andere Umstände der Persönlichen Geschichte (z.B. Selbstverletzung in der Vergangenheit) ergänzt. Im in-teraktionellen Bereich wurden Faktoren wie Erziehung Au-ßerhalb des Elternhauses, Betroffenheit des Kindes vom Be-ziehungsstress der Eltern, Zerstörung der Familie durch Tren-nung und Scheidung und ein Hohes Ausmaß an «Expressed Emotions» Innerhalb der Familie neu aufgenommen. Der Abschnitt zu Missbrauch oder Vernachlässigung ist im DSM-5 deutlich differenzierter. Hinzugefügt wurden bei Kindern bei-spielsweise Unterscheidungen zwischen einmaligem und mehrmaligem Missbrauch, Vernachlässigung oder psychologi-schem Missbrauch. Psychologische Faktoren, die einen Medi-zinischen Krankheitsfaktor beeinflussen, wurden im DSM-5 in das Kapitel der «Somatic Symptom and Related Disorders» verschoben.

Diskussion

Auch wenn der Fokus dieses Beitrags auf der deskriptiven Darstellung der Veränderungen liegt, wollen wir abschlie-ßend auf die Kritik am DSM-5 eingehen.

Zu den Hauptkritikern des revidierten Diagnosesystems gehört der Vorsitzende der DSM-IV Arbeitsgruppe, Allen Frances. Bezüglich des Entstehungsprozesses honorieren Frances und Widiger [2012] das Manual für Entscheidungs-prozesse des DSM-5 als dem DSM-IV-Manual bei Weitem überlegen. In demselben Artikel kritisieren sie die mangelnde Befolgung des Manuals durch einige Arbeitsgruppen, Mängel in der wissenschaftlichen Absicherung (vor allem unzurei-chende Kosten-/Nutzenabwägungen und Risikoanalysen)

sowie eine ungenügende Transparenz und öffentliche Diskus-sion der Veränderungen. Diese sei durch bindende Vertrau-lichkeitsvereinbarungen der Kommissionsmitglieder er-schwert worden. Inhaltlich befürchten Kritiker wie Frances durch die Etablierung neuer Diagnosen und Verringerung von Schwellen unter anderem eine (medikamentöse) Überbe-handlung, eine fehlerhafte Verteilung knapper Ressourcen des Gesundheitssystems und eine zunehmende Stigmatisie-rung der Bevölkerung. Häufige Kritik wird dabei unter ande-rem an der Aufhebung von Trauer als Ausschlusskriterium für Major Depression, der Einführung Leichter Neurokogniti-ver Störungen und der Diagnose der Disruptiven Stimmungs-dysregulationstörung geübt.

Für eine faire Bewertung der aktuellen Revision sollte man sich bei der Beurteilung einzelner Kritikpunkte jedoch auch bewusst machen, welchen Sinn diese Änderungen anderer-seits haben. Mitglieder des DSM-5-Komitees bekunden den Wunsch, durch Neuerungen Fortschritte in der Behandlung von Patienten und der Benutzerfreundlichkeit des Manuals zu erzielen [Regier et al., 2013]. Die Einführung neuer Diagno-sen wie der Disruptiven Stimmungs-dysregulationstörung, wel-che sich im Gegensatz zu der Bipolaren Störung durch nicht-episodische Reizbarkeit auszeichnet, der Leichten Neurokog-nitiven Störung und der Unterscheidung zwischen Schwere-graden spiegeln das Bemühen wider, Personen möglichst früh adäquate Behandlungen zukommen zu lassen. Ergänzende in-haltliche Spezifikationsmerkmale wie «mit ängstlichen Symp-tomen», «mit gemischten Merkmalen» bei depressiven Stö-rungen oder «mit begrenzten prosozialen Emotionen» bei der Störung des Sozialverhaltens enthielten wichtige therapie-relevante Informationen [Regier et al., 2013]. Veränderungen im Gesamtsystem sollen dazu dienen, das Diagnosesystem auf den neusten Stand der Forschung zu bringen. Basierend auf vermuteten genetischen Zusammenhängen sind Entwick-lungsstörungen, Schizophrenie, Bipolare und Depressive Stö-rungen beispielsweise in aufeinanderfolgenden Kapiteln an-geordnet. Vor dem Hintergrund internationaler Forschung und der Nutzung von Erkenntnissen über Ländergrenzen hin-weg war die (strukturelle) Gestaltung des DSM auch durch eine stärkere Harmonisierung mit der Internationalen statisti-schen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Ge-sundheitsprobleme (ICD) motiviert.

Wie hilfreich das Diagnosesystem ist, werden zukünftige Studien zeigen müssen. Angesichts unterschiedlichster Inter-essenslagen und Funktionen des DSM sind anhaltende, kont-roverse Diskussionen und Evaluationen zu erwarten. So haben Patienten und Patientenorganisationen ein Interesse an einem Diagnosesystem, das das Recht auf möglichst effek-tive Behandlung stärkt und Stigmatisierungstendenzen entge-gen wirkt. Therapeuten erwarten, dass Syndrome von hoher klinischer Relevanz über griffige Diagnosen in einer Weise kodiert werden, die eine wesentliche Hilfe bei der Auswahl erfolgsversprechender Behandlungen leistet. Wissenschaftler fokussieren auf die Maximierung der Reliabilität und Validi-

tät der Diagnosen (und die Förderung der eigenen Interessensbereiche). Juristen wünschen sich exakte und eindeutige Kriterien. Für die im Bereich psychischer Störungen tätigen Wirtschaftsunternehmen (z.B. aus der Pharmaindustrie) ist ein Diagnosesystem am interessantesten, bei dem möglichst viele Menschen mit Diagnosen belegt werden, die wirtschaftlich maximal profitable Therapien rechtfertigen. Andere Wirtschaftszweige wünschen sich dagegen zur Senkung von Kosten durch Absentismus Kategoriensysteme, die eher höhere Schwellen für die Aufhebung der Arbeitsfähigkeit implizieren. Auf einen kurzfristig ausgeglichenen Haushalt bedachte Politiker präferieren Systeme, die möglichst wenig Patienten mit Diagnosen belegen, sodass der Kostendruck auf das Gesundheitssystem reduziert wird. Politiker, für die die langfristige Gesundheit der Bevölkerung ein zentrales Anliegen darstellt, bevorzugen dagegen Klassifikationssysteme, die über niedrigere Diagnoseschwellen die Finanzierung von Frühmaßnahmen erleichtern. Ein Punkt, der bereits die Diskussion des DSM-5 erschwert und aus diesem Grund interessensübergreifend kritisiert werden kann, ist die extrem rigide Handhabung des Copyrights. Nach Auskunft der APA ist es nicht gestattet, von Inhalten des DSM-5 mehr als eine Zeile

wörtlich zu zitieren, ohne dafür bei der APA eine kostenpflichtige Zustimmung einzuholen. Streng genommen bedeutet das auch, dass Dozenten immer eine Gebühr zahlen müssten, wenn sie Folien mit den exakten Störungskriterien in Vorlesungen sowie Aus- und Weiterbildungen präsentieren, und dass die Kriterien ohne die kostenpflichtige Erlaubnis nicht mehr in Lehrbüchern oder kommerziell vertriebenen Informationsmaterialien für Patienten abgedruckt werden können. Aus unserer Sicht bedeutet dies eine höchst problematische Behinderung des wichtigen Ringens um Fortschritte im Verständnis und der Behandlung psychischer Störungen. Hier sollte, ähnlich wie bei der Gestaltung von Arzneimittelpreisen, notfalls der Gesetzgeber dafür sorgen, dass die Dissemination und Diskussion von Instrumenten, die für das öffentliche Wohl von großer Bedeutung sind, nicht durch finanzielle Interessen Einzelner behindert werden.

Disclosure Statement

Die Autoren erklären hiermit, dass keine Interessenskonflikte bezüglich des Manuskriptes bestehen.

Literatur

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Primary Care Version (DSM-IV-PC). Washington, DC, American Psychiatric Association, 1995.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
- Frances AJ, Widiger T: Psychiatric diagnosis: lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Ann Rev Clin Psychol* 2012;8:109–130.
- Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ: The DSM-5: classification and criteria changes. *World Psychiatry*, 2013;12:92–98.
- World Health Organization: ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva, World Health Organisation, 1992.
- World Health Organization: World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II), 2001. www.who.int/icidh/whodas/ (Zugriff vom 23.10.2013).