

Das Problem der unscharfen Grenzen

aus: Allen Frances, Normal - Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen, 2013
Nachwort von Geert Keil; S. 401 ff

5

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 gegeben, die sich der sauberen psychiatrischen Klassifikation entziehen.

10

15

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 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.

20

25

30

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 gegen 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.

35

40

45

Zahllose Ausdrücke der natürlichen Sprache sind vage. Es liegt auf der Hand, dass »gesund« und »krank« dazu zählen. Also kann nun 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

50

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
5 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
10 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
15 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
20 Experten -Mediziner, 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
25 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
30 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
35 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
40 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 stufen nun einen Täter genau dann als geistig behindert ein, wenn er einen Intelligenzquotienten von weniger als 70 besitzt. Hier wird eine wissenschaftlich höchst
45 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. 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.