

nicht übereinstimmte, war er mir persönlich äußerst sympathisch, und es ist bewundernswert, wie er jederzeit bereit war, auch um den Preis persönlicher Opfer für seine Überzeugungen zu kämpfen. Ein besonderer Dank gilt dem bunt zusammengewürfelten Team meiner Netzfrende (von denen ich viele nie persönlich kennengelernt habe), die mir halfen, das Chaos um das DSM-5 zu sortieren, und die Ideen zu diesem Buch beisteuerten – vor allem Suzy Chapman, Gary Greenberg, Melissa Raven, Mickey Nardo, Dayle Jones, Joanne Cacciatore, Donna Rockwell, Russell Friedman, Martin Whitely, Jon Jureidini und Jack Carney. Meine sonst so geräuschvollen Enkelkinder legten eine überraschende und ganz untypische Langmut an den Tag, während ich endlose Stunden mit dem Tippen und Überarbeiten dieses Buchs auf meinem geliebten BlackBerry – von ihnen genussvoll mein »böser Freund« genannt – beschäftigt war. Meine Agentin Carrie Kania verkaufte das Buch nicht nur – sie unterstützte mich auch bei der Konzeption und gab ihm Form. Meinem amerikanischen Lektor Peter Hubbard, meinem deutschen Lektor Laurenz Bolliger und meinem holländischen Lektor Michiel ten Raa danke ich für zahlreiche wichtige Anregungen. Und vor allen anderen danke ich meiner Frau Donna – einer großartigen Leserin, die mich zum besseren Autor gemacht hat.

GEERT KEIL NACHWORT

Dieses Buch ist in weiten Teilen eine Streitschrift. Der Streitgegenstand ist das Ausmaß, in dem Ärzte ihren Patienten psychische Erkrankungen bescheinigen. Allen Frances sieht eine inflationäre Ausweitung am Werk und befürchtet für die Zukunft eine Hyperinflation. Sein Streitgegner sind vornehmlich die pharmazeutische Industrie und die Autoren der aktuellen Auflage der »Bibel der Psychiatrie«, des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5). Die Einflüsse beider Akteure seien durchaus unterschiedlich, aber ergänzten einander auf fatale Weise: Das aktuelle DSM-Handbuch weite die Diagnosemöglichkeiten gegenüber seinen Vorgängern aus, indem es die Schwellen für einige psychische Störungen herabsetzte und neue Störungen einführte, die nach Frances noch in den Bereich der Normalität fallen. Die Pharmaindustrie nutze diese Ausweitungen und alle definitiven Unklarheiten zu ihren Gunsten aus: Großes Geld wird vor allem auf dem Massenmarkt verdient, also zielt das Marketing darauf ab, möglichst viele Menschen zu Patienten zu machen, die mit Psychopharmaka behandelt werden müssen. Die weiteren Akteure des Gesundheitssystems – Ärzte, Kliniken, Patienten, Apotheker, Verbände und andere Interessengruppen – spielen mit, weil sie von der Diagnoseinflation ökonomisch oder anderweitig profitieren oder weil sie nicht stark genug sind, Widerstand zu leisten. Eine unrühmliche Figur gibt nach Frances die Politik ab, die die rechtlichen Rahmenbedingungen nicht eng genug setzt.

So weit, so schlecht. Frances' Klage klingt wohlvertraut, seine Streitschrift fällt in das Genre der harschen Pharma-, Medizin- und

Psychiatriekritik, mit der sich der »medizinisch-industrielle Komplex« in den westlichen Demokratien seit Langem konfrontiert sieht. Aber langsam. Frances' Buch weist gegenüber anderen Streitschriften eine Reihe von Besonderheiten auf, die man in dieser Kombination noch nicht gelesen hat.

– Zunächst: Die Kritik stammt von einem hochrenommierten Insider der Psychiatrie. Frances weiß, wovon er spricht. Unter seiner Federführung ist die 1994 veröffentlichte Vorgängerversion IV des DSM-Handbuchs entstanden, die nun durch das DSM-5 abgelöst wird. Die *New York Times* hat Frances seinerzeit »den einflussreichsten Psychiater Amerikas« genannt.

– Menschen, die in verantwortlicher Position tätig waren, finden im Alter häufig, dass ihre Nachfolger alles schlechter machen. Diese psychologisierende Erklärung verfängt aber hier nicht. Des Autors *J'accuse* mischt sich mit einem *Mea culpa*: Frances berichtet selbstkritisch von seiner eigenen Arbeit am DSM-IV und von seinen Fehldiagnosen als junger Psychiater.

– Er erklärt nicht alle Übel aus einer Wurzel. Auch wenn die Pharmaindustrie den größten Schaden anrichtet, indem sie mit immensen Werbeaufwand Psychopharmaka in den Massenmarkt drücke, sei sie doch keine kriminelle Vereinigung. Sie verhalte sich so, wie profitorientierte Unternehmen es eben tun, um am Markt erfolgreich zu sein. Sie kann die diagnostische Inflation auch nicht aus eigener Kraft in Gang setzen, sondern ist auf einen entgegenkommenden Gesetzgeber und auf die Autoren der »Psychiatriebibel« angewiesen, nach der Ärzte ihre Diagnosen verschlüsseln müssen.

– Seine Inflationswarnung macht Frances nicht blind für gegenläufige Entwicklungen. Viele psychische Störungen, beispielsweise die Depression und die posttraumatische Belastungsstörung, würden in großem Ausmaß über- und unterdiagnostiziert. Die schwere Depression nennt er »eine der schrecklichsten Heimsuchungen der Menschheit«, ein Drittel der Betroffenen in den

USA erhalte aber keinerlei Behandlung. Durch die Fehlallokation von Ressourcen würden die Mittel für die wirklich Behandlungsbedürftigen verknappt.

– Bei aller Schärfe seiner Kritik redet Frances keiner Alternativmedizin das Wort. Insbesondere ist er für die Sirengesänge der Antipsychiatrie taub, also für die in den Sechziger- und Siebzigerjahren populäre radikal psychiatriekritische Bewegung, die psychische Krankheiten zu Mythen erklärte und alle Klinikportale öffnen wollte. Pointiert wurde seinerzeit behauptet, dass die vermeintlich psychisch Kranken, insbesondere die Schizophrenen, die einzigen Gesunden in einer kranken Gesellschaft seien. Frances ist dagegen ein Anhänger der evidenzbasierten Medizin. In der besten aller Welten gäbe es sogar verlässliche biologische Tests für psychische Krankheiten und für deren Früherkennung. Dass bisher keine verfügbar sind, liege an der übergroßen Komplexität der menschlichen Psyche: Sie sei schwieriger zu erforschen als alles andere, mit dem man es in der Medizin zu tun hat. Gleichwohl setzt er auf den Fortschritt der Wissenschaft, der sich aber im geduldigen Dreischritt von Beschreibung, Klassifikation und Erklärung vollziehe. Die Psychiatrie brauche den langsamen Fortschritt der Normalwissenschaft, nicht die Ausrufung von Paradigmenwechseln.

– Wie sehr Frances das Schicksal seines Faches am Herzen liegt, zeigt sein souveräner Schnelldurchgang durch die Psychiatriegeschichte im zweiten Kapitel – mit vielen Helden und Schurken, mit einigen lustvoll vorgetragenen Vereinfachungen. Zu den Helden gehören neben Hippokrates und Galen die arabische Tradition und die europäische Aufklärung, zu den Schurken die Philosophen und Theologen des christlichen Mittelalters. Frances vermerkt mit grimmigem Sarkasmus, dass das ideologische Erklärungsmuster der Besessenheit durch den Teufel überaus erklärungskräftig war – und den psychisch Kranken mehrere dunkle Jahrhunderte be-

scherte. Der Koran wusste es besser, denn er vertrat eine säkulare, aufgeklärte Sicht von psychischer Krankheit.

– So ist Frances' Ziel am Ende ein konstruktives. Er möchte mit der Normalität im selben Zug die Psychiatrie retten: Die Psychiatrie solle sich auf die Grenzen ihrer Kompetenz beschränken, bei der Überarbeitung des Diagnosekatalogs maximal konservativ und evidenzbasiert vorgehen, sich des hippokratischen Grundsatzes *Primum non nocere* erinnern und Distanz zur Pharmaindustrie wahren. Im siebten Kapitel entwirft Frances eine wissenschaftspolitische Agenda, die unter anderem den Vorschlag umfasst, die Verantwortung für das DSM der American Psychiatric Association zu entziehen und sie in die Hände eines unabhängigen Gremiums zu legen, das keine eigenen wirtschaftlichen Interessen verfolgt.¹

USA und Deutschland

Frances hat sein Buch mit Blick auf die Vereinigten Staaten geschrieben. Das amerikanische Gesundheitssystem, das pro Kopf doppelt so viel Geld wie der Durchschnitt der anderen Industrieländer verbraucht, untersteht anderen politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen als das deutsche. Die für die Diagnoseinflation wichtigste Besonderheit ist wohl diese: Die USA sind neben Neuseeland das einzige Land der Erde, in dem den Pharmaherstellern die Direktwerbung beim Verbraucher für rezeptpflichtige Arzneimittel erlaubt ist. Seit 1997 ist sogar die Fernsehwerbung freigegeben, sodass auch Bevölkerungsgruppen erreicht werden, die keine Printmedien nutzen. In den ersten drei Jahren nach der Freigabe stiegen die Umsätze für Psychopharmaka um das Zweieinhalbfache. Einer Studie aus dem Jahre 2006 zufolge führte jeder in die Werbung investierte Dollar zu einem zusätzlichen Umsatz von 2,20 Dollar. So ist es ökonomisch nachvollziehbar, dass die Werbeetats der Pharmaindustrie doppelt so hoch wie ihre For-

schungsetats sind. Der effizienteste Weg, den Absatz zu steigern, ist die Ausweitung der Gruppe der Medikamentenverbraucher. »Die Hauptader des Psychopharmakamarktes«, so Frances, »bilden die besorgten Gesunden.« Der zweite Hauptadressat des Marketings sind die Hausärzte, also Mediziner ohne besondere psychiatrische Ausbildung, die in den USA 80 Prozent aller Psychopharmaka verschreiben.

Dabei ist den Unternehmen die Werbung für den »Off-label«-Gebrauch, also für eine zulassungsüberschreitende Anwendung, auch in den USA ausdrücklich verboten. Die großen Pharmahersteller nehmen aber immer wieder hohe Bußgelder in Kauf, zum Teil in Milliardenhöhe, um die Grenzen dieser gesetzlichen Regelung auszutesten (siehe die lange Liste auf S. 150–152). Offenbar lohnt es sich.

Frances beschreibt eindrücklich, wie durch die Verbraucherwerbung für Psychopharmaka eine fatale Spirale sich wechselseitig verstärkender Trends in Gang gesetzt wird. Viele psychische Störungen sind schon aus psychiatrischer Sicht schlecht zur Normalität hin abzugrenzen. Für medizinische Laien ist es noch schwieriger. Im DSM-Handbuch sind viele Störungen durch ein Bündel von Kriterien definiert, von denen eine bestimmte Mindestzahl erfüllt sein muss. Zudem geschieht die Abgrenzung zur Normalität oft anhand quantitativer Merkmale, nämlich anhand der Dauer und des Schweregrads der Symptome. Nicht jeder, der eine Zeit lang traurig ist, hat eine klinische Depression. Von diesen Feinheiten steht aber in den Werbeanzeigen nichts, die in der Regel mit »Fragen Sie Ihren Arzt!« enden. Wer hätte sich aufgrund einer suggestiven Schilderung unspezifischer Symptome und Befindlichkeitsstörungen noch nie gefragt, ob er nicht auch unter ihnen leidet? Wenn die Symptome dann noch mit einem medizinisch klingenden Etikett versehen und auf ein »chemisches Ungleichgewicht« im Hirn zurückgeführt werden, das sich medikamentös beseitigen

lasse, muss man nicht besonders labil oder hypochondrisch veranlagt sein, um sich behandlungsbedürftig krank zu fühlen. Schließlich wird etwas versprochen, was sich ohnehin jeder wünscht: weniger Stimmungsschwankungen, höhere Belastbarkeit, weniger Ängste, bessere Leistungen in der Schule oder im Beruf. Mit der werbeinduzierten Selbstdiagnose geht der besorgte Gesunde zum Hausarzt, der ausgiebig von Pharmavertretern präpariert worden ist und seinerseits nur Leistungen abrechnen kann, wenn er eine nach DSM verschlüsselte Diagnose stellt (in Deutschland: nach der von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen ICD-Klassifikation). Der Patient nimmt das verschriebene Psychopharmakon ein, fühlt sich aufgrund der Zuwendung und der Placebowirkung häufig besser – schließlich war er nicht ernsthaft psychisch krank – und führt die Besserung auf das Medikament zurück, das er dann dauerhaft einnimmt.

Um diese Spirale in Gang zu halten, muss das DSM freilich mitspielen. Besonders anfällig dafür, zu Modeepidemien zu werden, sind neu aufgenommene leichte Störungen, die sich definitiv schwer von Normalzuständen abgrenzen lassen. Frances bedauert, bei der Verabschiedung des DSM-IV die Missbrauchsgefahr der Diagnosen »Aufmerksamkeitsdefizitstörung« und »bipolare Störung« unterschätzt zu haben, deren Zahl in den letzten fünfzehn Jahren insbesondere bei Kindern explosionsartig angestiegen ist. Aktuelle Zahlen aus Deutschland besagen, dass ein Fünftel aller im Jahr 2000 geborenen Jungen schon die Diagnose ADHS gestellt bekam.² »Wenn man eine neue Diagnose anbietet, stürzen sich die Leute darauf«, sagt der Psychiater Asmus Finzen. Auch sind psychische Erkrankungen in Deutschland mittlerweile der häufigste Grund für Erwerbsminderungsrenten.

Den politischen Fehler, die Direktwerbung für Psychopharmaka beim Verbraucher freizugeben, wird in Europa hoffentlich so schnell niemand nachmachen. Allerdings hat die Pharma-Lobby

auch auf EU-Ebene wiederholt versucht, eine Lockerung des Werbeverbots für verschreibungspflichtige Medikamente zu erreichen.

Eine zweite Besonderheit der amerikanischen Rechtslage betrifft die Begutachtung psychisch gestörter Straftäter vor Gericht. Frances kritisiert die starke Zunahme forensischer Begutachtungsverfahren bei Sexualstraftätern, obwohl doch die meisten dieser Täter psychisch gesund seien: »Vergewaltigung ist keine psychische Störung, sondern ein Verbrechen.« Frances' Kritik an den hohen Kosten der Begutachtungsverfahren und der psychiatrischen Unterbringung der Täter ist für europäische Ohren irritierend. Darf ein faires Verfahren eine Kostenfrage sein? Man muss aber wissen, dass in den USA die forensischen Gutachter nicht wie in Deutschland vom Gericht beauftragt werden, sondern von den Prozessgegnern. Sie sind also von vornherein Partei und haben nicht das primäre Interesse, zur Wahrheitsfindung beizutragen.

Die gesundheitspolitische Grundkonstellation ist aber in den USA ähnlich wie in Deutschland: Die Zahl der Akteure, die am Wachstum des Medizinsektors interessiert sind, ist weitaus größer als die der Inflationsbekämpfer. Die Krankenkassen sollten eigentlich auf der anderen Seite der großen Interessenkoalition stehen, aber in der Praxis erweisen sich ihre Bemühungen oft als kontraproduktiv: Um unnötige Arztbesuche zu vermeiden, erstatten die Kassen auch in den USA ohne gestellte Diagnose keine ärztlichen Leistungen. Diese Regelung hat die Zahl der Arztbesuche nicht gesenkt, sondern dazu geführt, dass großzügiger diagnostiziert wird. Die Kassen täten nach Frances besser daran, die Ärzte auch für das Abwarten und für die Beratung besorgter Gesunder zu bezahlen.

Frances' Kampagne gegen die DSM-Revision

An der Überarbeitung der »Psychiatriebibel« mitzuarbeiten ist für einen Psychiater eine hohe Ehre. Eine noch höhere ist es, eine neue

Störung zu entdecken und ins DSM zu hieven – so wie es einem Biologen Reputation verschafft, eine neue Spezies zu entdecken, oder einem Astronomen, einen neuen Planeten zu entdecken. Leider sind die Grenzen zwischen Entdecken und Erfinden im ersten Fall fließender als in den beiden anderen. Allen Frances beschreibt eine weitere inflationsfördernde Triebkraft: Psychiatrische Experten, die engagiert ihr Forschungsgebiet bearbeiten, werden »mitunter zu wahren Gläubigen, die ihre Lieblingsdiagnosen mit echter Zuneigung hätscheln und sie wachsen und gedeihen sehen wollen« (S. 133). Nicht ein Mal habe er während seiner Arbeit am DSM-IV jemanden erlebt, der die Diagnosen seines eigenen Forschungsgebiets hätte reduzieren wollen. Auch von Wissenschaftlern ist es viel verlangt, ein Misstrauen gegen die eigene Eitelkeit und den Tunnelblick zu entwickeln.

Frances hat in den vergangenen Jahren eine regelrechte Medienkampagne gegen die Neufassung des DSM-Handbuchs geführt. In zahllosen Blogs und Zeitungsartikeln hat er mit Mitstreitern geplante Aufweichungen der diagnostischen Kriterien kritisiert und eigene Vorschläge gemacht. Dieser Feldzug hatte durchaus Erfolge. Das DSM-Autorenteam hat in letzter Minute einige besonders scharf kritisierte Schwellensenkungen und neue Diagnosen fallen gelassen. Andere Kämpfe gingen verloren. Zu ihnen gehört die Neufassung der Kriterien für die Depression (*Major Depressive Disorder*). Bisher galt, dass zwei Monate nach dem Verlust eines nahen Angehörigen keine Depression diagnostiziert werden sollte. Das DSM-5 wird diese Frist auf zwei Wochen verkürzen oder ganz streichen. Die Befürchtung der Kritiker ist, dass diese Änderung zu zahllosen Fehldiagnosen der normalen Verlusttrauer als krankhafter Störung führen wird. Die Verteidiger geben zu bedenken, dass das Diagnosehandbuch den Arzt ja nicht zu Diagnosen zwingt, sondern ihm lediglich auch in diesen Fällen die Verschreibung von Antidepressiva erlaubt. Erfahrene Psychiater hätten genügend Sach-

verstand, um die Trauer über einen Verlust von der behandlungsbedürftigen Depression zu unterscheiden. Gegen dieses Argument wendet Frances ein, dass der überwiegende Teil der Psychopharmaka nicht von Psychiatern, sondern von Allgemeinmedizinerinnen verschrieben werde, die im Durchschnitt sieben Minuten Zeit für ein Patientengespräch aufwenden. Außerdem sende die Neuregelung das fatale Signal aus, dass tiefe Trauer um den Verlust eines Angehörigen nicht normal sei und möglichst schnell überwunden werden müsse.

Allgemein sieht Frances in der diagnostischen Inflation einen Ausdruck des Trends, soziale Probleme, Umweltfaktoren und Fährnisse des Lebens zu psychiatrischen Störungen umzudeuten. Ein gutes Beispiel ist die angebliche »Völlerei-Störung« (*Binge Eating Disorder*), die die wahren Ursachen der amerikanischen Fettleibigkeitsepidemie verschleierte und Aufmerksamkeit von der notwendigen öffentlichen Gesundheitspolitik abziehe.

Das Problem der unscharfen Grenzen

Man muss nicht alle Einschätzungen von Frances teilen, um das schwierige Grundsatzproblem anzuerkennen, das dem Streit über die diagnostische Inflation zugrunde liegt. Unkontrovers ist, dass psychisch Kranken eine Behandlung angeboten werden sollte, Gesunden nicht. Das Problem ist eines der Abgrenzung: Wo verläuft die Grenze zwischen »krank« und »gesund« und wie stellt oder legt man sie fest? Das Abgrenzungsproblem ist theoretisch so schwierig, weil es zwischen Gesundheit und Krankheit kontinuierliche Übergänge gibt. Besonders deutlich ist das bei fortschreitenden Krankheiten wie beispielsweise der Altersdemenz: Rita Hayworth, Ronald Reagan und Inge Meysel waren nicht zeitlebens dement, am Ende ihres Lebens waren sie es. Da sie sich die Krankheit nicht über Nacht zugezogen haben, hat es Vor- und Zwischenstufen ge-

geben, die sich der sauberen psychiatrischen Klassifikation entziehen.

Das Beispiel lässt sich verallgemeinern: Neben klar positiven und klar negativen Fällen von »Gesundheit« und »Krankheit« gibt es eine Grauzone in der Mitte. Diese Struktur ist aus der philosophischen Diskussion über das sogenannte »Haufenparadox« bekannt. Das Problem, an dem schon Generationen von Philosophen sich die Zähne ausgebissen haben, besteht darin, dass man durch ein scheinbar einwandfreies Schlussverfahren »beweisen« kann, dass ein Haufen aus einem einzigen Sandkorn bestehen kann oder dass ein Kahlköpfiger volles Haar hat. Das Sorites-Argument besagt, dass durch die wiederholte Anwendung der Regel »Wenn n Körner ein Haufen sind, sind auch $n-1$ Körner ein Haufen« darauf geschlossen werden kann, dass auch ein einziges Korn ein Haufen sei. Die Prämisse ist wahr, wenn n groß genug gewählt wird, die Konklusion ist unwahr, also ist etwas schiefgelaufen. Aber was? Wenn die Wegnahme eines einzigen Sandkorns niemals einen Haufen zu einem Nichthaufen machen kann, scheint die absurde Konklusion unvermeidbar.

Nun gilt aber der Sorites-Schluss allgemein als Fehlschluss. Umstritten ist, worin genau der Fehler besteht. Er muss etwas mit der semantischen Vagheit des Ausdrucks »Haufen« zu tun haben, also mit seiner Randbereichunschärfe. Im technischen Sinne »vage« nennt man sprachliche Ausdrücke, die Grenzfälle in ihrem Anwendungsbereich zulassen, also Fälle, auf die der Ausdruck weder klarerweise zutrifft noch klarerweise nicht zutrifft. Das Problem der Vagheit ist, anders als die philosophischen Standardbeispiele »Haufen« und »kahlköpfig« vermuten lassen, kein bloß akademisches, das man getrost professionellen Haarspaltern überlassen könnte. Es ist in vielen Fällen ein drängendes praktisches Problem. Man sieht das am »Argument der schiefen Ebene« (*slippery slope argument*), das beispielsweise in medizinethischen Debatten ge-

gen geplante Veränderungen eines *Status quo* ins Feld geführt wird. Ein einschlägiger Fall ist der Schwangerschaftsabbruch: Selbst wenn Konsens darüber besteht, dass ein Abbruch am ersten Tag nach der Befruchtung keine moralisch inakzeptable Spätabtreibung ist, muss irgendwie der Sorites-Schluss verhindert werden, dass dann ein Abbruch am zweiten Tag ebenfalls keine Spätabtreibung ist, ebenso wenig eine am dritten, am vierten usw.

Zahllose Ausdrücke der natürlichen Sprache sind vage. Es liegt auf der Hand, dass »gesund« und »krank« dazu zählen. Also kann man auch mit ihnen Sorites-Schlüsse konstruieren und »beweisen«, dass ein Todkranker gesund sei, da er sich ja von einem unzweifelhaft Gesunden nur durch eine Reihe verschwindend kleiner Zwischenschritte unterscheidet. Die Sorites-Anfälligkeit vager Ausdrücke ist nicht nur in der Sprachphilosophie, sondern auch in der medizinischen Klassifikationslehre ein gravierendes und theoretisch ungelöstes Problem. Es betrifft zum einen die Abgrenzung zwischen »gesund« und »krank«, zum anderen die Klassifikation einzelner Krankheiten, auch somatischer. Wenn zum Beispiel beim metabolischen Syndrom die Normwerte für Blutdruck, Glukose, Insulinresistenz oder Taillenumfang nur um wenige Prozent verändert werden, was schon wiederholt geschehen ist, so zählen durch einen Federstrich Millionen Patienten als behandlungsbedürftig krank, die es vorher nicht waren – und umgekehrt.

Im Falle der psychischen Störungen kommt nun erschwerend hinzu, dass Definitionen und Diagnosen sich in der Regel nicht auf biologische Tests stützen können. Frances meint sogar, dass die Psychiatrie über keinerlei brauchbare Definition von »psychische Störung« verfüge. Wenn Wissenschaftler anderes behaupteten oder mehr Exaktheit suggerierten, als tatsächlich vorhanden ist, seien sie intellektuell unredlich. In einem Interview hat Frances die Behauptung, »psychische Störung« ließe sich definieren, schon einmal deftig als »bullshit« bezeichnet.

Was also tun? Wenn von einer Definition nichts weiter abhängt als der Erfolg der sprachlichen Verständigung, können Sprecher sich konventionell auf einen Wortgebrauch einigen. Solche Konventionen sind typischerweise kontextgebunden: Unter einem »Haufen« mögen Arbeiter auf der Baustelle eine Ansammlung verstehen, die man schneller mit einer Schaufel als mit einem Besen von A nach B transportiert. Wenn dagegen hohe Güter auf dem Spiel stehen, erwartet die Gesellschaft von ihren Experten – Medizinern, Juristen, Philosophen, Mitgliedern von Ethikkommissionen – keine Ad-hoc-Abgrenzung und keinen hemdsärmeligen Pragmatismus, sondern sachlich begründete Entscheidungen mit nachvollziehbaren Entscheidungsgrundlagen. Die Debatte über Gesundheit und Krankheit ähnelt in dieser Hinsicht den Debatten über den Zeitpunkt des Lebensbeginns und des Lebensendes. In beiden Fällen ist die Materie schwierig und ein übergreifender, auf biologische Tatsachen gestützter Konsens nicht in Sicht, doch faktisch werden folgenreiche Abgrenzungsentscheidungen ständig getroffen, politisch implementiert und rechtlich kodifiziert.

Die Unterscheidung zwischen »gesund« und »krank« ist nicht deshalb so bedeutsam, weil sie in der Wissenschaft unentbehrlich wäre, sondern weil die Gesellschaft so viele Entscheidungen von großer Tragweite daran geknüpft hat. Wo die Grenze jeweils gezogen wird, hat erhebliche gesellschaftliche und rechtliche Konsequenzen: Wann kann ein Arbeitnehmer sich arbeitsunfähig schreiben lassen? In welchen Fällen zahlt die Krankenversicherung? Wer kann eine Lebensversicherung abschließen? Wem wird die Verbeamtung verweigert? Welche psychischen Beeinträchtigungen machen einen Straftäter schuldunfähig? Wer kann ohne seine Zustimmung in die Psychiatrie eingewiesen werden? Unser gesamter gesellschaftlicher Umgang mit einem Menschen ändert sich, sobald wir ihn als krank ansehen. Auch unsere moralischen Bewertungen wandeln sich grundlegend, wenn wir den Konsum einer

Droge als Sucht oder die Scheu vor Sozialkontakten als eine Phobie einstufen, also als pathologisches Verhalten.

Ein drastisches Beispiel für die Konsequenzen der Grenzziehung im Kontinuum zwischen »normal« und »psychisch krank« ist der Umgang einiger amerikanischer Bundesstaaten mit der Hinrichtung von geistig behinderten Straftätern. Der Oberste Gerichtshof der Vereinigten Staaten entschied im Jahre 2002, dass die Verhängung der Todesstrafe gegen geistig behinderte Menschen gegen die Verfassung verstößt, überließ es aber den einzelnen Bundesstaaten, »geistige Behinderung« zu definieren. Einige Staaten stuften nun einen Täter genau dann als geistig behindert ein, wenn er einen Intelligenzquotienten von weniger als 70 besitzt. Hier wird eine wissenschaftlich höchst fragwürdige Grenzziehung buchstäblich zu einer Frage von Leben und Tod. Die Konsequenzen dieser Regelung für den erbitterten Streit in solchen Verfahren vor amerikanischen Gerichten sind jedem Zeitungsleser vertraut.

Ein vergleichbares europäisches Beispiel ist die jüngste Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur nachträglichen Sicherungsverwahrung von rückfallgefährdeten Gewalt- und Sexualstraftätern: Nach Verbüßen ihrer Strafe dürfen Täter nur dann weiterhin in geschlossenen Einrichtungen untergebracht werden, wenn ihnen eine psychische Krankheit bescheinigt wird. Eine noch so große Gefahr für die Allgemeinheit genügt nicht, weil dies nach einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs von 2009 der Menschenrechtskonvention widerspräche. Forensische Psychiater werden durch diese Rechtsprechung unter einen beträchtlichen Druck gesetzt, ihre Diagnosen und Prognosen nicht allein auf medizinischen Sachverstand zu stützen.³ Wie sollen sie einen Täter beurteilen, den sie für stark rückfallgefährdet halten, ohne dass er psychisch krank wäre? Wenn der forensische Psychiater aufgrund einer nicht medizinisch begründbaren Diagnose die Unterbringung empfiehlt, so lässt er sich missbrauchen, um der Justiz die

Abwägung zwischen dem Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung und den Menschenrechten des Täters zu ersparen. Das Recht hat für diese Abwägung keine Instrumente und muss ihre Notwendigkeit deshalb leugnen. Aber darf man diesen Konflikt auf dem Rücken der Psychiatrie austragen?

Die Beispiele zeigen, dass die Unterscheidung zwischen »gesund« und »psychisch krank« trotz ihrer wissenschaftlichen Fragwürdigkeit in vielen Fällen folgenschwer ist. Die Medizin ähnelt dem Recht insofern, als medizinische Diagnosen und richterliche Entscheidungen, so schwierig sie oft zu treffen sind, fortan Wirkungen entfalten, die für diese Schwierigkeiten unsensibel sind. Mögen die Grenzen des zu beurteilenden Sachverhalts noch so fließend gewesen sein, die Folgen unterliegen einer harten Entweder-oder-Logik. Was im Recht allerdings in der Natur der Sache liegt – entweder Verurteilung oder Freispruch, *tertium non datur* –, ist in der Medizin allenfalls ein gesundheitspolitischer Systemzwang: Ärzte können gegenüber den Krankenkassen nur Leistungen abrechnen, wenn sie auch eine Diagnose gestellt haben.

Bei vielen Erkrankungen gibt es durchaus ein Mehr oder Weniger und auch ein fein abgestuftes Arsenal von therapeutischen Möglichkeiten. Dass es um Grenzziehungen in einem Kontinuum geht, zeigen insbesondere die vielen psychischen Störungen, die in den Diagnosehandbüchern anhand von Dauer, Anzahl und Schweregrad der Symptome klassifiziert sind. Bei quantitativen Bestimmungen ist das Willkürmoment mit Händen zu greifen: Warum müssen für die Depression (MDD) nach DSM-IV fünf von neun Kriterien erfüllt sein und nicht vier oder sechs? Die mindestens fünf Symptome müssen »fast täglich« bestanden und »mindestens zwei Wochen« angedauert haben. Zusätzlich werden sechs Schweregrade der Depression unterschieden. All dies sind konventionelle quantitative Festsetzungen, die man auch anders hätte vornehmen können.

Vom Problem der fließenden Übergänge zwischen »normal« und »psychisch gestört« sind nun alle gleichermaßen betroffen: diejenigen, die für eine Erweiterung des DSM-Katalogs eintreten, und deren Kritiker. Die einen möchten die Zahl der falsch negativen Diagnosen verringern, die anderen die der falsch positiven. Dabei leugnet niemand, dass es klare Fälle gibt. Die Herausforderung ist vielmehr, bei den unklaren Fällen im Grenzbereich zur Normalität den schwierigen Mittelweg zwischen Über- und Unterdiagnose zu finden. Wenn Frances nun zugibt, dass weder die Inflationstreiber noch die Verteidiger der Normalität definieren können, was als »psychische Störung« und was als »normal« zählt, woher weiß er dann, dass eine Grenze, die niemand angeben kann, zur Inflationsseite hin überschritten ist?

Die Antwort lautet, dass Frances' Kritik an der Diagnoseinflation sich *nicht* auf die notorische Vagheit diagnostischer Kategorien stützt. Im Theoretischen herrscht vielmehr ein Patt zwischen Inflationisten und Deflationisten. Frances' Einschätzung, dass bis in die Siebzigerjahre zu zurückhaltend diagnostiziert worden sei, das Pendel aber mittlerweile weit zur anderen Seite hin ausgeschlagen sei, stützt sich auf andere Daten: auf Statistiken über den absurd steilen Anstieg neu aufgenommener Diagnosen, auf seine langjährigen Erfahrungen als klinischer Psychiater und Psychotherapeut, die in den Fallgeschichten des Schlusskapitels verarbeitet sind, auf historische und internationale Vergleiche sowie auf anthropologische Annahmen über die Selbstheilungskräfte und die Widerstandsfähigkeit (»Resilienz«) der menschlichen Natur, die unseren Vorfahren das Überleben sicherte.

Wissenschaftspolitik und Wissenschaftsethos

Allen Frances' vielleicht zentrales Argument ist aber kein psychiatrisches, sondern ein politisches. Er argumentiert, dass die Beur-

teilung von Grenzfällen nicht in einem Vakuum stattfindet, da die Hersteller von Psychopharmaka ein Interesse daran haben, »die Zielgruppen durch kreatives Marketing zu erweitern, um den wahrscheinlich Gesunden einzureden, sie seien zumindest geringfügig erkrankt« (S. 58). Das Geschäftsmodell der Pharmaindustrie bestehe darin, Unklarheiten und Interpretationsspielräume auszubeuten, um die unscharfe Grenze zwischen Normalität und Behandlungsbedürftigkeit möglichst weit zu ihren Gunsten zu verschieben.

Die Frage ist, ob die psychiatrische Wissenschaft überhaupt in der Lage ist, dieser Tendenz mit eigenen Mitteln entgegenzutreten. Frances tritt in diesem Buch in mindestens drei Rollen auf: als Wissenschaftler, als praktizierender Arzt und als *Homo politicus*. Der erhitzten Debatte wäre gedient, wenn man diesen Rollen und den möglichen Konflikten zwischen ihnen größere Aufmerksamkeit schenkte. Das wissenschaftliche Ethos eines Experten, der verantwortlich an der »Psychiaterbibel« DSM mitarbeitet, fällt nicht automatisch mit dem ärztlichen Ethos des klinischen Psychiaters zusammen, der zuerst um das Wohl seiner Patienten besorgt ist, und erst recht nicht mit den gesundheitspolitischen Interessen eines engagierten Staatsbürgers.

Ein gutes Beispiel für den möglichen Konflikt des wissenschaftlichen mit dem ärztlichen Ethos ist der Umgang mit der indikationsüberschreitenden Anwendung von Psychopharmaka. Streng genommen muss und darf ein Wissenschaftler bei der Abfassung des DSM nicht interessieren, ob und inwiefern die neu aufgenommenen Diagnosen von interessierter Seite missbraucht werden können. Er kann mit seinen Mitteln ohnehin nicht verhindern, dass gesetzeswidrig für den »Off-label«-Gebrauch geworben wird und dass Gesunden Medikamente verschrieben werden. Er kann aber den Missbrauch möglichst erschweren, und genau das sollte er nach Frances tun. Als Arzt und Staatsbürger hat Frances ein

großes Interesse an den klinischen, sozialen und politischen Konsequenzen wissenschaftlicher Grenzziehungen. Den Autoren des neuen DSM-Handbuchs wirft er vor, für diese Folgen blind zu sein.

Frances fordert also von seinen Fachkollegen, dass sie *strategisch* agieren. Anstatt ihre Hände in Unschuld zu waschen, sollten sie die voraussehbaren Kosten und Risiken ihrer Entscheidungen in die redaktionelle Arbeit einbeziehen. Dies bedeute konkret, nur aus zwingenden Gründen neue Diagnosen aufzunehmen und dabei möglichst wenige Grauzonen und Schlupflöcher zu lassen, denn es gelte: »Sobald sich irgendwo eine Lücke zeigt, die Aussicht auf Gewinn bietet, wird sich rasch jemand finden, der mit dem Lastwagen hineinfährt« (S. 249). So seien die neuen Kriterien für die als Vorstufe von Alzheimer gehandelte »milde neurokognitive Störung« (MNCD) zwar recht sorgfältig formuliert, aber Frances geht ohnehin davon aus, »dass die Details dieses Kriterienkatalogs in der allgemeinen Praxis ignoriert werden und die Diagnose sehr großzügig angewandt wird [...], um auch den allmählichen mentalen Verfall, der normaler Bestandteil des Alterns ist, zu pathologisieren« (S. 258). Deshalb dürfe man der Gegenseite nicht einmal den kleinen Finger reichen.

Frances' Plädoyer für das Schließen von Schlupflöchern wirft eine schwierige wissenschaftsethische Frage auf, die auch andere Fälle gesellschaftlich relevanter Forschung betrifft, beispielsweise die Klimaforschung: Sollten Wissenschaftler ihre Erkenntnisse mit Rücksicht darauf formulieren, welche erwartbaren Wirkungen diese in der freien Wildbahn entfalten werden? Liegt es in ihrer Verantwortung als Wissenschaftler, dem möglichen Missbrauch durch politisch oder ökonomisch interessierte Akteure einen Riegel vorzuschieben? Soll ein Klimaforscher einen neu entdeckten Unsicherheitsfaktor, der quantitativ für den errechneten globalen Erwärmungstrend vernachlässigbar ist, öffentlich kommunizieren, wo er doch nur zu gut weiß, dass die von der Fossilenergielobby

bezahlten »Klimaskeptiker« sich darauf stürzen werden, um ihr trübes Süppchen zu kochen?

Wohlgermerkt: Frances plädiert nicht für einen taktischen Umgang mit *der Wahrheit*, denn bezüglich unentscheidbarer Grenzfälle gibt es ja keine. Wofür er plädiert, ist ein taktischer Umgang mit den taktischen Manövern der Gegenseite: Wo die Profiteure der diagnostischen Inflation die unscharfe Grenze zwischen »normal« und »gestört« auf die gewinnbringende Seite der Grauzone verschieben, reklamiert Frances die Grauzone für die Normalität. Für die diagnostischen Handbücher bedeutet dies, bei der Festlegung der Kriterien Sicherheitspuffer gegen Missbrauch einzubauen und bei der Aufnahme neuer Störungen möglichst restriktiv zu verfahren: *If in doubt, leave it out*.

Aus Sicht des *Homo politicus* spricht viel für einen vorausschauenden, taktischen Umgang mit den Unschärfen der Wissenschaft. Es spricht aber auch Gewichtiges dagegen. Die Wissenschaft setzt dabei etwas aufs Spiel, das leicht verloren und schwer wiederzugewinnen ist: ihre Integrität und ihre Reputation als unparteiliche Instanz. Diese Reputation ist gerade in der politischen Arena ein Alleinstellungsmerkmal. Wie wertvoll sie war, merkt man erst, wenn sie verloren ist. Ein bedrückendes Beispiel ist der öffentliche Diskurs über die Klimaforschung in den Vereinigten Staaten. Es ist dort in der von agonalem Interessenstreit geprägten politischen Arena gelungen, die um die Erderwärmung besorgten Klimaforscher als eine Lobbygruppe unter anderen erscheinen zu lassen. Für die Wissenschaft – wie auch für das Rechtssystem – ist der *worst case*, in den Parteienstreit um Macht und ökonomische Interessen hineingezogen zu werden. Vielleicht sieht man diesen Verlust von »Alteuropa« aus etwas deutlicher. In einer politischen Kultur, die den Wert einer unparteilichen und unkorrupten Instanz, die parteiübergreifenden Respekt genießt, nicht mehr schätzen kann, bleibt nur das Recht des Stärkeren.

Insgesamt scheint mehr dagegen als dafür zu sprechen, dass die Wissenschaft sich aus staatsbürgerlicher Verantwortung selbst politisiert. Auf lange Sicht hat sie durch taktische Raffinessen mehr zu verlieren als zu gewinnen. Vielleicht ist Frances das insgeheim auch klar. Seine Blogger-Kampagne richtete sich an die DSM-5-Autoren und an die *Scientific community*, doch seine im siebten Kapitel entworfene Agenda zur »Eindämmung der diagnostischen Inflation« ist in erster Linie an andere Akteure adressiert: an die Gesundheitspolitik, an die Krankenversicherungen, an die Medien und an die Bürger, kranke wie gesunde. Frances liegt die Rettung der Normalität und die der Psychiatrie am Herzen, aber er hat keine großen Illusionen darüber, wie viel die psychiatrische Wissenschaft aus eigener Kraft dazu beitragen kann.

Proposed Inclusion in the DSM-5: A Risk-Benefit Analysis», *Schizophrenia Research* 120 (2010), 16–22.

- 40 C. Ross, »DSM-5 and the Psychosis Risk Syndrome: Eight Reasons to Reject It«, *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches* 2, 2 (2010), 107–110, <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17522431003763323>.
- 41 A. Jennex, D. M. Gardner, »Monitoring and Management of Metabolic Risk Factors in Outpatients Taking Antipsychotic Drugs: A Controlled Study«, *Canadian Journal of Psychiatry* 53 (2008), 34–42.
- 42 N. M. Batelaan, J. Spijker, R. de Graaf, P. Cuijpers, »Mixed Anxiety Depression Should Not Be Included in DSM-5«, *Journal of Nervous & Mental Disease* 200, 6 (Juni 2012), 495–498, doi:10.1097/NMD.0b013e318257c4c9.
- 43 K. Walters et al., »Mixed Anxiety and Depressive Disorder Outcomes: Prospective Cohort Study in Primary Care«, *British Journal of Psychiatry* 198, 6 (Juni 2011), 472–478.
- 44 A. Frances, »The Forensic Risks of DSM-5 and How to Avoid Them«, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 38 (2010), 11–14.
- 45 P. Good, J. Burstein, »Hebephilia and the Construction of a Fictitious Diagnosis«, *Journal of Nervous & Mental Disease* 200, 6 (Juni 2012), 492–494, doi:10.1097/NMD.0b013e318257c4f1.
- 46 A. Frances, »The Risk That DSM-5 Will Exacerbate the SVP Mess in Forensic Psychiatry«, *Current Psychiatry Reviews* 8, 4 (November 2012), 264–267(4).
- 47 A. J. R. Finlayson, J. Sealy, P. R. Martin, »Sexual Addiction & Compulsivity«, *The Journal of Treatment & Prevention* 8, 3–4 (2001), 241–251, doi:10.1080/107201601753459946.
- 48 R. C. Kessler, K. R. Merikangas, P. Berglund, W. W. Eaton, D. S. Koretz, E. E. Walters, »Mild Disorders Should Not Be Eliminated From the DSM-5«, *Archives of General Psychiatry* 60 (2003), 1117–1122.

7 Eindämmung der diagnostischen Inflation

- 1 »The War on Drugs and HIV/AIDS: How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic«, Global Commission on Drug Policy (Juni 2012), http://globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/GCDP_HIV-AIDS_2012_REFERENCE.pdf
- 2 Mark Thornton, »Alcohol Prohibition Was a Failure«, Policy Analysis 1991, <http://www.cato.org/publications/policy-analysis/alcohol-prohibition-was-failure>.
- 3 »The Drug War Spreads Instability«, *The Globe and Mail* (26. April 2012), <http://www.theglobeandmail.com/commentary/the-drug-war-spreads-instability/article4104311/> (aktualisiert am 6. September 2012).
- 4 »Prescription Painkiller Overdoses at Epidemic Centers«, Levels for Disease Control and Prevention 2011, http://www.cdc.gov/media/releases/2011/p1101_flu_pain_killer_overdose.html.

- 5 »The War on Drugs and HIV/AIDS: How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic«, a. a. O.
- 6 M. Raven, »Direct-to-Consumer Advertising: Healthy Education or Corporate Spin?«, *Health Skepticism International News* (2004), <http://www.healthskepticism.org/global/news/int/hsin2004-09/>.
- 7 L. Fang, »When a Congressman Becomes a Lobbyist, He Gets a 1,452 Percent Raise (on Average)«, *The Nation* (14. März 2012).
- 8 M. Angell, »The Truth About the Drug Companies«, *New York Review of Books* 51, 12 (2004).
- 9 K. Abbasi, R. Smith, »No More Free Lunches«, *BMJ* 326, (2003), 1155.
- 10 A. Fugh-Berman, S. Ahari, »Following the Script: How Drug Reps Make Friends and Influence Doctors«, *PLoS Med* 4, 4 (2007), e150.
- 11 »An Unhealthy Disregard«, *Nature Medicine* 16, 609 (2010).
- 12 R. N. Moynihan, »Kissing Goodbye to Key Opinion Leaders«, *Medical Journal of Australia* 196, 11 (2012), 671.
- 13 J. Kaplan, »The Cost of Doing Business? Pharmaceutical Company Fines«, Albany Medical College 2012, <http://www.amc.edu/BioethicsBlog/post.cfm/the-cost-of-doing-business-pharmaceutical-company-fines>.
- 14 B. Mintzes, »Should Patient Groups Accept Money from Drug Companies? No«, *BMJ* 334 (2007), 935.
- 15 B. Mintzes, »Disease Mongering in Drug Promotion: Do Governments Have a Regulatory Role?«, *PLoS Med* 3, 4 (2006), e198.
- 16 A. J. Fyer et al., »Discontinuation of Alprazolam Treatment in Panic Patients«, *American Journal of Psychiatry* 144, 3 (1987), 303–308.
- 17 D. Rosenfeld, »Jackson Case Highlights Medical Ethics«, *Pacific Standard* (22. Juli 2009).
- 18 L. Batstra, A. Frances, »Diagnostic Inflation: Causes and a Suggested Cure«, *Journal of Nervous and Mental Disorders* 200, 6 (2012), 474–479.
- 19 J. S. Comer, M. Olfson, R. Mojtabai, »National Trends in Child and Adolescent Psychotropic Polypharmacy in Office-Based Practice, 1996–2007«, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 49, 10 (2010), 1001–1010.
- 20 E. R. Hajar, A. C. Cafiero, J. T. Hanlon, »Polypharmacy in Elderly Patients«, *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy* 5, 4 (2007), 345–351.
- 21 V. Barbour et al., »False Hopes, Unwarranted Fears: The Trouble with Medical News Stories«, *PLoS Med* 5, 5 (2008), e118.

Geert Keil – Nachwort

- 1 Die APA hat sich hoch verschuldet und vertreibt das DSM-5 nun als Monopolist zum exorbitanten Preis von 199 Dollar. Dass ein Großteil der DSM-Autoren Verbindungen zur Pharmaindustrie besitzt, wurde schon bei der Vorgängerversion DSM-IV kritisiert.

- 2 *Barmer GEK Arztreport 2013. Schwerpunkt: ADHS. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 18, Siegburg 2013.*
- 3 Vgl. Hans-Ludwig Kröber, »Psychische Störung« als Begründung für staatliche Eingriffe in Grundrechte des Individuums«, *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 5 (2011), 234–243.

- * Die unterschiedliche Schreibweise ist so gewollt: Mit dem DSM-5 wird die Schreibweise mit arabischer Ziffer eingeführt.
- ** Zulassungsüberschreitende Anwendung
- *** Aber von dieser Vermutung – nämlich dass sie eine halluzinogene Wirkung hätten – ist man schon länger wieder abgekommen; Birkenporlinge sind eine entzündungshemmende Medizin, dienten gewissermaßen als frühes Antibiotikum.