

Birgitta Stübgen

Gesunde Krankheit. Am Weg zum neuen Psychiatrie-Handbuch DSM-5

Healthy Disease: On the Way to the New Psychiatric Manual DSM-5

Eine befriedigende Definition von Gesundheit und Krankheit konnte selbst die Wissenschaft über die Jahrhunderte nicht liefern. Die Definition von Gesundheit der WHO von 1948: „Gesundheit ist ein Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, der sich nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung auszeichnet“ stellt nicht zufrieden und macht uns wahrscheinlich alle zu Nicht-Gesunden. Dann ist auch zu begreifen, wie es dazu kommen konnte, dass Schwangerschaft zu einer Krankheitsdiagnose werden konnte. Mehr als 1.500 Experten aus 39 Ländern waren in den vergangenen 14 Jahren mit der Verbesserung der Klassifikationen psychischer Erkrankungen befasst.¹ Im Mai 2013 erschien nun das DSM-5, das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in seiner 5. Auflage. Erarbeitet wurde das Nachfolge-Projekt des 1994 erstellten und im Jahr 2000 überarbeiteten Handbuchs DSM-IV von der American Psychiatric Association, der führenden psychiatrischen Fachgesellschaft.

Das DSM ist ein nationales Diagnosesystem für die USA, das die Grundlage für diagnostische und epidemiologische Forschung darstellt. Konzepte, Definitionen und Grenzen psychischer Erkrankungen wurden einer Revision unterzogen, und es wurden neue Erkrankungen aufgenommen. Ein Projekt, das laut Medienberichten 25 Millionen US-Dollar verschluckt haben soll.

Das DSM wurde erstmals 1952 herausgegeben und hat sich seither neben der International Classification of Diseases (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die nicht nur psychiatrische Erkrankungen umfasst und in Deutschland in der praktischen Medizin breiter angewendet wird, zu

einem grundlegenden Klassifikationssystem entwickelt.² Orientiert am DSM-5 wird auch vom ICD die 11. Version bis voraussichtlich 2016 erarbeitet werden, die die Grundlage für das deutsche Gesundheitssystem darstellen wird. Ärzte und Psychologen rechnen – auch in Österreich – derzeit mit dem ICD-10 ab, dem Diagnoseschlüssel der WHO. Was im DSM-5 steht, beeinflusst jedoch maßgeblich, welche Störungen der WHO-Katalog als krank einstuft – und damit auch, für welche Krankheiten die Krankenkassen eine Therapie zahlen.

Erfinden wir neue Patienten?

Im Vorfeld der Veröffentlichung von DSM-5 wurde breit kritisiert, dass die Revision der Krankheitsbilder zu einer Ausweitung der Diagnosestellung einer psychischen Erkrankung führen wird und damit zu einer Medikalisierung von Schwierigkeiten und jeglichen psychischen Leidenszuständen führen könnte.³

Auch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie (DGPPN) hat in einer Stellungnahme vom 15. 4. 2013 gewarnt, die Änderungen der amerikanischen Kollegen unkritisch zu übernehmen.⁴ Andererseits soll das neue Diagnosesystem notwendige Anpassungen enthalten, die auf wissenschaftlichen Fortschritten basieren und nicht grundsätzlich abgelehnt werden sollten. Krankheitskonzepte sollen aus Sicht der DGPPN nur ausgeweitet werden, wenn dadurch klinisch relevantes Leiden besser als bisher erkannt und behandelt werden kann. Insbesondere sollte die Erfassung neuer, leichterer Störungen, für die oftmals bislang keine Therapie zur Verfügung steht,

nicht zu einer Erhöhung der Zahl der Diagnosen veranlassen.

Der renommierte US-amerikanische Psychiater Allen Frances erhob im Vorfeld der Überarbeitung des DSM-5 wiederholt seine Stimme.⁵ Er beschreibt in seinem neuen Buch „Normal“ (2013), wie psychische Krankheiten in den DSM-IV, an dem er seinerzeit mitgearbeitet hatte, aufgenommen wurden: „Die psychischen Störungen, die Eingang ins DSM fanden, verdanken ihren offiziellen Status keinem rationalen Ausschlussverfahren. Sie gelangten ins System und sind geblieben – aus praktischer Notwendigkeit, Zufall, allmählicher Verwurzelung, Präzedenz und Trägheit; nicht weil sie einer Reihe von unabhängigen, abstrakten und universellen Definitionskriterien genügten.“⁶ Er warnte immer wieder davor, dass im kommenden DSM-5 die Kriterien zur Diagnosestellung verschiedener psychischer Erkrankungen zu niederschwellig seien und damit zu häufig als therapeutische Option Psychopharmaka eingesetzt werden würden. Für die Pharmakonzerne vermutet er diese Perspektive allerdings als angesteuertes Ziel, da sie ihnen erlaubt, ihre Gewinnspannen auf Kosten der Medikalisierung zahlreicher, nach den neuen Diagnosekriterien als krank eingestufte Menschen erheblich zu erhöhen.

Die wiederholt angeführte Kritik an dem revidierten Diagnosemanual klagt damit vor allem darüber, dass zunehmend Beeinträchtigungen, Belastungen und/oder Lebenskrisen im Privat- und Berufsleben zu psychischen Erkrankungen⁷ – teilweise durch sachfremde, ökonomische Interessen motiviert – erklärt werden. In der Stellungnahme der DGPPN wird kritisch angemerkt, dass es im Zuge der kommenden DSM-5 eine Tendenz gebe, die psychiatrischen Diagnosen immer weiter auszuweiten und die Möglichkeit von falsch-positiven Fehldiagnosen zu wenig zu beachten.

Von der Krankenkasse zur Gesundheitskasse

Psychische Erkrankungen sowie psychische und soziale Krankheitsrisiken erfahren eine zunehmende Aufmerksamkeit durch die Politik und die

Öffentlichkeit, was durchaus positiv zu werten ist. Das sollte jedoch nicht dazu führen, dass jedes seelische oder soziale Leid zur psychischen Krankheit erklärt und damit sozusagen aus der Welt eliminiert wird. Dies entspricht einer Tendenz in unserer Gesellschaft, Leidvolles und Nicht-Effizientes aus dem Blick und Leben zu verbannen.

Die Diagnose einer Krankheit sollte medizinisch relevantem Leiden vorbehalten bleiben. Natürliche Alterungsprozesse und Anpassungsprozesse wie z. B. Altersvergesslichkeit oder auch aufbegehrendes Verhalten von Kindern und Jugendlichen sind ebenso wenig eine Krankheit wie adäquate, gegebenenfalls auch einige Monate andauernde Trauerreaktionen. Krisen-, Leidens- und Risikosituationen, die durch Eigeninitiative zur Lebensstiländerung, Selbsthilfe sowie durch Unterstützung im Familien- und Freundeskreis bewältigt werden können, sollten nicht durch eine neu geschaffene Krankheitswertigkeit unnötig medizinische Ressourcen binden.

Zum Nachdenken kann die zunehmend sich wandelnde Nomenklatur in der Versicherungslandschaft anstoßen: Noch gibt es „Krankenversicherungen“, aber offiziell heißt es nicht mehr „Krankenkasse“, sondern „Gesundheitskasse“, nicht mehr „Krankenpfleger“, sondern „Gesundheits“- und Krankenpfleger – wir verlieren die Kranken zunehmend aus dem Blick und möchten ewige Gesundheit!

Wenn es Gesundheitskassen sind, die in der Prävention – mit Recht – einen großen Aufgabenbereich sehen, sollten sie aber nicht unter dem Konzept der Prävention bereits die Möglichkeit zu erkranken zur Krankheit erklären. So sollten zunächst in den DSM-5 auch Risikozustände, z. B. an Schizophrenie zu erkranken, aufgenommen werden, wurden aber, so weit bislang bekannt, doch ausgeschlossen.

Interessenskonflikte im Wirtschaftszweig Medizin klarlegen

Eine Ausweitung des Krankheitsbegriffs auf leichtere Leiden seelischer oder auch sozialer Natur

würden auf der anderen Seite die medizinischen Versorgungssysteme überlasten und eine gerechte Verteilung der Ressourcen auf real Erkrankte und Hilfsbedürftige gefährden, die einer sachgerechten medizinischen Hilfe bedürfen.

In der Medizin ist ein Dilemma durch wirtschaftliche Grundlagen und Interessen entstanden, die rund um die medizinische Versorgung von Patienten – das Wort bedeutet Leidender – lauern und auch bei den Gesundheitskassen, die ja Tausenden ihre Arbeitsstelle bieten. Die Medizin ist, zumindest in den Industrienationen, zu einem gigantischen Wirtschaftszweig geworden. Dabei geht es nicht in erster Linie allein um die Pharmaunternehmen, sondern auch Wirtschaftsunternehmen wie Krankenhausholdings, Qualitätsmanagementunternehmen, Bildungswesen, Zulieferunternehmen u. v. m. Das bedeutet natürlich auch: je mehr Patienten, desto mehr Aussicht auf Bestehen und Wachstum der Bereichs.

Der Arzt verpflichtet sich – in Deutschland – einem ärztlichen Gelöbnis, das eng an den Hippokratischen Eid angelehnt ist. Darin wird die Haltung genannt, mit der der Arzt seinen Beruf ausübt: zum Wohle des Patienten, in Achtung vor dem Menschen und unabhängig vom – persönlichen – wirtschaftlichen Vorteil.

In der Neueinführung von Krankheiten neue Pfründe in erreichbarer Nähe zu wittern, ist nachvollziehbar. So erwähnt auch A. Frances kritisch einmal die Definition von Krankheit als „das, was Ärzte behandeln“. Das soll nicht heißen, dass medizinisch und psychotherapeutisch und unterstützend nicht alles getan werden soll, was einem Menschen zu Gute kommen kann. Doch ist die Tatsache, dass es jemandem gut tut, wenn man ihm therapeutische Hilfe zukommen lässt, kein hinreichender Grund, seinen Zustand als Krankheit zu bezeichnen.

Die Arbeit der APA zur Revision des DSM-5 ist anzuerkennen. Doch ist genauer hinzusehen, um zu erkennen, ob sich die damit beauftragten Wissenschaftler und Experten frei von eigenem

oder fremdem Interesse der Sache – der Wahrheit – verpflichtet sehen. Immer stehen wir als Einzelne mit Anderen in Beziehung und können uns von Interessen nicht gänzlich frei machen. Eine Studie, die 2012 von Linda Cosgrove, Harvard University, und Sheldon Krinsky von der Tufts University in Boston durchgeführt wurde, zeigte, dass 69 Prozent der Mitglieder der Arbeitsgruppe zu DSM-5 Verbindungen zur Pharmaindustrie offengelegt hatten.⁸ Die Autorinnen betonten, dass die Offenlegung möglicher finanzieller Interessenkonflikte nicht zwingend den Einfluss der Pharmaindustrie senkt. Sie forderten deshalb eine komplette Entflechtung der DSM-Arbeitsgruppenmitglieder und der Pharmaindustrie, denn es brauche eine „unvoreingenommene, evidenz-basierte DSM, frei von jeglichen Interessenkonflikten.“

Dem ist nur zuzustimmen. Bei der Erarbeitung einer Norm sollten partikuläre Interessen im Dienst einer Suche nach Wahrheit außen vor gelassen werden. Es wird sich zeigen, ob dies den DSM-Experten gelungen ist – und wiederum den jeweiligen Anwendern gelingen wird.

Referenzen

- 1 *Der heftige Streit über die Bibel der Psychiatrie*, Welt.de, 5. Jänner 2013, <http://www.welt.de/gesundheit/psychologie/article112412959/Der-heftige-Streit-ueber-die-Bibel-der-Psychiatrie.html>, (letzter Zugriff am 8. Mai 2013)
- 2 *DSM-V: Erste Einblicke in das neue Psychiatrie-Handbuch*, Dt. Ärzteblatt, 18. Februar 2010, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/40054/DSM-V-Erste-Einblicke-in-das-neue-Psychiatrie-Handbuch> (letzter Zugriff am 8. Mai 2013)
- 3 Ledford H., *Revised psychiatric manual gets final approval*, Nature News Blog, 4. Dezember 2012, <http://blogs.nature.com/news/2012/12/revised-psychiatric-manual-gets-final-approval.html> (letzter Zugriff am 8. Mai 2013)
- 4 Stellungnahme Nr. 5 der DGPPN vom 15. April 2013
- 5 vgl. *Psychiatrie: Mediziner warnen vor Erfindung von Pseudo-Krankheiten. Schafft das neue Psychiater-Handbuch 10 Millionen neue, aber falsche Patienten?*, Imabe-Newsletter März 2012, <http://www.imabe.org/index.php?id=1692> (letzter Zugriff am 16. Mai 2013)

- 6 Frances A., *Normal*, Dumont Verlag, Köln (2013), S. 43
- 7 vgl. Studie: *Studenten nehmen deutlich mehr Psychopharmaka. Verschreibung der Medikamente hat sich in vier Jahren verdoppelt*, Imabe-Newsletter Dezember 2012, <http://www.imabe.org/index.php?id=1777> (letzter Zugriff am 16. Mai 2013)
- 8 Cosgrove L., Krinsky S., *A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists*, PLoS Med (2012); 9(3): e1001190, doi:10.1371/journal.pmed.1001190, <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001190> (letzter Zugriff am 16. Mai 2013)

Dr. med. Birgitta Stübben
Fachärztin für Psychiatrie u. Psychotherapie
Ubierring 14 - 16, D-50678 Köln
stuebbenbirgitta@gmx.de