

Beitrag zum Symposium „Zwischen Mythos und Manual“

Folgen des DSM-5 für Diagnostik, Erkrankungszahlen, Prävalenzen

Im Vorfeld bzw. im Rahmen der aktuellen Revision des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5, American Psychiatric Association (APA), 2013) wurde und wird die Frage diskutiert, wie es um die Definition psychischer Störungen bestellt ist. Schwierigkeiten wie die (bislang notwendigerweise fast ausschließliche) Basierung auf subjektivem Selbstbericht, die Heterogenität von Diagnostizierten innerhalb der Störungsklassen oder der Mangel an klaren Indikationen für Behandlung und Prävention werden allgemein konstatiert. Auch wenn in Deutschland in der Gesundheitsversorgung die ICD-10 (World Health Organisation, 1993) Geltung hat, ist die Fortentwicklung des von der APA (unter internationaler Mitwirkung) herausgegebenen diagnostischen Manuals von großem Interesse. Denn die Probleme der DSM-Diagnostik gelten für die Klassifikationsprinzipien und Kriterien im Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kapitel F) der ICD-10 sogar in noch höherem Maße.

Welche diagnostischen Fortschritte, aber auch Probleme, bringt die Revision des DSM mit sich? In diesem Beitrag werden zunächst Ziele des Manuals (z.B. bessere Spezifität und erhöhte Dimensionalität) und wichtige Änderungen beschrieben (z.B. die Umgruppierung und Neueinführung, aber auch die Streichung von Diagnosen sowie der verstärkte Einsatz von Schweregrad-Skalen). Ferner werden Bedenken genannt, die in den USA, aber auch international, hinsichtlich einer übermäßigen „Psychiatisierung“ bzw. „Medikalisierung“ von „normalen Problemen“ angeführt wurden.

Breiter fachlicher Konsensusprozess

Zu den Bedenken bezüglich des DSM-5 ist allerdings anzumerken, dass manche negative Begleiterscheinung – wie etwa das potenziell unsachgemäße Verschreiben von Psychopharmaka durch überforderte Primär-Ärzte – nicht notwendigerweise ein Fehler des verwendeten diagnostischen Systems ist. Es ist auch eine gesellschaftliche Frage, welchen Stellenwert wir der Qualität und Quantität der Förderung psychischer Gesundheit sowie der Prävention und Behandlung psychischer Störungen geben wollen. Und trotz aller Kritik auch am Ablauf der DSM-5-Revision muss zugestanden werden, dass sie letztendlich aus einem breiten fachlichen Konsensusprozess hervorgegangen ist (auch wenn hierbei die Schwellen, bis externe Rückmeldungen zur Veränderung von Kriterien führten, recht hoch waren). Ein fachgerechter und gegebenenfalls kritischer Umgang mit dem DSM-IV als

möglichst gut operationalisierte deskriptive Grundlage hat sich in der Vergangenheit sowohl bei wissenschaftlich als auch bei klinisch orientierter Kommunikation als nützlich erwiesen. Und angesichts der im Grunde marginalen Revisionen im DSM-5 wird dies voraussichtlich auch so bleiben.

Viele Bedenken prinzipiell gerechtfertigt

Viele der geäußerten Bedenken sind zwar prinzipiell berechtigt, betreffen eigentlich aber allgemeine Probleme der Diagnostik psychischer Störungen, die nicht erst durch das DSM-5 erzeugt wurden. Zentral ist hierbei die Unschärfe des Krankheitsbegriffs bzw. der „krankheitswertigen Störung“. Es gibt keinen anderen medizinischen Bereich, in dem Diagnosen vor allem anhand selbstberichteter Beeinträchtigungen erstellt werden. Eine befriedigende diagnostische Alternative dahingehend, dass die Störung grundlegender psychischer Funktionen (z.B. kognitive, emotionale, motivationale) die Klassifikation leitet, ist noch nicht zur Hand; es gibt aber Bemühungen dahingehend, solche Klassifikationen zu entwickeln, die neben Selbstbericht und Verhaltensbeobachtung auch neurobiologische, genetische und andere Faktoren einbeziehen (NIMH Research Domain Criteria, RDoC). Hilfreich – und im englischen Sprachgebrauch vorhanden – ist die Differenzierung zwischen (objektiviert) gestörten psychischen Funktionen (disease), individuellem leidvollem Krankheitserleben (illness) und Beeinträchtigung der sozialen Teilhabe (sickness). In jedem dieser Bereiche bestehen aber Unschärfen dahingehend, ab welchen Schwellen bzw. bei welchen Kriterienkombinationen letztendlich von „Krankheit im engeren Sinne“ gesprochen werden kann. Wo sind die Grenzen zu „behandlungsbedürftigem Leidenszustand, der aber nicht als Krankheit bezeichnet werden kann oder sollte“ oder zu „Risikozustand, dessen positive Beeinflussung einen präventiven Effekt hat“?

Hohe Prävalenzen und Krankheitskosten

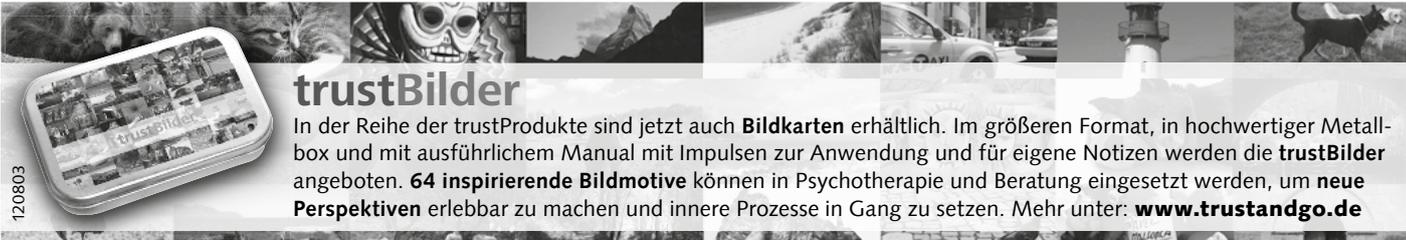
Die Prävalenz psychischer Störungen, so wie sie aktuell noch gemäß DSM-IV in epidemiologischen Studien erfasst werden, ist hoch: Etwa jede dritte Frau bzw. jeder vierte Mann erfüllt die Kriterien für mindestens eine der zahlreichen zur Verfügung stehenden Diagnosen (12-Monatsprävalenz). In den Versorgungsdaten der Krankenkassen finden sich ähnlich hohe Gesamtprävalenzen, allerdings mit zum Teil ande-

ren diagnostischen Profilen: Die diagnostische Praxis in klinischen Settings folgt zum Teil anderen Regeln, klassifiziert aber ebenso viele F-Diagnosen. Die Diagnosen der aktuellen Klassifikationssysteme sind zwar gewissermaßen artifiziell, aber, so wie sie definiert sind und angewendet werden, mit ausgesprochen hohen Krankheitskosten assoziiert. So klassifizierte psychische Störungen stellen offensichtlich eine der großen Herausforderungen im Gesundheitsbereich unserer Zeit dar. Dies bedeutet aber nicht automatisch Behandlungsbedarf bei jedem Betroffenen, geschweige denn, dass diese Betroffenen „nicht normal“ seien. Ebenso wie körperliche gehören psychische Gesundheitsstörungen zum menschlichen Leben dazu. Die Antwort auf die Frage, welchen Stellenwert an dieser Stelle die durch die Solidargemeinschaft getragene Krankenversorgung einnehmen soll, ist variabel. Ebenso ist nicht einfach klinisch-diagnostisch festzulegen, was im Bereich psychischer Störungen (oder bei Verhaltensaspekten körperlicher Erkrankungen) in der Verantwortung des einzelnen Individuums liegt, und welche Ressourcen auf die Verbesserung sozialer und psychischer Bedingungen (Verhältnisprävention) verteilt werden sollen.

Psychische Störungen sind Volkskrankheiten

Psychische Störungen haben bereits den Status von Volkskrankheiten, wobei in Deutschland Nicht-Erkennen und Nicht-Behandeln immer noch häufiger sein dürfte als ein Überdiagnostizieren. Es ist daher höchst fraglich, ob gewisse diagnostische Ausweitungen im DSM-5 (wenn man es denn hierzulande einführt) wirklich zu einer sprunghaften Prävalenz- bzw. Fallzahlenerhöhung führen würden, so wie dies von manchem Kritiker heraufbeschworen wird. Zumal die hier gebräuchliche ICD-10 und ihre diagnostischen Kriterien weitaus unpräziser und „weicher“ sind als das DSM-5. Aber der Medienhype um dieses Klassifikationssystem hat immerhin dazu geführt, dass wieder breit über Fragen der psychischen Gesundheit diskutiert wird – und dies ist angesichts der gesellschaftlichen Relevanz des Themas und der nach wie vor in Teilen unbefriedigenden Situation in der Diagnostik psychischer Störungen gut so.

*Prof. Dr. Frank Jacobi
Psychologische Hochschule Berlin*



trustBilder

In der Reihe der trustProdukte sind jetzt auch **Bildkarten** erhältlich. Im größeren Format, in hochwertiger Metallbox und mit ausführlichem Manual mit Impulsen zur Anwendung und für eigene Notizen werden die **trustBilder** angeboten. **64 inspirierende Bildmotive** können in Psychotherapie und Beratung eingesetzt werden, um **neue Perspektiven** erlebbar zu machen und innere Prozesse in Gang zu setzen. Mehr unter: **www.trustandgo.de**

IMPRESSUM

Herausgeber: Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VPP) im BDP e.V.

VPP im BDP
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin
Tel.: 030/20 63 99 - 0
Fax: 030/20 63 99 - 12
E-Mail: info@vpp.org
www.vpp.org

Gestaltung:
Staaden von Boxberg
Werbeagentur GmbH
Köln

Druck:
RRD Rhein-Ruhr Druck
GmbH & Co. KG
Dortmund

V.i.S.d.P.:
Marcus Rautenberg
Hainfeld

Redaktion:
Susanne Koch
Cottbus

Verlag:
Deutscher Psychologen Verlag GmbH
verlag@psychologenverlag.de
Berlin

Bezugspreis im VPP-Mitgliedsbeitrag enthalten.