

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeuroNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Trends und Perspektiven in der
Psychiatrie: DSM-5: Bringt uns das
neue amerikanische Diagnosesystem
weiter?**

Kasper S

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2013; 14 (3), 101

Homepage:

www.kup.at/

JNeuroNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-



FRÜHBUCHER-DEADLINE: 31.12.2024

13. DREILÄNDERTAGUNG 2025 | SALZBURG

Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen
und Österreichischen Gesellschaften für
Epileptologie und der Schweizerischen
Epilepsie-Liga

26.–29. März 2025 | Salzburg

www.epilepsie-tagung.de

www.epilepsie-tagung.de



Deutsche
Gesellschaft für
Epileptologie



Schweizerische Epilepsie-Liga
Ligue Suisse contre l'Epilepsie
Swiss League Against Epilepsy

DSM-5: Bringt uns das neue amerikanische Diagnosesystem weiter?

Im Mai 2013 wurde von der Amerikanischen Psychiatischen Gesellschaft (APA) die fünfte Revision des „Diagnostical and Statistical Manual“ (DSM-5) nun erstmals mit einer arabischen Zahl und nicht mit römischen Ziffern, die anscheinend in den USA zu Verwirrung geführt hatten, vorgelegt [1]. Die Medien, wie z. B. das österreichische Nachrichtenmagazin „Profil“ in seiner 29. Ausgabe vom 17.06.2013, schreiben von einer Psychiatisierung der Gesellschaft, und auch von namhaften Psychiatern im In- und Ausland wird eine zum Teil berechtigte Kritik an diesem neuen Diagnosesystem erhoben [2, 3]. Die Kritik bezieht sich unter anderem darauf, dass dadurch in den Medien der Eindruck erweckt wird, dass die Anzahl psychisch kranker Menschen inflationär ansteigt, obwohl festgehalten werden muss, dass ein derartiger Anstieg in den verfügbaren epidemiologischen Untersuchungen nicht nachweisbar ist. Weiters wird kritisiert, dass Beeinträchtigungen und Belastungen im alltäglichen Privat- oder Berufsleben plötzlich zu psychischen Erkrankungen erklärt werden. Aus klinisch-wissenschaftlicher europäischer Sicht ist z. B. der Verlust an psychopathologischer Differenziertheit bemerkenswert, da z. B. bei der Schizophrenie die klassischen Erst-rangssymptome nach K. Schneider sowie die gesamte Subtypologie in paranoide bzw. hebephrene Schizophrenie wegfallen.

Als besonders kritisch können ein paar Bereiche angesehen werden, da damit eine Ausweitung psychischen Krankseins suggeriert wird. Dass Trauer als Krankheit angesehen wird, wenn die Trauerreaktion > 2 Wochen andauert, ist eine der Ausweitungen des Diagnosesystems. Wir wissen jedoch, dass Trauer nach Verlusterlebnissen auch zum normalen Anpassungs- und Bewältigungsrepertoire des Menschen gehört und nicht allein im Zusammenhang mit einer Störung des Hirnstoffwechsels diskutiert werden sollte. Weiters wird eine altersbedingte Leistungseinschränkung als Krankheit angesehen und z. B. die Diagnose „minore neurokognitive Störung“ als Krankheit angeführt. Dieser Schritt ist insofern problematisch, da dafür z. B. auch keine entsprechenden Therapien vorliegen. Zum Alkoholkonsum sei erwähnt, dass die neue Diagnose „Substanzgebrauchsstörung“ die beiden bisherigen Kategorien „Schädlicher Gebrauch“ und „Abhängigkeit“ von Substanzen, wie sie auch im ICD-10 gebraucht werden, vereinigt. Diese neue Kategorie missachtet z. B. Kulturen, in denen es erlaubt bzw. nicht erlaubt ist, Alkohol zu konsumieren. Generell kann von einer Absenkung der diagnostischen Schwelle bei Alkoholkonsum ausgegangen werden, dadurch werden bedauerlicherweise Patienten mit einer schweren Alkoholkrankheit nicht richtig erfasst. Eine ähnliche ausweitende Problematik liegt auch für die Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADHD) vor.

Unter einem therapeutischen Gesichtspunkt ist diskussionswürdig, dass für diese verschiedenen vorlie-

genden Diagnosekategorien hinsichtlich der Patientenversorgung meist keine empirisch abgesicherten Therapien zur Verfügung stehen. Da zurzeit die Zulassung von Psychopharmaka bzw. Therapieverfahren nach Diagnosekategorien erfolgt, bleibt zu hoffen, dass dieses neue Diagnoseschema nicht zu einem therapeutischen Nihilismus führt, bzw. dass erkannt wird, dass verschiedene Syndrome, z. B. Suizidalität, Agitation, körperliche Beschwerden wie Schmerz, einer gezielten, auch empirisch nachvollziehbaren Therapie zugeführt werden sollen. Hinsichtlich der Inanspruchnahme und Erstattung der Therapiekosten wird es wahrscheinlich auch im Rahmen von Krankenkassenleistungen in Zukunft Probleme geben, wenn vom Gesundheitssystem nicht medizinisch begründete Leistungsangebote vorliegen, da für die verschiedenen, nun vorgestellten Diagnosesysteme keine evidenzbasierte Therapie vorliegt.

Leider ist es nicht gelungen, im DSM-5 neurobiologische Korrelate mit aufzunehmen, da der heutige Wissensstand es nicht erlaubt, diese auf Diagnoseebene zuverlässig mit einzuschließen. Wenn man jedoch bedenkt, dass die verschiedenen Diagnosen auch eine sehr niedrige Inter-Rater- bzw. Re-Test-Reliabilität aufweisen [4], sogar bei der Diagnose wie Major Depressive Disorder, fragt man sich, ob man nicht auch den einen oder anderen der vorhandenen Tests, z. B. zur Beurteilung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse bzw. den Tagesgang der Körperkerntemperatur, in das Diagnosesystem auf Syndromebene hätte übernehmen können.

Zurzeit ist die Revision der internationalen Klassifikation (ICD-10) durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Ausarbeitung und es bleibt zu hoffen, dass das DSM-5 nicht in zu vielen Bereichen Modellcharakter für das ICD-11 darstellt [5], da das ICD-System die Grundlage für vorwiegend europäische Gesundheitssysteme, und daher auch in Österreich, ist.

Literatur:

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th Edition. DSM-5. American Psychiatric Publishing, Washington-London, 2013.
2. Berk M. The DSM-5: hyperbole, hope or hypothesis? BMC Medicine 2013; 11: 128.
3. Pull CB. Too few or too many? Reactions to removing versus retaining specific personality disorders in DSM-5. Curr Opin Psychiatry 2013; 26: 73-8.
4. Kennedy R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. Am J Psychiatry 2003; 160: 4-12.
5. Leckman JF, Pine DS. Editorial commentary: challenges and potential of DSM-5 and ICD-11 revisions. J Child Psychol Psychiatry 2012; 53: 449-53.

O. Univ.-Prof. Dr. h. c. mult. Dr. Siegfried Kasper
Editor Psychiatrie



O. Univ.-Prof. Dr. h. c. mult. Dr. Siegfried Kasper
© Medizin Wien – Maren

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)