

# Alte Probleme – Neue Krankheiten

## Überflüssige Medikalisierung oder notwendige Therapie?

Forum Bioethik

Vorträge mit anschließender Diskussion

Mittwoch · 25. Februar 2015 · 18:00 Uhr

Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, Leibniz-Saal

Markgrafenstraße 38

10117 Berlin

### Programm

<b>Begrüßung und Einführung</b> .....	<b>2</b>
Christiane Woopen · Vorsitzende des Deutschen Ethikrates .....	2
<b>Krankheitsmoden im Wandel der Zeiten</b> .....	<b>3</b>
Michael Stolberg · Julius-Maximilians-Universität Würzburg .....	3
<b>Erfundene Krankheiten? Zur aktuellen Problematik des Disease Mongering</b> .....	<b>9</b>
Gisela Schott · Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft .....	9
<b>Normative Fragen zum Umgang mit Krankheitsmoden</b> .....	<b>14</b>
Thomas Schramme · Universität Hamburg .....	14
<b>Podiumsdiskussion: Modekrankheiten – Prêt-à-traître?</b> .....	<b>22</b>
Jörg Blech · Der Spiegel.....	22
Christiane Fischer · MEZIS e. V. und Mitglied des Deutschen Ethikrates.....	22
Boris Quednow · Universität Zürich .....	22
Lothar Weißbach · Stiftung Männergesundheit .....	22
Moderation: Wolf-Michael Catenhusen · Stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Ethikrates .....	22

## Begrüßung und Einführung

### Christiane Woopen • Vorsitzende des Deutschen Ethikrates

Sehr geehrte Gäste, liebe Referentinnen und Referenten, liebe Kolleginnen und Kollegen, im Namen des Ethikrates begrüße ich Sie sehr herzlich zum Forum Bioethik des Deutschen Ethikrates. Wir befassen uns heute mit der uralten und notorisch umstrittenen Frage, was eine Krankheit ausmacht, und tun dies mit Blick auf ein nach wie vor aktuelles Problem, nämlich die Erfindung neuer Krankheiten (Disease Mongering) und das Phänomen von Modekrankheiten.

Das Stichwort lautet: Medikalisation. Gemeint ist nach einer Definition des amerikanischen Autors und Mitbegründers der Society for Disability Studies, Irving Kenneth Zola, der Prozess, durch den mehr und mehr des alltäglichen Lebens in den Einflussbereich und unter die Supervision durch die Medizin gerät. Medizin wird zur Institution der sozialen Kontrolle, durch Erklärungen, institutionelle Zuständigkeiten und in der Arzt-Patient-Interaktion.

Dabei sind zwei Stränge zu unterscheiden: Medikalisation kann sich sowohl auf abweichendes Verhalten als auch auf natürliche Lebensprozesse beziehen. Beispiele aus den 1970er-Jahren sind Hyperaktivität bei Kindern, mentale Störungen, Kindesmissbrauch und Alkoholismus, aber auch Homosexualität, Geburt, Schwangerschaft und Altern. Weitere Beispiele für das, was der amerikanische Medizinsoziologie Peter Conrad unter dem Stichwort „medizinische Sozialkontrolle“ im Hinblick auf Theoriebildung, Ideenlehre, Kooperationen, Technologie und Überwachung analysiert, sind das Burn-out-Syndrom oder ganz aktuell das Social Freezing.

Wenn von Medikalisation gesprochen wird, schwingen meist Kritik und Ablehnung mit: Ärzten und Pharmafirmen wird vorgeworfen, sie definierten mutwillig Menschen als krank, um sie behandeln und an ihnen verdienen zu können; Medien bauten Modekrankheiten auf und zeichneten pseudosoziologische Trugbilder einer kranken Gesellschaft.

Aber Vorsicht: Zum einen kann man sich auch den umgekehrten Effekt denken. Wenn ein eigentlich medizinisches Problem lange als solches verkannt wird, die Betroffenen stigmatisiert und isoliert werden und dann aber der Krankheitscharakter ihrer Symptome offenbar wird und eine Behandlung möglich wird, ist der Prozess der Medikalisation wohl eher als Segen zu verstehen. Zum anderen liegt der Medikalisation möglicherweise nicht nur ein medizinischer oder pharmako-industrieller Imperialismus, sondern ein interaktiver Prozess zugrunde. Menschen haben ein Bedürfnis nach einfachen Erklärungen und nach Beherrschbarkeit, sei sie auch nur eine Illusion. Das beflügelt die Bereitschaft, einem Problem den Namen einer Diagnose zu geben und sein Heil in der Pillendose zu suchen.

Es geht heute Abend also um ein Spannungsfeld: um die schwierige Abgrenzung zwischen dem noch Normalen und dem schon Kranken, zwischen dem Bereich der Medizin und dem des Sozialen. Als Hintergrundproblem steht nicht weniger zur Diskussion als ein möglicher Kategorienfehler in der Deutung lebensweltlicher Phänomene, und das mit weitreichenden Folgen. Überversorgung ist teuer und belastet das solidarische Gesundheitssystem. Die Definition als Krankheit verschiebt die Verantwortung von der Gesellschaft weg in die Medizin. Damit wird aber möglicherweise der Weg zu effizienteren Lösungsmöglichkeiten blockiert. Die Verantwor-

tung von Eltern für die Erziehung ihrer Kinder wird auf die Kontrolle der Einnahme von Tabletten reduziert, und Lehrer können ihre pädagogischen Defizite mit einer Krankheit ihrer Schüler verschleiern. Forschung kann in fruchtlose Bahnen gelenkt werden, und Menschen können ihre Biografie auf eine Geschichte von Gesundheit und Krankheit reduzieren.

Viele Fragen also, die wir heute mit den eingeladenen Expertinnen und Experten diskutieren möchten. Sie finden die Biografien und einen Ausschnitt von dem, was die Referentinnen und Referenten des heutigen Abends schon in ihrem Leben geleistet haben, in Ihren Unterlagen auf den Stühlen.

So darf ich nun unseren ersten Redner, Herrn Professor Stolberg, Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin in Würzburg, um das erste Referat bitten. Vielen Dank.

## **Krankheitsmoden im Wandel der Zeiten**

### **Michael Stolberg · Julius-Maximilians-Universität Würzburg**

Krankheitsmoden, die Bevorzugung bestimmter Krankheitskonzepte oder Diagnosen zu bestimmten Zeiten, sind in der abendländischen Medizingeschichte ein vertrautes Phänomen. Viele dieser Moden blieben auf die Ärzteschaft beschränkt. So diagnostizierten beispielsweise Ärzte im 17. Jahrhundert auf einmal zahlreiche Fälle von Skorbut, und das keineswegs nur bei Seeleuten. Sie veröffentlichten zahlreiche Fallgeschichten von Patienten, die nicht nur an Haut- und Zahnfleischveränderungen litten, sondern an einer Vielzahl von Symptomen, und schrieben den Skorbut unter anderem dem übermäßigen Genuss von Schwarzbrot zu. Als der Skorbut im

medizinischen Schrifttum erst einmal zum Thema geworden war, so scheint es, glaubten viele Ärzte ihn auch bei ihren Patienten zu entdecken.

Von Modekrankheiten sollten wir aber – wenn überhaupt – erst dann sprechen, wenn bestimmte Diagnosen oder Krankheitskonzepte auch in der breiteren Bevölkerung Anklang finden, wenn zahlreiche Menschen sie sich zu eigen machen und zur Benennung und Erklärung ihrer Beschwerden, ihrer Leiden akzeptieren. Die Entstehung einer Modekrankheit in diesem Sinn setzt allerdings ein entsprechendes gesellschaftlich-kulturelles Umfeld, einen entsprechenden Kontext voraus. Die betreffenden Konzepte oder Begriffe müssen auf einen fruchtbaren Boden fallen, und dieser Boden muss manchmal erst entstehen.

Ein gutes Beispiel hierfür ist die Geschichte der Adipositas. Das gelehrte medizinische Schrifttum warnte seit dem ausgehenden Mittelalter mit drastischen Worten vor den Gefahren einer übermäßigen Beileibtheit. Faulfieber, Asthma, der plötzliche Tod an einem Schlagfluss, Unfruchtbarkeit, Impotenz waren nur einige der verheerenden Folgen, mit denen die Betroffenen rechnen mussten. Doch im 18. Jahrhundert suchte kaum jemand ärztliche Hilfe wegen übermäßiger Leibesfülle. Berichte über eine erfolgreiche Behandlung – von den Ärzten empfohlene Verfahren waren beispielsweise das Trinken von Essig oder die Einnahme von Seife – beschränkten sich auf extreme Einzelfälle, Fälle, in denen die Betroffenen sich kaum mehr bewegen konnten oder kaum noch Luft bekamen. Eine gewisse Leibesfülle galt damals den meisten Menschen offenbar als durchaus erstrebenswert, als Zeichen von Männlichkeit und Würde. Welcher Prominente würde sich heute so im Profil abbilden lassen?

Das änderte sich im Laufe des 19. Jahrhunderts mit dem Aufstieg neuer Schönheitsideale. Der attraktive weibliche Körper war nun zart und schlank, der des Mannes drahtig und sportlich. Ab jetzt stießen ärztliche Diätatgeber und Aufklärungsschriften über die gesundheitlichen Gefahren der übermäßigen Beileibtheit zunehmend auf offene Ohren und erlebten zum Teil zahlreiche Auflagen. Fastenkuren hatten Konjunktur, Körperwaagen verbreiteten sich und hielten Einzug in die Haushalte. Zahlreiche Medikamente gegen die Korpulenz kamen auf den Markt, Kuranstalten und Heilquellen priesen ihre guten Ergebnisse bei der Bekämpfung der Korpulenz. Darüber, ob man die Adipositas als damalige Modekrankheit bezeichnen kann, ließe sich sicherlich streiten, aber die Grundlage für eine Medikalisierung oder Pathologisierung der Leibesfülle war zweifellos gelegt.

Nicht jede Diagnose, nicht jede Krankheitsvorstellung, die aus einem bestimmten kulturellen, gesellschaftlichen Kontext hervorgeht oder sich gar auf diesen beschränkt, lässt sich andererseits sinnvoll als Modekrankheit bezeichnen. Krankheitsbegriffe sind immer gesellschaftliche Konstrukte, ganz gleich, um welche Krankheit es sich handelt. Sie bringen immer bestimmte Symptome zeitspezifisch auf einen Nenner, auf einen Begriff und bringen in aller Regel auch bestimmte Vorstellungen zum Ausdruck: vom Körper, vom Verhältnis zu Gott, zur Welt, zur Natur, zum Verhältnis von Frau und Mann und dergleichen mehr. Sie verknüpfen sich mit zeitspezifischen Bildern und Metaphern. Selbst eine scheinbar so universelle Krankheit wie Krebs hatte früher ein ganz anderes Gesicht. Er wurde fast ausschließlich bei Frauen diagnostiziert und war mit großer Unreinheit assoziiert. Die Betroffenen galten vielfach als ansteckend und als Gefahr für ihre Mitwelt.

Selbst historische Krankheitskonzepte, die mit unserem heutigen Verständnis kaum etwas gemein haben, können nicht ohne weiteres als Modekrankheit gelten, dann nämlich, wenn sie über viele Jahrhunderte prägend waren und gerade nicht in Wellen auftraten. Die Hysterie etwa wurde über Jahrhunderte in einem buchstäblich körperlichen Sinn auf eine aufsteigende Gebärmutter zurückgeführt. Wenn die Gebärmutter im Leib der Frau nach oben wandere, so hieß es, drücke sie zunächst auf das Zwerchfell, auf die Lunge; die Luft bleibe weg. Manchmal steige sie hoch in den Hals, und dort entstehe ein Kloßgefühl.

Die Diagnose wurde früher sehr verbreitet gestellt. In einem ärztlichen Praxisjournal aus dem 16. Jahrhundert mit etwa 20.000 Einträgen, das ich derzeit untersuche, ist es die häufigste Diagnose überhaupt bei Frauen, die *praefocatio matricis*, die Gebärmutter-Erstickung. Das Frappierende ist: Die Frauen machten sich diese Vorstellung nicht nur zu eigen, sondern verkörperten sie geradezu. Noch im 19. Jahrhundert beschrieben gebildete Frauen zuweilen, dass sie spürten, wie sich ihre Gebärmutter im Unterleib hin und her bewege, wie sie manchmal noch oben steige und ihnen den Atem nehme. Und noch verblüffender: Ethnografischen Berichten zufolge plagte in manchen ländlichen Regionen um 1900 auch männliche Patienten ein „Bärmutterbeißen“.

Gewissermaßen das männliche Pendant zur Hysterie war jahrhundertlang die Hypochondrie. Sie zeichnete sich vor allem durch lokale Beschwerden im Oberbauch aus, anatomisch gesprochen im Hypochondrium, in dem Bereich unter den Rippenknorpeln; daher der Begriff. Zähe, schwarze Galle oder andere verdorbene Säfte, so hieß es, sammelten sich dort, verstopften die Gefäße, die Milz, und ließen trübe, unrei-

ne Dämpfe nach oben steigen. Manche Patienten glaubten, das Aufsteigen der Dämpfe im eigenen Leib zu spüren, und wenn diese Dämpfe ins Gehirn gelangten, konnten sich zu den Bauchbeschwerden Krämpfe oder Wahnvorstellungen gesellen einschließlich jener übertriebenen Krankheitsangst, die wir heute fast ausschließlich mit dem Begriff der Hypochondrie verbinden.

Im 18. Jahrhundert wurden Hysterie und Hypochondrie vor allem in den Oberschichten durch eine neue Krankheit verdrängt: die Nervenleiden. Wenn wir den Begriff überhaupt verwenden wollen, so waren die Nervenleiden wohl die wirkmächtigste Modekrankheit in der Geschichte der westlichen Medizin überhaupt. Neue nervenphysiologische Forschungen zur besonderen Sensibilität und Irritabilität der Nervenfasern verbanden sich mit einer breiten kulturellen, auch literarischen Strömung der Empfindsamkeit. Medizinische Traktate und Aufklärungsschriften schrieben den Nerven nun eine Vielzahl von Beschwerden zu; manchen Autoren zufolge gab es kaum eine Krankheit, an der die Nerven nicht beteiligt waren. In den höheren Schichten waren die Nervenleiden bald in aller Munde. Unzählige Patienten wurden bei den Ärzten vorstellig wegen ihrer übermäßig gereizten, angegriffenen Nerven; sie klagten über Krämpfe bei geringstem Anlass, über Kopfschmerzen, Schwindel, Herzklopfen und vieles mehr. Die Betroffenen waren überwiegend Frauen, denen die Ärzte damals ein besonders sensibles Nervensystem zuschrieben, die damit aber auch herrschende Vorstellungen vom natürlichen Geschlechterunterschied bekräftigten: Die Frau war demnach einfühlsam und beispielsweise für die Krankenpflege besser geeignet, aber aufgrund ihrer sensiblen Nerven durfte man ihr keine größeren geistigen Anstrengungen zumuten,

und für öffentliche Ämter war sie völlig ungeeignet.

In diese Blütezeit der Nervenleiden fällt bezeichnenderweise auch die erste eigenständige Abhandlung der Modekrankheiten, die ich bislang gefunden habe. 1786 erklärte der schottische Arzt James Makittrick Adair: So wie es Moden in der Kleidung gebe, gebe es auch Modekrankheiten. Er führte diese auf neue Krankheitsbegriffe zurück, die die Ärzte, nicht selten nur um ihr Unwissen zu kaschieren, den Patienten mitteilten. Unter den Patienten sprachen sich diese Begriffe herum und sie griffen diese neuen Begriffe auf, um damit ihre eigenen Unpässlichkeiten zu deuten.

Die Grenzen der bloß eingebildeten Krankheit waren bei den Nervenleiden fließend, auch zeitgenössischen Beobachtungen zufolge: Manche Patienten berichteten über massivste Schmerzen beim Berühren ihrer Haare, andere hatten derart sensible Nerven, dass bereits das Geräusch eines Löffels im Glas oder das Umblättern einer Seite im Buch sie in schwere Krämpfe fallen ließ. Es gab, modern gesprochen, auch so etwas wie einen sekundären Krankheitsgewinn, denn die Nervenleiden dienten auch als Auszeichnung, als Distinktionsmerkmal: Wer so sensible Nerven hatte, der musste nicht nur besonders empfindsam, sondern auch besonders kultiviert sein.

Dennoch muss man das subjektive Leiden der Betroffenen ernst nehmen. Ihre Briefe zeugen von Jahren seelischer und körperlicher Qualen, und sie waren davon überzeugt, dass diese Qualen eine körperliche Ursache hatten: eben ihre Nerven.

Die Nervenleiden blieben auch im 19. und frühen 20. Jahrhundert verbreitet, allerdings demokratisierten sie sich ein Stück weit und zugleich verlagerte sich der Akzent weg von der Reizbar-

keit, von der Sensibilität hin zur Schwäche, zur Erschöpfung. Die Neurasthenie, die Nervenschwäche, wurde nun zur neuen Modekrankheit, eine Krankheit, die die Überforderung vieler Menschen durch die Hektik des modernen Großstadtlebens treffend zum Ausdruck zu bringen schien und gegen die eine Vielzahl von nervenstärkenden Mitteln auf den Markt kam.

Ein ähnlich kompliziertes Zusammenspiel von alten und neuen medizinischen Theorien, kulturellen Veränderungen und nicht zuletzt kommerziellen Interessen findet sich auch in der Geschichte der Wechseljahre. Lange Zeit gab es dafür nicht einmal einen Begriff. Die Sorge von Ärzten und Frauen gleichermaßen richtete sich fast ausschließlich auf das Ende der Periode, die damals über lange Zeit als entscheidend für die Erhaltung der weiblichen Gesundheit galt, indem sie nämlich die Frau von dem Unrat befreite, den sie allmonatlich in ihrem Körper ansammelte. Wenn nun die Frau im Alter dieser Wohltat der Natur entbehren musste, wie es hieß, dann häuften sich in ihrem Körper unvermeidlich krankmachende Stoffe an und sie bekam womöglich Brustkrebs, Gebärmutterkrebs und dergleichen mehr.

Erst im 18. Jahrhundert änderte sich der Blick. Die Jahre des Wechsels selbst, nicht die Jahrzehnte danach traten in den Mittelpunkt. Der Begriff der Menopause wurde geprägt. Man sprach auch von der *maladie de quarantaine*, der Krankheit der Frau in ihren Vierzigerjahren. Die Vorstellungen scheinen zumindest unter gebildeten Frauen großen Anklang gefunden zu haben. Nur wenige Jahre nach der Französischen Revolution wurde diese Lebensspanne nun als eine sehr gefährliche, zuweilen tödliche Revolution im weiblichen Körper insgesamt und speziell im weiblichen Nervensystem beschrieben, mit

Krämpfen, Hitzewallungen, Gemütsverstimmungen, aber auch mit der Gefahr schwerster, tödlicher Veränderungen einzelner Organe. Hatte die Frau diese gefährliche Phase aber überstanden, durfte sie auf eine zweite Jugend, auf ein blühendes Alter hoffen.

Weit weniger Erfolg hatte dagegen der englische Arzt Henry Halford, als er 1813 eine analoge passagere klimakterische Krankheit bei Männern postulierte. Das geriet schnell wieder in Vergessenheit, und als Jahrzehnte später einzelne Nervenärzte bei einer wachsenden Zahl von Männern, die mit Erschöpfung, Hitzewallungen, Befindlichkeitsstörungen und Herzklopfen in ihre Praxis kamen, ein männliches Klimakterium diagnostizierten, glaubten sie, sie hätten es neu entdeckt. Vermutlich waren die Ärzte gut beraten, auf diese Diagnose zu verzichten, denn sie war für die Betroffenen kränkend, setzten sie dem Verdacht aus, sie seien verweiblicht.

Ich bin damit am Ende meiner historischen Skizze angelangt. Die Geschichte bietet reichhaltiges Anschauungsmaterial für das Phänomen von Krankheitsmoden und Modekrankheiten; das ist hoffentlich deutlich geworden. Dies wirft allerdings auch schwierige Fragen einer Abgrenzung auf insofern, als jede Krankheit – auch Krankheiten, die wir heute als organisch begreifen – aus historischer und kulturalanthropologischer Sicht ein gesellschaftliches und kulturelles Konstrukt ist. Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit und bin gespannt auf Ihre Fragen.

### **Jochen Taupitz**

Meine Damen und Herren, auch von mir ein herzliches Willkommen zu unserem heutigen Abend. Ich habe die Ehre, die Moderation der ersten drei Vorträge und der Fragen aus dem Publikum vorzunehmen. Wir haben nämlich nach jedem der drei ersten Vorträge eine Frage-

runde von etwa 10 Minuten eingeplant. Ich darf Sie noch darauf hinweisen, dass die heutige Veranstaltung wie alle Veranstaltungen des Ethikrates aufgezeichnet wird.

Gibt es Fragen zu dem Vortrag von Herrn Stolberg? Sonst beginne ich mit einer Frage.

Wie beurteilen Sie das Verhältnis zwischen wachsenden Kenntnissen der Medizin (also besseren Diagnosemöglichkeiten und Wissen) und den Befindlichkeiten der Patienten im historischen Rückblick? Hier besteht offenkundig ein Wechselspiel: Die Ärzte können etwas diagnostizieren, sagen den Patienten, der Bevölkerung über Presse, Rundfunk und Fernsehen, was man alles diagnostizieren kann, und daraus kommen die Befindlichkeiten der Patienten.

### **Michael Stolberg**

Was den Reiz des Blicks so weit zurück in die Vergangenheit ausmacht, ist, dass wir häufig mit einer Medizin zu tun haben, die nach heutigen Begriffen kein valides Wissen produziert hat. Die meisten Vorstellungen, mit denen die Ärzte damals an die Öffentlichkeit traten – Beispiele sind Skorbut oder die Nervenkrankheiten – beruhen nur begrenzt auf Erkenntnissen, die wir heute noch akzeptieren würden. Deshalb haben wir es mit einem Versuchslabor zu tun: Was geschieht, wenn Ärzte es schaffen, neue Konzepte zu kreieren? Wie werden diese Krankheiten in Wechselbeziehung mit dem Patienten zur Entität und wie verändern sie sich aber unter dem Einfluss der Patienten, die ihrerseits vorstellig werden, wiederum in der ärztlichen Literatur?

### **Claudia Wiesemann**

Vielen Dank für den spannenden Vortrag. Ich möchte ihn gern auf den Punkt bringen, was die moderne Medizin angeht. Man könnte leicht entgegnen, dass diese Suggestionen damals nötig

waren; es ging nicht anders, denn man hatte kein vernünftiges Erklärungskonzept. Heute aber hat man sachliche Gründe und kann das alles vermeiden. Das passiert jetzt nicht mehr, weil es rationale Erklärungen, rational begründete Therapien usw. gibt. Wie würdest du als Historiker darauf antworten?

### **Michael Stolberg**

Wenn es ums Heute geht, antworte ich eher als Arzt, und da ist es offensichtlich, dass in bestimmten Bereichen, wenn ich an so etwas wie Evidence-based Medicine glaube, ein gewisses Spannungsverhältnis auftritt. Eines davon, das ich spannend finde, ist die Adipositas. Es gibt kaum Zweifel, dass die Adipositas in bestimmten Fällen mit erhöhten Krankheitsrisiken einhergeht. Wir wissen mittlerweile aber, dass Frauen, die knapp oberhalb der WHO-Norm stehen, was lange Zeit als pathologischer Body-Mass-Index galt, eine bessere Lebenserwartung haben als Idealgewichtige oder Frauen mit einem idealen BMI. Das wirft Fragen auf: Wie kann die WHO zu solchen Normen gelangen? Auf dieser Ebene kann auch die Geschichte keine Antworten geben, sondern allenfalls Fragen aufwerfen.

### **Herr Lehmkuhl**

Sie sagten, Sie sind Historiker, aber vielleicht können Sie auch etwas dazu sagen, was die Treiber der aktuellen Modekrankheiten sind. Sie sprachen von historischen Dingen; aber haben wir jetzt nicht vor dem Hintergrund der Naturwissenschaften und vor allem der Kommerzialisierung heute eine andere Situation als in den Zeiten, die Sie beschrieben haben? Und wenn ja, wie unterscheidet sich das?

### **Michael Stolberg**

Einen grundsätzlichen Unterschied auszumachen wird schwierig sein. Nicht nur aus Historiker,

sondern auch im Blick auf heute wird man sich die einzelnen Krankheiten genauer anschauen müssen. Dass kommerzielle, insbesondere industrielle Interessen heutzutage stärker sind, liegt auf der Hand. Allerdings wäre es nicht richtig, diese Interessen für die frühere Zeit völlig zu ignorieren. Es sind wahrscheinlich stärker individuelle Interessen von Ärzten, die mit bestimmten Theorien, Therapieangeboten und zum Teil sogar mit bestimmten Medikamenten an die Öffentlichkeit gehen. Insofern hat das sicherlich einen anderen Charakter, aber beim Blick in die Vergangenheit den Kommerz auszublenden wäre sicher falsch.

### **Herr N. N.**

Sie haben schön illustriert, dass Krankheiten, vor allem Nervenkrankheiten, auch Ausdruck gesellschaftlicher Verhältnisse, Konsensusbildungen, versicherungsrechtlicher Verhältnisse und kultureller Gegebenheiten und Bedingtheiten sind. Vor diesem Hintergrund frage ich mich, warum Sie das Musterbeispiel eines heutigen von diesen Verhältnissen geprägten Krankheitskonstrukts nicht erwähnt haben, nämlich die sogenannte Posttraumatische Belastungsstörung. Sie ist in aller Munde. Das Traumakriterium ist im Laufe der letzten 25 Jahre vollkommen inflationiert; das ist ein dramatisches Beispiel. Ich möchte einen etwas polemisch klingenden Verdacht äußern, warum Sie es vielleicht nicht erwähnt haben: Könnte es sein, dass die Kritik oder die Beleuchtung dieser Diagnose im Moment noch politisch inopportun ist?

### **Michael Stolberg**

Das sind im Grunde zwei Fragen, die Sie stellen. Die eine Antwort ist eine sehr praktische. Ich hatte 15 Minuten Zeit und sollte einen möglichst langen historischen Bogen spannen. Es gibt ja nicht nur das posttraumatische Stress-Syndrom,

sondern eine Reihe von aktuellen, als Modekrankheiten verdächtigten Syndromen, auf die ich nicht eingehen konnte, zumal wir noch weitere Teile dieser Veranstaltung haben, wo es genau um die modernen Modekrankheiten geht.

Wie weit hier wirklich der Verdacht gültig sein könnte, dass die Diskussion darüber inopportun ist, wäre etwas, was man diskutieren müsste. Ich würde den Verdacht nicht ganz von der Hand weisen wollen, dass das ein Thema ist, das sich im Moment sehr leicht diskutieren lässt.

### **Hanfried Helmchen [?]**

Ich komme noch einmal auf Ihr Beispiel Adipositas zurück. Sie haben die Fettsucht einerseits als Krankheit, andererseits als Risikofaktor bezeichnet. Diese Unterscheidung zwischen Krankheit und Risiko ist wichtig, denn ein Risikofaktor fällt vielleicht mehr in den Bereich der individuellen Verantwortung als die Krankheit. Insofern sind auch die Leistungsansprüche eines adipösen Menschen anders als die eines voll erkrankten Menschen. Ich weiß nicht, ob diese Unterscheidung in der Vergangenheit eine Rolle gespielt hat.

### **Michael Stolberg**

Ich habe mich bewusst auf den kulturellen Kontext beschränkt, und indem ich in der Zeit zurückgegangen bin, habe ich einen zentralen Aspekt ausgeklammert, nämlich dass man in jüngerer Vergangenheit für eine Krankheitsdiagnose nicht nur (wie im Fall der Nerven) eine gewisse Distinktion bekommen kann, sondern dass das auch finanzielle Konsequenzen hat; darauf spielen Sie an, glaube ich. Sobald ich eine Krankenversicherung habe und möglicherweise eine Frühverrentung bekommen kann, gewinnen manche dieser Krankheitsentitäten eine neue Dimension, auf die ich nicht eingehen konnte.

## **Jochen Taupitz**

Vielen Dank, meine Damen und Herren und Ihnen, Herr Professor Stolberg, für Ihren Vortrag.

Es ist schon mehrmals der Bezug zur modernen Medizin hergestellt worden. Dazu hören wir jetzt den Vortrag von Gisela Schott: Erfundene Krankheiten? Zur aktuellen Problematik des Disease Mongering. Ich weiß nicht, wie viele von Ihnen mit diesem Begriff etwas anfangen können. Das wird uns Frau Schott jetzt unter anderem erläutern.

## **Erfundene Krankheiten? Zur aktuellen Problematik des Disease Mongering**

### **Gisela Schott · Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft**

Vielen Dank für die Einladung. Ich beginne meinen Vortrag mit einem aktuellen Beispiel einer Kampagne, die die Aufmerksamkeit auf eine Krankheit lenken soll, einer Disease-Awareness-Kampagne, die zum Handel mit Krankheiten, zum Disease Mongering eingesetzt wird. Dann möchte ich Disease Mongering erläutern, Burnout und die Wechseljahre des Mannes vorstellen und abschließend kurz einige Gegenmaßnahmen darstellen.

Vielleicht sind Ihnen in den letzten Wochen in der U-Bahn oder in den Straßen von Berlin Plakate aufgefallen, auf denen ein übergroßer Kopf dargestellt ist. Neben dem Bild befindet sich ein kurzer Text, in dem es heißt: „Über 49.000 Menschen in Berlin wissen nicht, dass sie unter Chronischer Migräne leiden. Auch Sie?“

Dass man unter einer chronischen Krankheit leiden könnte, ohne es zu wissen, ist natürlich beunruhigend, insbesondere wenn sie so schmerzhaft ist wie chronische Migräne, obwohl man es

ja merken müsste. Und die Angabe einer großen Häufigkeit (49.000 Berliner), die übrigens keine valide Grundlage hat, macht es wahrscheinlich, dass man auch zu den Betroffenen gehört.

Hier wird auf eine Internetseite verwiesen, die sich erst einmal den Anstrich eines Ratgebers gibt. Dort findet sich unter anderem ein Selbsttest, in dem sieben teils unspezifische Fragen zur chronischen Migräne gestellt werden, zum Beispiel: „Unbehandelt sind meine Kopfschmerzen oft so stark, dass ich mich hinlegen muss.“ Ich habe verschiedene Antwortkombinationen ausprobiert. Im Ergebnis wird immer zu einem Arztbesuch geraten, auch wenn man alles mit Nein angekreuzt. (Lachen)

Auch Ärzte finden sich auf der Webseite per Mausclick; sie werden als Kopfschmerzspezialisten vorgestellt, obwohl sie teils fachfremd sind. Denn, so heißt es hier oben: „Die Chronische Migräne ist nicht nur vielen Betroffenen, aber auch vielen Ärzten noch unbekannt.“

Wer möchte das durch diese Kampagne ändern? Das findet sich im Impressum: Es ist die Pharm Allergan GmbH, die deutsche Niederlassung eines US-amerikanischen Unternehmens, das die Zulassung von Botox hält. Botox ist Ihnen sicherlich bekannt als Mittel gegen Falten. Es hat aber auch eine Zulassung zur Therapie von chronischer Migräne. Der Nutzen von Botox in dieser Indikation ist allerdings unklar. Es sind schwere Nebenwirkungen beschrieben, zum Beispiel eine Lähmung des Gesichtsnervs, und der Preis ist hoch.

Auf der Webseite wird auch erklärt, worauf die Diagnose der chronischen Migräne als eigene Verlaufsform beruht: Das ist die Klassifikation der International Headache Society. Wenn man sich anschaut, wer die Arbeit dieser Arbeitsgruppe unterstützt, dann sind das eine Reihe

pharmazeutischer Unternehmen, unter anderem die Allergan GmbH. In dieser Klassifikation wurde eine neue Form von wahrscheinlichen Formen für Spannungskopfschmerz und chronische Migräne eingeführt, die den Kreis der möglichen Anwender für Botox noch vergrößert.

In dieser Anzeigenkampagne zur chronischen Migräne wird an keiner Stelle direkt für ein Arzneimittel geworben; das wäre nach deutschem Recht für verschreibungspflichtige Arzneimittel verboten. Die Kampagne vermehrt die Aufmerksamkeit für eine Krankheit; es handelt sich um eine Disease-Awareness-Kampagne. Solche Kampagnen werden für den Handel mit Krankheiten eingesetzt; das ist die wörtliche Übersetzung des englischen Begriffs Disease Mongering.

Der Begriff Disease Mongering wurde von der Journalistin Lynn Payer 1992 als Titel für ihr Buch verwendet, das im Untertitel heißt: „Wie Ärzte, pharmazeutische Unternehmen und Versicherungen dich krank machen“. Payer hat Disease Mongering folgendermaßen beschrieben: Man versucht Leute, denen es gut geht, davon zu überzeugen, dass sie krank sind, oder leicht Kranke, dass sie schwer krank sind. Ein deutsches Schlagwort lautet: Krankheitserfindung. Disease Mongering erweitert die Grenzen dessen, was im öffentlichen Bewusstsein als behandelbare und behandlungsbedürftige Krankheit wahrgenommen wird, um den Markt für diejenigen zu vergrößern, die eine Behandlung verkaufen.

Disease Mongering kennt verschiedene Spielarten, in den Worten von Jörg Blech (der gleich auf dem Podium sitzen wird): Seltene Symptome werden als grassierende Krankheiten dargestellt (zum Beispiel Erektionsstörungen), normale Prozesse des Lebens werden als medizinisches

Problem verkauft (zum Beispiel Haarausfall), leichte Symptome werden zu Vorboten schwerer Leiden aufgebauscht (zum Beispiel Reizdarmsyndrom), persönliche oder soziale Probleme werden in medizinische Probleme umgemünzt (zum Beispiel soziale Phobie), Risiken werden als Krankheit verkauft (zum Beispiel geringe Knochendichte wird zu Osteoporose).

Betrieben wird Disease Mongering in erster Linie von pharmazeutischen Unternehmen, aber auch von anderen Akteuren mit wirtschaftlichen Interessen im Gesundheitswesen. Unterstützt wird Disease Mongering durch Ärztinnen und Ärzte, häufig mit finanziellen Verbindungen zur Industrie, die oft nicht transparent gemacht werden. Journalisten und PR-Agenturen liefern pfiffige Slogans und schöne Bilder, aber auch Bürgerinnen und Bürger sind beteiligt. Sie sind empfänglich gegenüber der Idee, dass etwas ein medizinisches Problem ist, das eine medizinische Lösung braucht. Sie kämpfen zum Beispiel mit ihrer Desorganisation oder Vergesslichkeit. Wenn dem der Name Aufmerksamkeitsstörung gegeben wird, sind sie dankbar darüber, dass es nicht ihr Fehler ist, sondern diese Krankheit, gegen die sie möglicherweise eine Tablette nehmen können. Selbsthilfegruppen werden oft von pharmazeutischen Unternehmen finanziell unterstützt; sie dienen den Disease-Awareness-Kampagnen als menschliches Gesicht.

Negative Folgen des Disease Mongering ergeben sich vor allem für die Betroffenen. Sie machen sich ungerechtfertigte Sorgen um ihre Gesundheit; im schlimmsten Fall verderben sich die Betroffenen ihre Gesundheit dadurch, dass sie sich um sie ängstigen. Führt Disease Mongering zur Einnahme von Arzneimitteln, ist damit ein unnötiges Risiko für die Betroffenen verbunden: Der Nutzen der Arzneimittel ist unklar, ein Schaden

möglich. Außerdem führt Disease Mongering zu einer Verschwendung von Ressourcen im Gesundheitswesen.

Ich bin gebeten worden, zwei Krankheitsbilder vorzustellen, die unter dem Verdacht stehen, dass es sich bei ihnen um eine Krankheitserfindung handelt: Burn-out und die Wechseljahre des Mannes.

Der Begriff *to burn out*, ausbrennen, wurde in den Siebzigerjahren von Herbert Freudenberger geprägt aufgrund eigener Erfahrung als beruflich und ehrenamtlich stark engagierter Psychotherapeut. Freudenberger beschrieb damit die Folgen starker Belastung und hoher Ideale von Menschen in helfenden Berufen. Heute wird der Begriff im Kontext unterschiedlicher Berufe und unabhängig von einem sozialen Engagement verwendet. Ein positiver Beiklang ist geblieben: Die Betroffenen haben viel gearbeitet und sich stark eingesetzt. Treffen kann es anscheinend jeden; prominente Beispiele sind Miriam Meckel und Mariah Carey.

Für Burn-out gibt es keine einheitliche wissenschaftliche Definition und es ist auch nicht festgelegt, wie man Burn-out diagnostiziert. In der Burn-out-Literatur werden über 130 Symptome genannt, darunter Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit und Arbeitsunzufriedenheit. Nicht alle Symptome treten bei allen Menschen mit Burn-out in Erscheinung und keines der Syndrome ist spezifisch für Burn-out. Durch die Fülle der Symptome verliert der Symptomkatalog jegliche Bedeutung.

Eine validierte Therapie des Burn-outs gibt es nicht. Da kein Konsens zur Diagnose besteht, zeichnen sich Inhalte und Methoden von Burn-out-Behandlungen durch eine große Beliebigkeit aus. Burn-out-Betroffene fühlen sich erschöpft, sie sagen: Meine Energievorräte sind aufge-

braucht. Von diesem Bild ausgehend können alle Methoden, die energiezuführend oder entspannend wirken sollen, als Anti-Burn-out-Therapeutika gelten. Dazu gehören gesunde Ernährung, Vitaminzufuhr, Alkohol- und Nikotinverzicht, naturheilkundliche Methoden usw. – alles schöne Dinge, die wir uns auch ohne Diagnose Burn-out gönnen sollten.

Eine Google-Suche nach dem Stichwort Burn-out macht schlaglichtartig deutlich, wer von der Burn-out-Diskussion profitiert: An erster Stelle steht ein Anbieter von Eiweißpräparaten, es folgen verschiedene Kliniken, die dem gesundheitstouristischen Sektor zuzuordnen sind, sowie Ratgeberliteratur.

Zusammengefasst: Burn-out hat keine einheitliche Definition, es ist nicht festgelegt, wie man es diagnostiziert, und eine validierte Therapie gibt es nicht.

Zu den Wechseljahren des Mannes: Sie bezeichnen einen Lebensabschnitt, in dem sein Testosteronspiegel langsam abnimmt. Testosteron wurde zuerst aus Stierhoden isoliert, und diese Herkunft scheint es vom Image her nicht richtig loszuwerden: Es ist das Hormon, das angeblich den Mann zu Mann macht. Es steuert den Sexualtrieb und die Spermienproduktion, wirkt aber auch auf Knochendichte, Fettverteilung, Muskulatur und die Bildung roter Blutkörperchen. Testosteron wird bei Männern hauptsächlich in den Hoden gebildet. Wie viel Testosteron gebildet wird, ist variabel; dies unterscheidet sich zwischen den Männern, im Verlauf des Tages und des Lebens. Hier ist die Kurve im Verlauf des Lebens abgebildet.

Die höchsten Spiegel finden sich bei jungen Erwachsenen; ab 30 Jahren nimmt es langsam ab. Ältere Männer wurden in den letzten Jahren zunehmend mit Testosteronpräparaten behandelt

unter der Annahme, dass die physiologische Abnahme der Testosteronproduktion im Alter mit verschiedenen Störungen einhergeht, die durch die Gabe von Testosteron behoben werden können. Der medizinische Fachbegriff dazu lautet Late Onset Hypogonadism. Für die Diagnose eines Late Onset Hypogonadism wird gefordert, dass bestimmte klinische Symptome in Kombination mit einem niedrigen Testosteronspiegel vorliegen. Das Problem ist nur, dass es zurzeit keinen Konsens über altersspezifische Testosteron-Referenzwerte gibt, das heißt, es gibt keinen Grenzwert, von dem man sagen könnte, dass er sicher krankhaft ist.

Wenn man sich die Symptome anschaut (es gibt verschiedene Fragebögen), so handelt es sich bei als typisch geltenden Symptomen um normale physiologische Vorgänge, die auch bei anderen Krankheiten vorkommen oder bei Männern mit normalem Testosteronspiegel auftreten, zum Beispiel Verschlechterung des allgemeinen Wohlbefindens, Gelenk- und Muskelbeschwerden oder starkes Schwitzen. Deswegen führt die Gabe von Testosteron auch nicht zur Änderung der Antworten auf diesem Fragebogen.

In Zusammenhang mit der Diskussion um die kardiovaskuläre Sicherheit von Testosteronpräparaten haben die Zulassungsbehörden in den USA und in Europa für Arzneimittel im Herbst 2014 festgestellt, dass bei Männern mit altersbedingtem Hypogonadismus relevante Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit von Testosteronpräparaten fehlen.

Kurz zu den Nebenwirkungen von Testosteron: In der Fachinformation sind einige aufgeführt, darunter Prostatakrebs und Gynäkomastie.

Die Wechseljahre des Mannes sind aus meiner Sicht eine Krankheitserfindung. Daran beteiligt sind PR-Unternehmen wie diese Marketing-

Agentur, die sich damit brüstet, eine neue Indikation begründet zu haben: das Hormontief des Mannes.

Disease Mongering verhindern – dabei kann jeder aktiv werden. Ärztinnen und Ärzte sollten sich davor hüten, Arzneimittel für physiologische Veränderungen oder Befindlichkeitsstörungen zu verordnen. Hier sollte die Hormontherapie in den Wechseljahren der Frau als Warnung dienen. Außerdem sollten sie keine finanziellen Verbindungen zu pharmazeutischen Unternehmen haben. Christiane Fischer ist Geschäftsführerin der deutschen Initiative; es gibt weltweit einige Initiativen von Ärztinnen und Ärzten, die sich davon unabhängig machen wollen.

Politikerinnen und Politiker können die Werbung für Arzneimittel strenger regulieren. Sie können zum Beispiel Disease-Awareness-Kampagne verbieten; vor allem aber sollten sie Gelder für unabhängige Forschung und Informationen zur Verfügung stellen. Bürgerinnen und Bürger können sich unabhängig informieren, zum Beispiel auf der Seite [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de), die vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen bereitgestellt wird, oder bei *Gute Pillen – Schlechte Pillen*, einer unabhängigen Verbraucherzeitschrift, an deren Erstellung auch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft beteiligt ist. Da heißt es, und damit komme ich zurück an den Anfang des Vortrags, als es um Botox und Migräne ging: „Diese Zulassung macht uns Kopfschmerzen.“ Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

### **Jochen Taupitz**

Herzlichen Dank für Ihren anregenden Vortrag. Ich habe eine Frage: Wie unterscheidet man solche Disease-Awareness-Kampagnen von der gesundheitlichen Aufklärung, die durch die BzgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

betrieben wird? Darf man so etwas nicht mehr machen? Und wer entscheidet, was eine erfundene und was eine wirkliche Krankheit ist?

### **Gisela Schott**

Wer entscheidet, was eine erfundene und was eine wirkliche Krankheit ist, ist im Moment oft nicht klar, weil in den Gremien, die zurzeit sagen, was eine Krankheit ist, oft auch Ärzte mit Interessenkonflikten sind. Das sollte dringend geändert werden, aber zurzeit ist es noch so, dass diese sagen: Das ist eine neue Krankheit. Das ist zurzeit schwer auseinanderzuhalten.

### **Jochen Taupitz**

Gut. Das Normative überlassen wir Herrn Schramme.

### **Boris Zernikow**

Zernikow ist mein Name, ich habe einen Lehrstuhl für Kinderschmerztherapie.

Zwei Dinge. Das Erste ist: Wir haben zunehmend Menschen mit chronischen schweren Kopfschmerzen, die haben ein Problem. Unsere Versorgung hält für diese Menschen nicht so richtig Angebote bereit. Das ist ein Phänomen, das man beobachten kann: eine zunehmende Verbreitung chronischer Schmerzen.

Das Zweite ist: Sie haben einen tollen Vortrag gehalten, den ich als Schmerztherapeut so unterschreiben könnte. Ich bin entsetzt, dass es dieser Firma gelungen ist, bei der EMA [Europäische Arzneimittelagentur] eine Zulassung für Botox für chronische Migräne zu erwirken, dass sie es geschafft hat, eine neue Krankheit in die International Headache Society Classification zu bringen, die es meiner Meinung nach gar nicht gibt.

Können Sie uns Anwesenden erklären, wie eine Firma es schafft, die EMA so zu beeinflussen oder Studien so zu generieren, dass sie eine eu-

ropaweite und sogar eine weltweite Zulassung für dieses Medikament und für diese Indikation erhalten?

### **Gisela Schott**

Bei der EMA wird nur nach Wirksamkeit und Unbedenklichkeit geschaut, nicht danach, ob es in dieser Indikation etwas taugt, auch im Vergleich zu anderen Arzneimitteln, die schon auf dem Markt sind. Die EMA macht keine Nutzenbewertung. Daher lässt sie zu, was nicht schadet. So ist die Gesetzgebung zurzeit. Das kann man ihr im Grunde nicht vorwerfen, sondern das ist eben der Verlauf der Zeit.

### **Reinhard Merkel**

Reinhard Merkel, Deutscher Ethikrat. Das war als gut gelaunte Präsentation überzeugend, was Sie gemacht haben. Ich möchte anknüpfen an das, was Jochen Taupitz am Anfang angedeutet hat: Wo liegt eigentlich die Definitionshoheit darüber, was krank und was nicht krank ist? Muss das ein organischer Befund sein? Oder liegt es am subjektiven Leidensempfinden von Leuten, die davon betroffen sind, oder wenn das mit dem Leidensempfinden zu dramatisch klingt, das Empfinden einer chronischen Bedrängnis von irgendetwas? Oder wollen wir es dem Gemeinsamen Bundesausschuss als Definitionshoheit zuschreiben? Ich kann nur sagen: Ich wache gelegentlich früh mit dem Gefühl auf: Burn-out ist nichts dagegen. (Lachen)

### **Gisela Schott**

Zur Frage, wer Krankheit definieren soll: Das ist sicher auch eine gesellschaftliche Aufgabe. Wir haben gehört, dass sich das im Verlauf der Zeit durchaus ändern kann. Mein Punkt zurzeit ist nur, dass die, die wirtschaftliche Interessen haben, nicht an erster Stelle dort beteiligt sind, wo Krankheit definiert wird.

Das andere ist ein großes Feld. Beschwerden sollten ein Aspekt sein, was Krankheit ausmacht, vor Laborwerten. Aber das ist eine größere Diskussion und wie gesagt, mein Punkt ist zunächst, die Definition unabhängig zu machen.

### **Frau N. N.**

Ich fand Ihren Vortrag super. Besonders mag ich die Ironie und die humorvolle Art und Weise, wie Sie das machen; das ist toll. Danke Ihnen.

### **Jochen Taupitz**

Vielleicht darf ich noch einmal nachfragen, Sie sagen: Wer wirtschaftliche Interessen hat, sollte nicht die Definitionshoheit haben. Aber alle Ärzte haben doch ein finanzielles Interesse daran, dass sie Patienten, möglichst viele Patienten bekommen, die sie gut behandeln können. Die Pharmaindustrie muss natürlich ein Interesse daran haben, dass sie ihre pharmazeutischen Produkte auf den Markt bringt, dass sie sie verkauft. Wenn man die wirtschaftlichen Interesse ganz herausnimmt, bleibt eigentlich nur noch der Patient übrig, der sagt: Ich möchte behandelt werden, aber ich möchte nichts bezahlen.

### **Gisela Schott**

Das stimmt natürlich, das ist ein kritischer Punkt. Aber das Interesse des Arztes oder der Ärztin ist es, erst einmal dem Patienten zu helfen. Das ist das primäre Interesse, und das sollte man auch bei vielen Ärztinnen und Ärzten erst einmal unterstellen. Dass sie sekundär auch finanzielle Interessen verfolgen, darf man nicht vernachlässigen und muss man im Prozess berücksichtigen, zum Beispiel dadurch, dass die Panels multidisziplinär besetzt werden.

### **Jochen Taupitz**

Wir wollen die ganze Problematik nicht auf Ihnen abladen, denn wir haben nachher noch die Podiumsdiskussion unter Einbeziehung des

Publikums. Noch einmal herzlichen Dank für Ihren Vortrag.

Wir kommen nun zum dritten Vortrag des heutigen Abends. Herr Professor Thomas Schramme, Professor für Praktische Philosophie an der Universität Hamburg, wird uns jetzt über normative Fragen zum Umgang mit Krankheitsmoden informieren.

## **Normative Fragen zum Umgang mit Krankheitsmoden**

**Thomas Schramme · Universität Hamburg**

(Folie 1)

Guten Abend, meine Damen und Herren, vielen Dank für die Einladung. Ich habe 15 Minuten. Die philosophische Analyse braucht eigentlich mehr Zeit; insofern muss ich bestimmte Sachen schnell abhandeln.

(Folie 2)

Ich fange damit an, was heute schon angesprochen worden ist. Wir haben in Deutschland eine gewisse Interessenharmonie, die auf eine Weise fatal ist, weil wir eine Art Eintrittskarte lösen, wenn wir in das solidarisch finanzierte medizinische System eintreten wollen: nämlich eine Krankheitsdiagnose. Das gilt zumindest *cum grano salis*. Die Interessenharmonie besteht zwischen verschiedenen Playern in diesem Spiel: dem Patienten, der möchte, dass es solidarisch finanziert wird, wenn er zum Arzt geht, der Pharmaindustrie (wie schon gezeigt) und den Ärzten dabei, möglichst viele Patienten zu behandeln. Hier gibt es schon zwei oder eigentlich drei Gruppen, die am Krankheitsbegriff zerren, um ihn möglichst weit auszudehnen und so Bedürfnisse zu schaffen.

Diese Interessenharmonie ist in gewisser Weise fatal. Denn am Ende des Tages sind wir als Versicherte und auch anderweitig Zahlende daran beteiligt. Wenn man als Patient zum Arzt geht, sieht man das, was dafür aufgewendet wird, eigentlich nicht (inzwischen ist das ein bisschen geändert).

Aber der Krankheitsbegriff könnte ein möglicher Türhüter sein, weil er die Eintrittskarte löst, indem man sich nämlich fragt: Was genau heißt eigentlich Krankheit und verstehen wir den Krankheitsbegriff nicht viel zu weit?

Da fängt die philosophische Arbeit an: Was genau heißt Krankheit? Wie müssen wir den Krankheitsbegriff verstehen? Gleich werden Sie sehen (das hat sich schon angedeutet), dass wir den Krankheitsbegriff sehr verschieden verstehen können und dass er in verschiedener Weise zur Ausweitung einlädt. Insofern ist die Überlegung, die hier am Anfang steht – der Krankheitsbegriff könnte uns helfen, die richtigen und die falschen Bedürfnisse medizinischer Art zu unterscheiden –, nicht so leicht einzulösen, weil wir sehen, dass der Krankheitsbegriff sehr unterschiedlich verstanden wird.

(Folie 3)

Ich möchte zunächst zwei Perspektiven unterscheiden, die ich in meiner eigenen Arbeit noch viel stärker unterschieden habe, als ich das hier kann: eine wissenschaftliche Perspektive und eine lebensweltliche Perspektive. Wir könnten lange darüber reden, ob das wirklich wissenschaftlich ist usw. Wichtig ist mir, dass es einen Bereich gibt, auf Krankheit zu schauen, der in gewisser Weise objektiv ist dem Sinne, dass wir schauen, was Krankheit von Normalzuständen unterscheidet. Wir haben die Betroffenenperspektive; hier könnte man sagen: Menschen, die in irgendeiner Form in ihrem Wohl beeinträchtigt sind und deswegen als krank anzusehen sind oder nicht.

Wir können also unterscheiden zwischen der Bestimmung pathologischer Zustände unabhängig von individuellen Wertungen und der Bestimmung von Beeinträchtigungen, das, was man „medizinisches Wohl“ nennen kann.

(Folie 4)

Wir können jetzt unterscheiden zwischen dem, was wir negative und positive Gesundheit nennen: Das ist einmal eine Art von Minimum, das ist diese Grenze. Sie interessiert uns, wenn wir uns fragen, welche Zustände wir solidarisch finanziert behandeln wollen: nur diejenigen, die wirklich Krankheitsstatus haben. Deswegen muss uns diese Grenze besonders interessieren: Die Abwesenheit von Krankheit bezeichnet ein Minimum, und so verstehen die meisten Ärzte auch Gesundheit (würde ich zumindest unterstellen).

Gleichzeitig kennen wir die Redeweise von Gesundheit in einem positiven Sinne als ein Ideal. Wir kennen zum Beispiel die Definition von Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation, die – zu Recht – häufig kritisiert wird und eigentlich verstanden werden muss als vollständiges Glück von Menschen.

Das heißt aber nicht, dass der positive Gesundheitsbegriff keinen Sinn ergeben würde. Wir müssen nur genau hinschauen, wie wir über Gesundheit und entsprechend auch über Krankheit sprechen. Denn was hier wichtig ist: Die Grenze, ab der Krankheit beginnt, verläuft unterhalb des Minimums, nicht hier oben. Das vergessen wir häufig. Nicht vollständiges Wohlbefinden ist eben keine Krankheit.

Was auch in der Diskussion schon angesprochen worden ist: Es gibt auch die Redeweise eines Ri-

sikos zu erkranken. Wir können zum Beispiel der Meinung sein, dass wir ein erhöhtes Risiko haben zu erkranken, wenn wir nicht besonders fit oder zu wohlbeleibt sind. Dann fallen wir in diesen Bereich.

Berühmtes Beispiel ist Angelina Jolie, die sich beide Brüste hat amputieren lassen, weil sie ein Brustkrebsgen hat. Sie ist Träger eines bestimmten Risikos und hat, wenn man so will, die massivstmögliche Therapieform gewählt. Aber keiner würde sagen, dass sie in dem Zustand, in dem sie sich die Brüste hat abnehmen lassen, tatsächlich krank war. Das ist aber wichtig im Auge zu behalten, denn subjektiv gesehen kann ein erhöhtes Risiko – insbesondere wenn es noch durch mediale Unterstützung geschürt wird – dazu führen, dass Leute sich extreme Sorgen über ihre Gesundheit machen in dem Sinne, dass sie sich schon in dem Zustand, der hier folgt, antizipieren.

Wir wissen auch aus psychologischen Erkenntnissen, dass Menschen extrem schlecht sind darin, Risiken einzuschätzen und überhaupt zu verstehen, was Risiken überhaupt bedeuten.

(Folie 5)

Wenn wir jetzt diese etwas grobe Unterscheidung einführen und auf die medizinisch-theoretische Perspektive schauen, dann würde ich sagen: In der Medizin ist dieser Bereich, die positive Gesundheit, eigentlich ausgeklammert. Es geht hier um Indikation, es geht um Feststellung von Krankheitsstatus, ja oder nein. Natürlich, wir haben das schon gehört: Die Ärzte sind darauf verpflichtet oder auch interessiert daran, den Menschen, die Sorgen umtreiben, zu helfen. Das heißt, es ist nicht einfach für einen Arzt, wenn jemand zu ihm mit einer bestimmten medizinischen Sorge kommt, zu sagen: „Ich kann nichts feststellen, Sie sind gesund.“ Das ist schwieriger

deswegen, weil in der Praxis schon diese Notsituation gegeben ist. Aber theoretisch gesprochen ist das das Bild, was die Medizin vorantreibt: zu schauen, was eigentlich Krankheit ist. Gesundheit wird einfach definiert als Abwesenheit von Krankheit, ein negatives Verständnis von Gesundheit oder, wie ich es genannt habe, ein minimales Verständnis von Gesundheit. Das, so mein Plädoyer, wäre genau die Grenze, die wir uns näher anschauen sollten, wenn wir die Frage diskutieren, wo Medikalisation anfängt.

(Folie 6)

Nun gibt es aber auch die medizinisch-praktische Perspektive, die ich schon angedeutet habe. Hier ist die medizinische Normalität noch vorhanden, aber in den Hintergrund getreten. Hier haben wir Gesundheit verstanden als leib-seelisches Wohl. Die Pfeile sollen andeuten, dass wir das, was wir noch als gesund ansehen, hin und her schieben können.

Wenn wir Gesundheit und Krankheit als konträre Begriffe verstehen, bekommen wir die Situation, dass wir Krankheiten oberhalb der medizinischen Normalität haben, zum Beispiel wenn Menschen sich nicht so wohl fühlen, wie sie sich gerne fühlen würden. In der Situation, in der die medizinischen Leistungen vorhanden sind, mit diesen jetzt pseudomedizinischen Problemen umzugehen, gibt es natürlich Anreize, Leuten zu helfen, die eigentlich nicht krank sind.

Wir haben aber auch – und das ist interessant – das Phänomen, das Sie in der Behindertenbewegung sehen, dass Leute von sich sagen (vollkommen zu Recht): Trotz fehlender medizinischer Normalität sind wir gesund. Auch dieses Paradox, das sich da andeutet, hat damit zu tun, dass wir unterschiedlich die Phänomene anschauen: In einem Fall sprechen wir von der Gesundheit als leib-seelisches Wohlbefinden, das

nicht beeinträchtigt sein muss, nur weil etwas medizinisch nicht normal ist. Aber von der medizinisch-theoretischen Perspektive zu sagen, obwohl ich gehörlos bin, bin ich medizinisch normal, wäre paradox oder einfach schwer nachzuvollziehen.

Die positive Gesundheit taucht hier wieder auf, denn jetzt können wir uns vorstellen, dass Leute wie zum Beispiel Spitzensportler, die ihre Leistung nicht erreichen, aber auch jeder Normalbürger, der sich in irgendeiner Form in seinem Wohlbefinden beeinträchtigt sieht, der Meinung anhängen kann: Was ist denn eigentlich meine Krankheit?

Sicherlich kann man auch sagen, salopp formuliert: Die Medizin wird zu einem Dienstleister in unserer Gesellschaft; sie eignet sich diese Perspektive an, auch aufgrund ihrer Ausrichtung auf das Patientenwohl. Insofern stellt sich für den praktisch tätigen Arzt vor Ort erst einmal nicht so sehr die Frage: Habe ich einen Patienten vor mir oder einen besorgten Bürger oder jemanden, der anderweitig Hilfe sucht? Vielmehr habe ich einen leidenden Menschen vor mir. Das finden Sie immer wieder auch in der medizintheoretischen Literatur, und das ist in gewisser Weise nachvollziehbar und verständlich, aber führt auch dazu, dass man diesem Menschen helfen will.

Wie gesagt: Solidarisch finanziert sind die Dinge (etwas holzschnittartig gesagt), die Krankheitsstatus haben. Daher liegt es nahe, wenn man jemandem helfen will, der Not leidet, diesen Krankheitsstatus zuzusprechen. Und schon sind wir in der Situation, die wir eben hatten: dass es Interessen gibt, die dahin wirken, dass der Krankheitsbegriff ausgeweitet wird und entsprechend mehr Phänomene als krankhaft gelten, als

es aus medizinisch-theoretischer Perspektive richtig wäre.

(Folie 7)

Was soll man tun? Zunächst einmal wäre die Aufgabe, die ich spezifisch in der Philosophie sehe, begriffliche Klarheit zu schaffen und Unterscheidungen einzuführen. Das kann man nicht in 15 Minuten machen, aber man kann es versuchen, so wie ich es hier angedeutet habe, zum Beispiel indem man zwischen negativer und positiver Gesundheit unterscheidet oder Krankheitsstatus von Krankheitsdisposition oder einem Krankheitsrisiko unterscheidet. Das ist eine zentrale Unterscheidung, die sehr wichtig ist. Wo das nicht geschieht, hat man sich schon die ersten Probleme eingehandelt.

Zweitens könnte man vorschlagen: Warum sollen wir überhaupt Krankheit als Eintrittskarte verstehen? Das ist de facto schon jetzt nicht immer so. Es gibt Beispiele für Phänomene, die definitiv nicht als Krankheit gelten und dennoch solidarisch finanziert behandelt werden. Also warum sollte man nicht einfach die Kategorie wechseln? Vergessen wir doch diesen Krankheitsstatus als Eintrittskarte und beseitigen den und reden über eine andere Kategorie, nämlich eine gesellschaftlich und politisch geprägt Kategorie, die deutlich macht, dass es hier um Werteentscheidung geht.

Noch einmal: Die theoretische Perspektive ist eigentlich eine objektiv-wissenschaftliche Perspektive. Aber es gibt auch andere Perspektiven darauf. In der Situation, mit der wir uns mit solchen gesellschaftlichen Phänomenen auseinandersetzen wollen – und es ist ja schon angedeutet worden: Es *ist* ein gesellschaftliches Problem –, müssen wir neue Kategorien schaffen, die von vornherein klar machen, dass es hier nicht mehr um eine vermeintlich wissenschaftliche Katego-

rie geht, sondern um etwas anderes, nämlich um die Entscheidung: Was wollen wir solidarisch bezahlt behandeln und medizinisch versorgen lassen? Wir können natürlich zulassen (und haben es schon), dass man auch andere Dinge medizinisch versorgen lässt, aber eben nicht solidarisch finanziert.

Das führt zu neuen Problemen, Gerechtigkeitsprobleme usw.; darüber können wir lange diskutieren, lassen sie aber erst einmal außen vor. Also warum nicht eine neue Kategorie (zum Beispiel Behandlungsmandat), eine erste Idee, vielleicht auch andere Begriffe? Das ist etwas, was in der theoretischen Literatur durchaus diskutiert wird und was ich unterstützen würde. Es erfordert ein Umlernen, macht aber deutlich, dass es hier um eine politische Entscheidung geht.

Ich komme zum Schluss und möchte festhalten: Der Krankheitsbegriff *kann* eine Funktion haben, nämlich dann, wenn er wissenschaftlich definiert verstanden wird. Ich bin aber inzwischen zu skeptisch, als dass ich glaube, dass wir uns von medizinischen, philosophischen oder theoretisch interessierten Experten vorschreiben lassen können, was Krankheit ist. Vielmehr sollten wir dazu übergehen, das als interessante und wichtige Diskussion für die gesellschaftlichen Prozesse anzusehen, aber letztlich umdenken und auf eine politisch geprägte Kategorie gehen und weggehen von der vermeintlich objektiv gegebenen Frage: Was ist denn nun wirklich Krankheit und was nicht? Vielen Dank.

### **Jochen Taupitz**

Herr Schramme, herzlichen Dank. Rennen Sie damit nicht offene Türen ein? Denn das findet doch statt, wenn Geburten im GKV-System finanziert werden. Denn die Schwangerschaft ist keine Krankheit, wird aber finanziert.

### **Thomas Schramme**

Es gibt natürlich bei der Schwangerschaft bestimmte Risiken, die finanziert werden sollten, zum Beispiel die Versorgung. Das haben wir ja, bis hin zur Abtreibung, wo man auch sagen würde: Schwangerschaftsabbruch ist nicht die Beseitigung einer Krankheit, aber es könnte die Beseitigung einer prospektiven Krankheit sein, zum Beispiel einer schweren Depression.

### **Jochen Taupitz**

Mit Ihrem Vortrag haben Sie gleich die normativ geprägten Ethiker und Philosophen auf den Plan gerufen. Bitte.

### **Peter Dabrock**

Thomas, vielen Dank für den spannenden und am Ende auch provozierenden Vortrag, wo du einen Switch in der Orientierung der Gesundheitspolitik angeboten hast. Zum Schluss hast du doch festgehalten, dass der Krankheitsbegriff eine Funktion haben kann, sofern er wissenschaftlich definiert wird.

Bei der wissenschaftlichen Definition hast du eine medizinisch-theoretische und eine medizinisch-praktische Perspektive unterschieden. Ich gehe davon aus, dass die medizinisch-praktische nicht per se unwissenschaftlich ist, sondern auch wissenschaftlich sein kann. Wenn das aber so ist (von oben kam noch das leibseelische Wohl dazu), habe ich eine Frage an das von dir gebrachte Beispiel Angelina Jolie. Müsste man nicht in dem Fall auch unter einer Transformation der medizinischen Möglichkeiten davon ausgehen, dass der Risikobegriff hier so lebensnah heranzurücken kann – wenn ich weiß, dass ich ein 90-prozentiges Lebenszeitrisko habe, im Laufe des Lebens an Brustkrebs zu erkranken, wenn ich diese Maßnahme nicht vornehme, bei der es dann auf unter 5 Prozent Risiko sinkt – würde man dann angesichts eines Trends hin zur prä-

ventiven Medizin nicht doch sagen, dass das unter medizinisch-praktischer Perspektive eine solch hohe Eingriffstiefe in den psychischen Haushalt dieser Person hat, dass man allen Grund hat, es sehr nah an den Krankheitsbegriff zu rücken, mit allen Konsequenzen, die das hat?

### **Thomas Schramme**

Ja, das ist von der Beschreibung der Realität her völlig richtig. Ich finde das problematisch deswegen, weil ich sage: Die Medizin ist nicht dafür da, besorgte Leute zu versorgen. Wenn Angelina Jolie besorgt ist, kann ich das gut nachvollziehen. Es ist aber etwas ganz anderes, die Frage zu stellen: Was soll die Solidargemeinschaft finanzieren? Da scheint mir die medizinisch-theoretische Perspektive, die ich hier als wissenschaftlich bezeichnet habe, die entscheidende zu sein.

Natürlich haben wir die praktische Perspektive, aber überall dort, wo sie über das Minimum hinausgeht, ist sie problematisch und wird unwissenschaftlich, weil sie nicht mehr über Krankheiten redet, sondern über den Mangel an idealer Gesundheit. Das ist eine völlig andere Kategorie und es ist normativ problematisch, wenn wir anfangen, das in die solidarisch finanzierte Welt zu überführen.

### **Carl-Friedrich Gethmann**

Mir scheint ein Schuss zu viel Skepsis im Raume. Eine Unterscheidung wird nicht dadurch leistungsunfähig, dass es Grauzonenprobleme gibt. Da Sie aus Hamburg kommen: An manchen Novembernachmittagen um 17 Uhr weiß ich in Hamburg nicht genau, ob es schon Nacht ist oder noch Tag. Trotzdem würde ich deswegen nicht auf die Unterscheidung verzichten.

Mir scheint, dass 90 Prozent aller Phänomene klar zugeordnet werden können. Wer sich ein Bein bricht oder Masern hat oder was auch im-

mer – da fange ich nicht an, über Konstruktivität und Modekrankheiten zu reden. Auf der anderen Seite haben wir Schwangerschaft usw. erwähnt. Deshalb würde ich sagen: Wir sprechen über Grauzonenprobleme; diese können auch Dramatik haben, fallen aber nicht unbedingt mit dem Begriff der Modekrankheiten zusammen. Grauzonenprobleme sind etwas anderes als Modekrankheiten; das muss man unterscheiden.

Das Zweite ist: Sie haben zwei Kriterien angegeben, wie wir in der Grauzone unter Umständen unsere Messer schärfen können, nämlich objektive Befunde und subjektives Wohlbefinden. Das kann in antagonistische Situationen führen. Nehmen wir milden Bluthochdruck; den können wir gut messen. Man fühlt sich bei mildem Hochdruck durchaus wohl, und wenn ich jetzt anfangen, mit Medikamenten gegen hypertensive Situationen anzugehen, muss ich mit Kaffee usw. – Die Weltgesundheitsorganisation lässt Studien untersuchen. Der Grenzwert war lange Zeit 140:90; jetzt gilt 130:85. Auf einmal bin ich krank – da ist eine gewisse Konstruktivität –, obwohl es Daten gibt und obwohl das Wohlbefinden bei vielen Patienten bei mildem Hochdruck besser ist (jedenfalls als beim hypotonischen Phänomen). Das heißt: Die Kriterien arbeiten nicht zusammen.

### **Thomas Schramme**

Dem Letzten kann ich nur zustimmen. Zum Ersten: Die Skepsis, die ich gegenüber dem Krankheitsbegriff habe, ist weniger eine theoretische im Sinne von: Wir sind in Grauzonen, sondern ich glaube, dass man jede Entität mit guten Kriterien in ein Töpfchen werfen kann, Krankheit oder nicht Krankheit. Nur haben wir damit die politischen Fragen nicht beantwortet. Ich bin da skeptisch; ich glaube, dass es kein Interesse daran gibt, diese eher Experten überlassene Frage

der Krankheitsdefinition als Lösung der Probleme anzusehen. Das ist nicht der Fall, glaube ich, und es gibt auch kein Interesse der politischen Beteiligten (weder der Bürger noch der Politiker) an dieser Diskussion, die wir in der Philosophie und in der Medizinteorie schon lange führen.

### **Reinhard Merkel**

Ich habe eine Frage und eine Anmerkung. Thomas, du hast eine Reihe von Fragen aufgeworfen. Meine Frage ist: Irgendeinen Begriff des Normalen brauchen wir für jeden Krankheitsbegriff, ob positiv oder negativ. Was könnte das sein? So etwas wie ein speziestypischer Normalzustand? Alle diese Dinge sind versucht worden. Wie würdest du das sehen? Wäre es etwas Statistisches, etwas Typisches?

Meine Anmerkung ist: Es gibt nicht nur das Risiko des Disease Mongering, es gibt auch ein umgekehrtes Risiko. Das kennen wir historisch. Der Veitstanz ist Besessenheit genannt worden; man hat die Leute als vom Teufel beschlagnahmt definiert, bis man klären konnte, dass es eine schwere genetische Erkrankung ist, die tödlich verläuft. Es gibt auch heute so etwas, und ich weiß, dass das hoch umstritten ist und viele Leute jetzt aversiv reagieren werden: ADHS. Wenn ich mit Kinderneurologen spreche, sagen sie: Schwere Formen von ADHS sind schwerste Erkrankungen. Das wird mit Zappelphilipp-Syndrom heute gern ignoriert. Es gibt also auch ein gegenläufiges Risiko; das sollten wir nicht übersehen.

### **Thomas Schramme**

Ja. Ich habe mich auf die negativen Aspekte von Medikalisation beschränkt, und in der Tat: Genau das ist ein Ergebnis dieser Krankheitsdefinition, dass dann bestimmte Phänomene auch in das Töpfchen links fallen, nämlich aufgrund eines Kriteriums wirklich als Krankheit gelten.

Was ist das Kriterium? Speziestypische Funktionsfähigkeit ist die Minimalantwort einer langwierigen Diskussion. Das ist eine Mischung aus biologischen Überlegungen und statistischen Überlegungen, hat aber in erster Linie zu tun mit Evolution des Organismus und bestimmten Mechanismen, die wir als funktional auszeichnen können, im Unterschied zu anderen Dingen, die im Körper passieren, aber nicht Funktionen darstellen. Dysfunktion wäre das Krankheitskriterium.

### **Rudolf Henke**

Rudolf Henke, Internist und Mitglied im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages. Ich rätsele darüber, ob Sie nicht zwei Aufgabefelder vermischt haben. Das eine ist das Aufgabefeld der ärztlichen Profession und der anderen helfenden Berufe, ärztliche Profession jetzt einmal als Pars pro Toto genommen. Das andere ist das Aufgabefeld der politischen Entscheidung darüber, wann solidarische Mittel zugänglich sind. Das, was wir tun, ist, dass wir für den Arzt ein Kontinuum zwischen neu geboren und tot haben (aber man kann auch behindert neu geboren werden). Und auf diesem Kontinuum bewegen sich die unterschiedlichen Ausprägungen von ADHS: Das eine mit schwersten Leiden verbunden und das andere eine milde Normabweichung. Auf jeder Stelle dieses Kontinuums kann die Ärztin, der Arzt als Coach wirken.

Davon getrennt ist die andere Frage: Wann werden Leistungen solidarisch, wann privat und wann gemischt finanziert? Dazu muss Politik eine Priorisierungsentscheidung treffen: Für welche Leistung ist die solidarische Finanzierung erforderlich und für welche erst später?

Mein Eindruck ist, dass der Strich, wo die Krankheit ins Spiel kommt, nur die sozialversicherungsrechtliche Frage beantwortet. Es ist ein-

fach, die Ärzte als Gutachter zu nutzen, weil man dann nicht zweimal verschiedene Personen aufsuchen muss, mit denen man beides erörtert: Wie hilft ihr mir am besten und habe ich Anspruch auf eine Sozialversicherungsleistung? Das wird aber spätestens dann aufgehoben, wenn Misstrauen ins Spiel kommt, denn dann schickt man den MDK [Medizinischer Dienst der Krankenversicherung] und trennt die beiden Rollen.

### **Thomas Schramme**

Was Sie sagen, ist genau die Pointe, die ich machen wollte. Genau das sollte unterschieden werden, das war mein Plädoyer. Das eine ist die Frage: Was ist Krankheit? und das andere die Frage: Was sollten wir solidarisch finanziert bezahlen?

Man könnte sich fragen: Soll man nicht diese medizinisch-theoretische Debatte, was Krankheit ist, benutzen, um die Antwort auf die politische Frage zu geben? Mein Plädoyer war: Wahrscheinlich wird uns das nicht alle Probleme vom Halse schaffen, und deswegen sollten wir es explizit machen, dass es eine politische Frage ist, was wir solidarisch finanziert bezahlen wollen.

### **Christiane Woopen**

Ich habe einen Verdacht, und vielleicht räumen Sie den aus: dass Sie als Hintergrundannahme einen Krankheitsbegriff haben, der biologisch fokussiert ist und von einer Entität ausgeht, die man präzise beschreiben und als gegeben oder nicht gegeben betrachten kann. Ich glaube, dass das dem Krankheitsbegriff nicht gerecht wird, und zwar weder in der politischen noch in der ärztlichen Dimension. Krankheit ist von vornherein ein normativer Begriff und nur in der Operationalisierung ein deskriptiver, weil er mit einer Legitimation einhergeht, dass eine bestimmte Berufsgruppe aktiv wird. Diese kann in unterschiedlicher Hinsicht aktiv werden: vor-

beugend, lindernd, heilend oder rehabilitierend. Wenn Angelina Jolie sich das Brustdrüsengewebe entfernen lässt, ist das etwas, was eine Krankheit mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit verhindert oder das Risiko des Ausbruchs dieser Krankheit in erheblichem Maße reduziert. Dann hat das einen Krankheitsbezug; Sie haben es aber in den Bereich der idealen Gesundheit verwiesen. Das heißt, Sie machen ein Spektrum innerhalb der Gesundheit auf, aber nicht innerhalb der Krankheit; das ist etwas, was mich irritiert.

Den Krankheitsbegriff durch den Begriff des Behandlungsmandates zu ersetzen leuchtet mir derzeit nicht ein, weil Behandlungsmandat für mich der Oberbegriff dafür ist. Es ist klar, dass die Politik, die Gesellschaft entscheiden muss, welche Leistungen solidarisch finanziert werden sollen, das heißt: Wann wird das finanzierte Behandlungsmandat übergeben? Dafür ist eine Möglichkeit, zu sagen, dass wir es am Kriterium der Krankheit festmachen. Aber ich kann doch nicht sagen, dass ich das Behandlungsmandat am Kriterium des Behandlungsmandates festmache. Das heißt, Sie müssen das auch an irgendetwas definieren, aber nicht über Zuständigkeiten oder so. Deswegen würde mich interessieren: Was ist die wirkliche Alternative zum Krankheitsbegriff, um das Behandlungsmandat zu erteilen?

### **Thomas Schramme**

Das ist nur ein Wort, ein Platzhalter. Wir müssten jetzt diskutieren: Was sind die Kriterien, um ein Behandlungsmandat zu bekommen? Wir haben so etwas Ähnliches, wir sprechen nämlich über Indikationen, und das müsste jetzt gefüllt werden. Aber das ist nicht zirkulär, weil „Behandlungsmandat“ einfach ein Ersatz für den Krankheitsbegriff ist.

Der Hintergrund des Krankheitsbegriffes, den ich habe, ist in der Tat ein biologisch orientier-

ter. Das wird natürlich bestimmten Perspektiven auf das Krankheitsphänomen nicht gerecht. Wir haben eben in der deutschen Sprache in erster Linie den Begriff der Krankheit. Wir hatten früher einmal andere Dinge wie *malade* sein. Im Englischen gibt es eine viel größere Spannbreite: Es gibt *disease*, *illness*, *sickness*, die unterschiedliche Perspektiven abbilden können. Wir müssten die deutsche Sprache bereichern, um diese Unterscheidungsmöglichkeiten einzuführen.

Was ich meine, ist: Krankheit ist ein biologischer Begriff im Sinne der medizinisch-theoretischen Perspektive. Damit habe ich noch nichts über die normativen Aspekte gesagt, was wir behandeln sollten oder wie die Leute sich fühlen, wenn sie krank sind usw. Das ist ausgeblendet. Ich habe aber auch nicht den Anspruch, *diese* Definition von Krankheit zu erklären.

### **Jochen Taupitz**

In der Diskussion wird uns noch weiter beschäftigen, ob man nicht normativ noch stärker zwischen den verschiedenen Bereichen unterscheiden müsste. Denn wenn meine Frau sich krank fühlt, kann sie selbstverständlich von mir Mitleid erwarten, auch wenn sie objektiv nach medizinischen Kriterien gar nicht krank ist.

Dazu leite ich zum letzten Teil über, zur Podiumsdiskussion. Wolf-Michael Catenhusen wird diese Diskussion leiten. Wir können uns alle darauf freuen, vielen Dank.

## **Podiumsdiskussion: Modekrankheiten – Prêt-à-traîter?**

**Jörg Blech · Der Spiegel**

**Christiane Fischer · MEZIS e. V. und Mitglied des Deutschen Ethikrates**

**Boris Quednow · Universität Zürich**

**Lothar Weißbach · Stiftung Männergesundheit**

**Moderation: Wolf-Michael Catenhusen · Stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Ethikrates**

**Wolf-Michael Catenhusen**

Meine Damen und Herren, wir kommen zu einer Podiumsdiskussion, die aber schnell den Beiträgen des Publikums geöffnet werden soll. Ich möchte nicht alle vorstellen, sondern werde jedem oder jeder eine Frage stellen und dabei in einem Satz die Vorstellung übernehmen.

Rechts von mir sitzt Professor Lothar Weißbach, Urologe und wissenschaftlicher Vorstand der Stiftung Männergesundheit. Lieber Herr Weißbach, bei Ihrem gesellschaftlichen Engagement spielt die Frage der Wechseljahre eine große Rolle, denn in den letzten Jahrzehnten sind die Wechseljahre von Männern schrittweise aufgewertet worden in dem Sinne, dass ihnen erhebliche Wechselwirkungen mit der männlichen Gesundheit zugeschrieben wurden. Wie beurteilen Sie das Spannungsfeld: Wechseljahre im Sinne von Abwägung zwischen überflüssiger Medikalisation und notwendiger Therapie?

**Lothar Weißbach**

Anders als Frau Schott. Frau Schott hat gesagt, dass es die Wechseljahre des Mannes gibt. Ich möchte mich hier auch am Krankheitsbegriff festlegen. Ich finde es unglücklich bezeichnet: Wechseljahre des Mannes, weil sofort die Ana-

logie zur Frau aufkommt und wir die großen Unterschiede hinsichtlich der Symptomatik, der Psyche und des Verlaufes sehen. Deshalb: Wechseljahre des Mannes – bitte nicht. Aber ich erinnere an das erste Bild, das von Herrn Stolberg gezeigt worden ist, mit dem Mann, der eine Unterfunktion seiner Gonaden hatte; diese Männer kommen auch in unsere Praxis.

Unsere Praxis bedeutet nicht, dass wir uns an einem Laborwert, der gar nicht genau festgelegt ist – da muss ich widersprechen, es gibt inzwischen fünf Leitlinien, die sich bemüht haben, die Grenzbereiche des Testosterons einzuengen: zu einer bestimmten Uhrzeit, für eine bestimmte Altersgruppe, und das doppelt bestimmt. Also wir bewegen uns schon medizinisch in einem einigermaßen sicheren Bereich; Grauzonen zugegeben. Aber ein solcher Mann sucht uns auf und er wird nicht von einem Testosteronwert her eine Behandlung beanspruchen, sondern von seinen Symptomen her.

Was sind das für Symptome, die testosteroninsuffiziente Männer haben? Völlig richtig dargestellt: Es sind psychische Symptome bis hin zur Depression, aber auch körperliche Merkmale, wie sie überzeichnet bei diesem Mann zu sehen waren, und das ist letztlich der Testosteronwert.

Wenn ich bei 100 Männern Testosteron bestimme, haben etwa 20 oder 15 Prozent – je nach Alter – einen niedrigen Wert, sind aber nicht krank. Zu uns kommen die Männer mit Symptomen und mit einer Erwartungshaltung. Und ich bin völlig weg von der Krankheitsbezeichnung und orientiere mich immer mehr an der Symptomatik. Ich weiß, dass es für uns Ärzte in der Sprechstunde das Schwerste ist, etwas wegzulassen. Über die Kunst des Weglassens verfügen nur wenige. Aber jemanden zu führen, der einen Testosteronmangel hat und nicht mehr, ist eine leichte Auf-

gabe; das kann man mit der sprechenden Medizin machen. Sobald aber Symptome dazukommen und eine Erwartungshaltung des Betroffenen, dann wird es durch die Medizin heute – nach acht Jahren unter Ulla Schmidt mit Erzeugen eines maximalen Anspruchs – für uns sehr schwer, der Erwartungshaltung des Betroffenen zu entsprechen. Gefordert wurde die maximale Versorgung, und es war Herr Höffe, Philosoph aus Tübingen, der gesagt hat: Lassen Sie das, diese Forderung; bewegen Sie sich bitte in dem angemessenen Raum. Eine angemessene Medizin bei den Wechseljahren des Mannes zu machen ist durchaus möglich, indem wir uns nicht nach einem Laborwert richten, auch wenn er in Leitlinien festgelegt ist, sondern nach einem umfassenden körperlichen Befund und einem Befragungsscore. Dann kann man mit den sogenannten Wechseljahren des Mannes ganz anders umgehen. Das eine ist physiologisch und das andere hat krankhafte Auswirkungen auf den Knochen, die Muskulatur und die Psyche.

Wenn ich von der Kunst des Weglassens spreche, ist das für mich auch ein Appell an Kollegen. Ich arbeite seit neun Jahren mit an einer Leitlinie; wir sind bemüht, industrieunabhängig zu bleiben (Sie werden heute noch das Gegenteil hören, wie industrieabhängig wir sind). Wir sind bemüht, von der Industrie unabhängig zu bleiben, und wenn wir dieser Abhängigkeit Tribut zollen müssen, dann einfach, weil die Studien, die in Deutschland durchgeführt werden, zu 70 bis 80 Prozent von der Pharmaindustrie gesponsert sind und nicht staatliche Studien sind.

### **Wolf-Michael Catenhusen**

Schönen Dank. Ich darf dann Professor Boris Quednow begrüßen. Er ist biologischer Psychiater, an der Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Biologie, und Professor an der Uni Zürich. Sie

beschäftigen sich mit psychischen Störungen, einem Feld, wo es in der gesellschaftlichen Wahrnehmung zu einer Explosion der Medikalisierung kommt. Wie gehen Sie selbst mit diesem Spannungsfeld um, etwa unter Einschluss des Beispiels Burn-out-Syndrom?

### **Boris Quednow**

Erst einmal eine Richtigstellung: Ich bin biologischer Psychologe, kein Arzt, sondern studierter Psychologe, aber arbeite seit über 15 Jahren in der Psychiatrie und habe mich auch der biologischen Psychiatrie verpflichtet und die Entwicklung der letzten 15 Jahre selbst miterlebt. Ich habe feststellen müssen, dass wir trotz der großen Bemühungen und Investitionen immenser Forschungsmittel die großen Erwartungen, die anfänglich in die biologische Psychiatrie gesteckt wurden, bisher nicht erfüllen konnten: Wir haben bis heute keine biologischen Marker für psychische Erkrankungen gefunden, was immer noch dazu beiträgt, dass psychische Symptome und die Diagnose von psychischen Erkrankungen eine gewisse Vagheit beinhalten.

Natürlich gibt es schwere psychische Erkrankungen mit einem immensen Leid der Betroffenen, aber offenbar gibt es auch Grenzbereiche, und einer dieser Grenzbereiche ist möglicherweise das Burn-out-Syndrom, das sehr schlecht definiert ist (das haben wir gerade schön dargestellt bekommen) und das zwei Gefahren in sich birgt: einmal das Nichterkennen einer schweren Depression, die falsch behandelt wird, weil sie wie eine Burn-out-Störung behandelt wird, oder eine Medikalisierung eines eigentlich gesunden Menschen, die dazu führen kann, dass diese Person auf Dauer durch die Medikation, die sie einnimmt, invalidisiert wird. Denn wenn wir etwas in den letzten 20 Jahren gelernt haben, dann, dass das Gehirn ein unglaublich neuroplastisches

und ein pharmakoplastisches Organ ist, das heißt: Alles, was auf das Gehirn einwirkt, verändert das Gehirn. Wenn ich chronisch eine Substanz einnehme, führen diverse Regulationsmechanismen im Gehirn dazu, dass sich die empfindliche Homöostase des Organs verschiebt, mit dem Effekt, dass Probleme entstehen, wenn ich versuche, die Medikation abzusetzen. Das haben wir als Entzugssymptom bei illegalen Substanzen und Absetzsymptom bei Psychopharmaka.

Mittlerweile haben wir erkannt, dass Personen, die ursprünglich vielleicht keine so schwere Krankheitsausprägung hatten, auf Dauer durch eine psychopharmakologische Therapie beeinträchtigt werden können. Das ist eine meiner Sorgen, warum Modediagnosen wie die des Burn-outs dazu beitragen, dass mehr Krankheit geschaffen wird und weniger Gesundheit.

### **Wolf-Michael Catenhusen**

Die Frage psychischer Störungen hängt nach Auffassung vieler Menschen und auch Experten mit der persönlichen individuellen Situation des Betroffenen zusammen, also mit einem fehlenden sozialen Umfeld oder Störungen in seinem sozialen Umfeld. Wie gehen Sie mit dieser Frage um, wenn Sie als Biologe eigentlich nur an den Symptomen kurieren, während die Ursachen in ganz anderen Bereichen liegen?

### **Boris Quednow**

Ich persönlich forsche zu kognitiven und Verhaltensänderungen nach langjährigem Substanzkonsum. In meinem Fall sind es die illegalen Substanzen, das heißt, wir versuchen herausfinden, wie sich ein Mensch verändert, wenn er über einen gewissen Zeitraum zentral wirksame Substanzen zu sich nimmt. Aber wir sind auch an der Reversibilität der Dinge interessiert, nicht zuletzt, weil das natürlich unvermeidbar ist, und

an der Frage, was überhaupt dazu führt, dass jemand abhängig wird. Letztlich ist es der Traum, dass wir mit biologischen Mitteln vorhersagen könnten, welche Person das Risiko einer Abhängigkeit trägt und welche nicht.

Historisch gesehen wurden viele psychische Störungen erst einmal als soziale Störungen gesehen. Die ganze Geschichte der Analyse – Sigmund Freud hat zwar auch geglaubt, dass psychische Erkrankungen biologische Ursachen haben, ist aber davon ausgegangen, dass sich dort Probleme der kindlichen Entwicklung manifestieren. Wir wissen heute, dass viele psychiatrische Störungen tatsächlich in der Kindheit anfangen, dass sie soziale Störungen sind und Probleme beinhalten, wie Menschen miteinander umgehen, oder dass soziale Probleme zur Entstehung und Erhaltung psychischer Erkrankungen beitragen; das ist kein Widerspruch. Vielmehr war die Idee der biologischen Psychiatrie immer – oder man hat jetzt wieder erkannt, dass nicht nur Biologie dahintersteht; das Pendel schlägt wieder etwas zum Sozialen zurück. Aber die Idee ist, das auseinanderzuhalten: Was ist Biologie und was ist Umwelt? Das ist etwas, was mich fasziniert und was wir weiter versuchen herauszufinden.

### **Wolf-Michael Catenhusen**

Rechts von mir begrüße ich Jörg Blech. Er ist Biologe und Biochemiker, seit 20 Jahren Wissenschaftsjournalist, zurzeit beim *Spiegel*, und hat auch Bücher zu unserem Thema geschrieben, etwa mit dem Titel: *Die Krankheitserfinder*. An Sie die Frage: Welche Triebkräfte stecken denn nach Ihrer Wahrnehmung oder Einschätzung dahinter? Sehen Sie in diesem Feld auch eine Zuspitzung der Entwicklung, die sich von anderen Perioden unterscheidet?

### **Jörg Blech**

Krankheiten waren schon immer auch ein kulturelles Phänomen; dazu hat Herr Stolberg einen schönen Vortrag gehalten. Ich glaube aber, dass da in letzter Zeit eine neue Dynamik hineinkommt. Mit Aufkommen größerer Pharmafirmen, die global operieren, wird die Krankheit ein Stück weit zu einem Industrieprodukt. Das ist eine neue Qualität, weil es in der westlichen Welt eine ganze Gesellschaft durchdringen kann. Da gibt es immer wieder ähnliche Regeln, die ich in meinen Recherchen festgestellt habe.

Dabei würde ich gern auf Herrn Weißbach eingehen. Diese neuen Leiden der alten Männer sind ein Thema, das uns heute Abend umtreibt. Ich war vor zehn Jahren biologisch noch ein bisschen weiter davon entfernt und bin durch eine Pressemitteilung auf das Thema gekommen. Darin stand: „Viel mehr Männer als gedacht haben Probleme mit den Wechseljahren.“ Für mich war die Idee: Das ist ja spannend, dazu machst du vielleicht einen Artikel: Woher kommt das? Dann habe ich recherchiert und gesehen: Die Pressemitteilung, dass angeblich so viele Männer in Deutschland jetzt die Wechseljahre haben, kam von einer PR-Firma. Hinter der PR-Firma stand eine Pharmafirma. Just diese Pharmafirma hat in Berlin eine Pressekonferenz veranstaltet. Ich bin hingegangen; dort hat ein Professor einen Vortrag gehalten, das war der Opinion Leader, man könnte auch sagen, eine Art Mietmaul, weil er dafür Geld bekommen hat. (Lachen)

Das war für mich damals ganz neu. Ich habe zuerst gedacht, da wird schon was dran sein. Durch die Recherchen habe ich aber gesehen, dass just zu dem Zeitpunkt, wo eine pharmazeutische Firma ein neuartiges Medikament auf den Markt gebracht hat, die ganzen Mechanismen ins Werk gesetzt worden sind. Man sieht daran konkret

den Einfluss einer pharmazeutischen Firma im Hintergrund. Die neue Qualität ist, dass man nicht Werbung macht für das Produkt, sondern erst einmal für die Krankheit. Es geht darum, die Krankheit im Volke zu verankern.

Es gab dann, um die Krankheit bekannt zu machen und um sie diagnostizieren zu können, einen Grenzwert. Diesen Grenzwert – Testosteron im Blut – hat eine Hand voll Ärzte festgelegt. Einer dieser Ärzte war der Arzt, der für die pharmazeutische Firma auf der Pressekonferenz aufgetreten ist. Sie sehen, dass ein pharmazeutischer Einfluss in das Gremium der Definitionen hinein besteht.

Neulich war ich beim Urologen, da habe ich gesehen, die Geschichte geht noch weiter: Da war eine kleine Broschüre, „Wechseljahre des Mannes“. In den letzten Jahren hat sich die Zahl der Verschreibungen von Testosteron in Deutschland verdreifacht. Das heißt, dass diese Marktkampagne funktioniert hat. In den USA ist es schon so weit, dass fast 3 Prozent aller Männer über 40 regelmäßig Testosteronprodukte zu sich nehmen.

Herr Weißbach sagte eben: Es gibt einen zu behandelnden Testosteronmangel als richtiges Krankheitsbild; das ist unstrittig. Dieses wird aber ausgeweitet durch die Absenkung des Grenzwertes und durch das Diagnostizieren durch Ärzte, die in diesem Fall sogar Handreichungen von Herstellern bekommen haben: Wie kann man dieses Syndrom diagnostizieren?

Heute noch gibt es in der Fußgängerzone in deutschen Städten ein Zelt: „Mann oh Mann“, wo sich Männer Blut abnehmen lassen können, damit das Testosteron getestet wird.

Das ist eben das Neue: dass Firmen mitmischen dabei, Krankheiten zu definieren. Nichts anderes

ist bei ADHS geschehen. Auch ADHS ist eine Krankheit, die es gibt. Es ist schon so weit, dass die Ärzte eine neue Kategorie einziehen und sagen: die richtigen ADHS-Kinder und die anderen. In dem Moment, wo man das Krankheitsbild definiert hatte, sind pharmazeutische Firmen aufgetreten und haben das Krankheitsbild vermarktet und im Volk bekannt gemacht. Das geht so weit, dass dieses Krankheitsbild in einigen Landkreisen Deutschlands bei fast 20 Prozent aller Grundschüler diagnostiziert wird.

Sie sehen: Auf vielen Presseveranstaltungen, wo Ärzte aufgetreten sind, agieren pharmazeutische Firmen im Hintergrund; das sind just die Firmen, die diese Mittel herstellen.

### **Wolf-Michael Catenhusen**

Sie haben einige Stichworte an meine Kollegin Christiane Fischer, Mitglied des Deutschen Ethikrates, gegeben. Sie ist Allgemeinmedizinerin und hat auch als Doktorin praktiziert. Seit 2013 ist sie Geschäftsführerin von MEZIS (Mein Essen zahl ich selbst).

Frau Dr. Fischer, die Frage an Sie: Wie soll die Gesellschaft mit dieser Entwicklung umgehen? Welche gesellschaftlichen Herausforderungen definieren Sie und vor allem: Wo muss die Gesellschaft handeln?

### **Christiane Fischer**

Ich möchte anfangen mit einer kleinen alten Geschichte aus der Literatur: Knock oder der Triumph der Medizin. Dr. Knock kam in das französische Bergdorf Saint Maurice und wollte dort Hausarzt sein. Der dortige Hausarzt meinte: „Du hast es hier richtig gut, hier ist keiner krank.“ Dr. Knock sagte: „So ein Mist, da verdiene ich ja nichts.“ Und er fing an, Vorträge zu halten über Kleinstlebewesen, die Menschen krank machen. Nach einem halben Jahr waren in diesem gesunden französischen Bergdorf nur noch so viele

Menschen gesund, dass sie die Kranken pflegen durften.

Krankheiten wurden erfunden. Für jede Krankheit gab es eine Pille, und für jede Pille eine Krankheit. Genau dieses Phänomen haben Sie so schön in Ihrem Buch beschrieben und hat Gisela Schott vorhin beschrieben, wenn wir gehört haben, dass eine Pharmafirma ein PR-Unternehmen beauftragt hat, die Wechseljahre des Mannes zu erfinden. Sie hat sich bis vor wenigen Wochen im Internet damit gebrüstet, dass sie mit PR eine neue Indikation erfunden haben. Als wir das bekannt machten, nahmen sie dies aus dem Netz; wir hatten aber vorher einen Screenshot gemacht. Das heißt: Die Behandlung von Gesunden sichert der Pharmaindustrie den Gewinn.

Was kann man dagegen tun? Das war die Frage an mich. Wir haben es damit zu tun, dass Grenzwerte gesenkt werden und in Leitlinien-Kommissionen interessenkonfliktgesteuerte Menschen sitzen. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft hat zum Beispiel durch Interessenkonflikte völlig andere Leitlinien als die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin bei Diabetes. Zumindest bei der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin konnten wir keine Interessenskonflikte entdecken.

Es gibt also das große Interesse, Gesunde zu Patienten zu machen, Krankheiten oder Pseudokrankheiten zu entwickeln und Normales zu pathologisieren, sei es durch erfundene Krankheiten, sei es, dass bestehende Krankheiten in Mode geraten, also häufiger als notwendig diagnostiziert werden. Laufen Sie einmal durch den Supermarkt. Zöliakie: Wenn man Gluten nicht verträgt, ist das eine schwere Erkrankung. Aber wenn ich glaube, dass mir Gluten nicht guttut, ist das keine Erkrankung.

Krankheiten werden also zur Mode. Was kann man dagegen tun? Man kann Therapien, Medikamente und Vorsorgeuntersuchungen danach hinterfragen, wie hoch die *needed number to treat* ist, wie viele Leute ich also behandeln oder screenen muss, um einen Todesfall oder einen Krankheitsfall zu verhindern. Dem stelle ich die *needed number to harm* gegenüber: Wie viele Menschen muss ich behandeln, um eine Nebenwirkung auszulösen oder einen Todesfall auszulösen? Es ist logisch, dass die *needed number to treat* die *needed number to harm* übersteigen muss. Das tut sie aber nicht immer.

Wenn ich Grenzwerte senke (zum Beispiel für den Bluthochdruck, wie der Kollege vorhin gesagt hat), muss ich fragen: Wenn ich jetzt Millionen Menschen zu Patienten gemacht habe, nämlich zu Hypertonie-Patienten, muss ich fragen: Senkt das die Sterblichkeit? Wenn sie es tut, ist es gut; wenn sie es nicht tut, war offensichtlich die Absenkung des Grenzwertes keine gute Idee.

Wenn ich ein neues Medikament habe, muss ich fragen: Bewirkt das einen therapeutischen Fortschritt? Wenn ich einen Cholesterinsenker habe, der statt 13 Euro im Monat 224 Euro im Monat kostet, muss ich fragen: Wirkt er besser als der althergebrachte? Wirkt er besser, ist es gut; wirkt er nicht besser, entsteht ein Problem.

Wir von MEZIS fordern Ärzte und Ärztinnen auf, sich unabhängig fortzubilden. Jeder Arzt und jede Ärztin muss sich fortbilden; das ist gut so. Die Landeärztekammern legen Fortbildungen mit Fortbildungspunkten, den CME-Punkten [Continuous Medical Education] fest. Wenn eine sogenannte Fortbildung, die eigentlich eine Werbeveranstaltung ist, die von der Pharmaindustrie ausgehalten oder gesponsert wird, nicht mit CME-Punkten gefördert würde, würde sich

das Fortbildungsspektrum in Deutschland massiv verschieben, nicht nur in Deutschland.

Wir müssen Werbung von Information unterscheiden. Wir leben in einem demokratischen Land; jeder darf Werbung machen. Aber Werbung ist keine Information. Gisela Schott hat vorhin *Gute Pillen – Schlechte Pillen* vorgestellt; es gibt noch mehr Zeitschriften, wo unabhängige Informationen erteilt werden. 70 Prozent der Studien sind pharmagesponsert, aber dagegen können wir etwas tun. Informieren wir uns bei Studien, deren Autoren keine Interessenkonflikte haben. NeurologyFirst, eine Organisation in der Neurologie, fordert: In Leitlinienkommissionen dürfen keine Experten sitzen, die Interessenkonflikte haben.

### **Wolf-Michael Catenhusen**

Schönen Dank, Frau Fischer. Ich möchte jetzt den Podiumsteilnehmern die Möglichkeit geben, kurz aufeinander zu antworten.

### **Lothar Weißbach**

Wenn man in einer Leitlinienkommission arbeitet, und das pharmaunabhängig, sieht man, auch bei anderen Kollegen, dass sie einen Interessenskonflikt ausschließen, weiß aber, dass das wahrscheinlich etwas anders ist.

Wir haben in Deutschland etwa 300 sehr gute Onkologen. Sie sind alle in Leitliniengruppen aufgeteilt. Sage mir doch keiner, dass wir ohne Industrieabhängigkeit überhaupt noch eine Leitlinie schreiben könnten. Das würde sehr schwer werden, Frau Fischer. Italien hat uns das vorge-macht. Ein ärmeres Land, Italien, hat einen großen nationalen Gesundheitsfonds gebildet und finanziert daraus Studien. So etwas müsste in unserem reichen Land auch möglich sein. Das wäre ein Weg.

Aber zu sagen: Die sind alle industrieabhängig und wir können trotzdem eine Evidence-based-Medicine-Leitlinie kreieren, halte ich zurzeit für schwierig.

### **Jörg Blech**

Das ist aber ein interessantes Ziel. Wenn man sich die Lehrstühle für Psychiatrie in Deutschland anschaut: Das sind 40 Stück, die meisten Lehrstuhlinhaber, die Ordinarien, sind Männer, und von diesen 40 haben ungefähr 38 Verbindung in die pharmazeutische Industrie. Das ist Alltag. Wenn man heute als Oberarzt in so einer Abteilung aufwächst, ist es Alltag und völlig normal, dass man Vorträge hält und dafür persönliche Honorare von pharmazeutischen Firmen entgegennimmt. Das muss man erst einmal nicht bewerten; das ist Alltag, so läuft es.

Wenn man als Journalist dann zu den Professoren geht und fragt: Warum machen Sie das?, sagen die: Ich kann nichts anderes machen, das machen alle so.

Das Schöne ist: Es gibt mindestens zwei Professoren für Psychiatrie in Deutschland, die sagen: Ich mache da nicht mehr mit. Klaus Lieb in Mainz ist einer von ihnen. Er ist auch in MEZIS organisiert, und ich finde, das ist der richtige Weg. Herr Lieb sagt selbst (und hat auch darüber geschrieben): Wenn er Vorträge hält, kann er viel unbefangener urteilen, welches das richtige Medikament ist. Es gibt positive Beispiele in der Medizin, gerade in der Ärzteschaft, und das ist ein Grund, hoffnungsvoll zu sein und nicht zu sagen, wir müssen den Status quo akzeptieren.

### **Dr. Christiane Fischer**

Und es hat Konsequenzen. Ich habe eben die wissenschaftliche allgemeinmedizinische Vereinigung DEGAM [Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin] erwähnt.

Sie versucht Interessenkonflikte zu vermeiden und zeigt, dass es möglich ist. Die Leitlinien zu Diabetes sind völlig anders als die der interessengesteuerten Gesellschaft für Diabetologie; das ist frappierend.

Also es geht, man kann tatsächlich dagegen arbeiten. Einzelne Professoren zeigen es, Klaus Lieb ist ein Beispiel; es gibt viele weitere. NeurologyFirst versucht es erfolgreich in der Neurologie. Norwegen hat gerade CME-Fortbildungen verboten, die von der Pharmaindustrie gesponsert sind. Es geht. Fangen wir an.

### **Wolf-Michael Catenhusen**

Eine letzte Frage von mir: Wir haben staatlich auf der einen Seite das Arzneimittelzulassungsverfahren, wie Medikamente überhaupt auf den Markt gebracht werden können. Das andere ist die Bewertungsentscheidung, was von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird. Sehen Sie da einen Korrekturbedarf? Es wurde ja ein Beispiel genannt, dass ein Medikament in die gesetzliche Krankenversicherung übernommen worden ist, wenn ich das richtig verstanden habe.

### **Lothar Weißbach**

Da ist ein erheblicher Korrekturbedarf. Das AMNOG [Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz] ist nur ein Zwischenergebnis gewesen; auf dem ruhen wir uns jetzt aus. Herr Rösler hat damals das AMNOG aus Kostengründen veranlasst und wir als Expertengruppe hatten geglaubt, es gäbe noch eine Spätbewertung. Wir haben zurzeit nur eine frühe Nutzenbewertung und wissen nicht, was aus diesem Medikament in der Anwendung wird (sogenannte vierte Hürde). Ich halte es für eine Unterlassungssünde, dass wir keine Spätbewertung haben, an der sich der Preis, der initial festgelegt wurde, orientiert; das fehlt. Eine Novellierung des AMNOG ist dringend erforderlich.

### **Jörg Blech**

Das Phänomen ist auch gesetzt, wenn eine Krankheit gar nicht vorliegt, aber trotzdem behandelt werden kann. Noch einmal zum Testosteron: Der Leitfaden für den Arzt sagt, dass man es, wenn der Testosteronwert nicht zu niedrig ist, trotzdem als Lifestyle-Medikation anbieten kann; dann muss der Patient es selbst bezahlen.

Etwas Ähnliches sieht man bei der Behandlung von seelischen Leiden, wo es ein Phänomen geben soll wie die Urlaubskrankheit; Leute können nicht in den Urlaub fahren. Der Psychologe sagt selbst: Das ist keine Krankheit, aber ich kann Ihnen ein Coaching dazugeben. Das ist auch ein Absenken, wie wenn man sagt: Selbst wenn die Krankheit gar nicht vorliegt, möchte ich Sie behandeln. Es gibt auch Tipps für Hausärzte, wenn jemand Redebedarf hat und der Hausarzt sagt, es liegt keine depressive Episode vor, das ist keine Krankheit, dass er sagt: Egal, du kannst es aber trotzdem als Gespräch abrechnen. Dann muss der Patient es privat bezahlen. Auch das sieht man in der Medizin.

### **Lothar Weißbach**

Herr Blech, kein Testosteron bei normalem Testosteronwert im Blut. Denn das führt zu Nebenwirkungen und Schäden.

### **Jörg Blech**

Sie sehen es, viele andere auch. Aber es gibt die Möglichkeit der Ausweitung der Behandlungszone.

### **Christiane Fischer**

Ein Wort noch zum Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz AMNOG. Dort sehe ich auch das Problem (da stimme ich Ihnen zu), dass der Preis für ein Medikament erst nach einem Jahr festgelegt wird. Selbst wenn das Medikament sinnvoll ist – jetzt kam ein neues Hepatitis-C-Medika-

ment auf den Markt für geschlagene 60.000 Euro, und erst nach einem Jahr wurde der Preis auf 43.000 Euro reduziert. Das halte ich für einen Skandal.

### **Wolf-Michael Catenhusen**

Das ist allerdings ein Thema, was nicht nur für neue Krankheiten gilt, sondern auch für neue Therapieansätze für bekannte Krankheiten.

### **Herr Bär**

Bis vor zwei Stunden habe ich noch ins gleiche Horn gestoßen wie die Podiumsgäste, gegen Pharma und gegen erfundene Krankheiten. Aber Ihre Erklärungen haben mir bewiesen, dass es klug ist, erfundene Krankheiten in die Welt zu setzen: Denn so wie Sie sich ins Zeug legen, diese erfundenen Krankheiten mit guter Fachkunde zu untersetzen und auf ihre Absurdität hin zu erklären, so viel Enthusiasmus hätte ich mir die letzten 20 oder 30 Jahre von Ärzten gewünscht. Fazit: Die erfundenen Krankheiten tun uns gerade einen Riesengefallen.

Gestatten Sie mir: Wenn ich mit den Ärzten und Fachkollegen, die ich kenne, ins Gespräch komme – sie ertrinken in ihrer jeweiligen Fachkategorie in unwahrscheinlich vielen Fachbegriffen, die sie selbst nicht einmal abgrenzen können. So erschreckend ist unsere Situation derzeit. Wir müssen alle erst einmal wachrufen. Sieht man das hier nicht genauso?

Der zweite Punkt: Ich bin Praktiker. Wenn die Ärzteschaft auf Patienten stößt, die zum Hypochonder neigen oder anfällig sind für die vielen hohlen Blasen und erfundenen Krankheiten, sollten wir nicht vielleicht einen Schritt überspringen und in Zukunft in der Schublade einen Kursus haben, den man dieser Person an die Hand gibt, und sagen: Pass auf, hier ist bezogen auf dein Krankheitsbild ein kleiner Verfahrensweg,

der dich auf die realistische Relevanz deines Krankheitsbildes hinführt, sodass du in dieser Frage mit mir auf Augenhöhe weiter diskutieren kannst? Wir müssen in diesen Schritt einmal rein. Diese zwei Punkte wären zu klären, danke.

### **Catenhusen**

Danke. Zunächst noch einige Wortmeldungen.

### **Michael Wunder**

Ich glaube, es gibt in dieser Diskussion das Problem, von welchem Krankheitsbegriff ausgegangen wird. Herr Blech, Sie sagen fast empört: Dann wird das zu einem Behandlungsgespräch, wenn der Hausarzt ein typisch soziales Problem behandelt. In der Sozialmedizin wird wirklich nach der Symptomatik und natürlich der Verursachung der Symptomatik behandelt, wenn es nicht medikalisiert werden darf, sondern wenn es zum Beispiel durch ein Gespräch oder eine Weiterverweisung behandelt wird. Trotzdem ist das etwas, was Patienten wünschen, wie sie behandelt werden.

Man müsste am Anfang sagen, dass Einigkeit darüber besteht: Medikalisierung sozialer Probleme ist abzulehnen, aber die Behandlung von Problemlagen, mit denen Menschen in Praxen oder zu Coachs kommen [... unverständlich, ohne Mikrofon]

Kern der Frage ist: Herr Blech, von welchem Krankheitsbild geht die Argumentation, die Sie vertreten, aus? Bei Ihnen, Herr Weißbach, habe ich es so verstanden, dass Sie diese Problematik dadurch überwinden, dass Sie sagen: natürlich nicht nur der Laborwert, sondern wir überprüfen die Gesamtsymptomatik, die Lebenssituation durch eine Befragung. Sie springen sozusagen über diese Frage hinweg, indem Sie eine Mischkalkulation oder ein Screening aller möglichen Faktoren machen. Aber im Grunde haben Sie das

gleiche Problem: Sie müssten Rechenschaft darüber ablegen, ob Sie von einem sozialen oder biologischen Krankheitsbegriff ausgehen.

### **Jörg Blech**

Das ist eine wichtige Anmerkung. Ich glaube, dass das Krankheitsbild, von dem ausgegangen wird, wenn solche Zustände therapiert werden, in der Regel ein biologisches ist. Es gibt den Trend der Verwandlung sozialer Probleme in medizinische Probleme. Das sieht man an zwei Beispielen sehr gut:

Auf der einen Seite haben Menschen, die langzeitarbeitslos sind, eine höhere Rate an Diagnosen für psychische Erkrankungen. Da gibt es zum Beispiel eine Krankheit, die posttraumatische Verbitterungsstörung, die noch nicht offiziell anerkannt ist, aber ich habe eine Frau gesprochen, die diese Diagnose bekommen hat. Sie hat gesagt: Ich glaube nicht, dass ich krank bin, sondern ich will eigentlich einen Job haben. Ich habe die Frau später wieder angerufen; sie hat eine Stelle gefunden und war dann wieder gesund.

Jetzt könnten Sie sagen, das ist ein anekdotischer Evidenzeinfall. Es gibt aber in Bremen einen Psychologen, der das wissenschaftlich untersucht hat. Er hat mit vielen langzeitarbeitslosen Menschen Interviews geführt und gesehen, dass es den Leuten nicht gut geht. Sie haben keine posttraumatische Verbitterungsstörung – wo immer mitschwingt, dass das eine Art hirnorganischer Schaden sei –, sondern er sagt: Sie leiden unter der Umwelt, weil sie keine Arbeitsstelle finden. Und auch er hat die Beobachtung gemacht, dass sie, sobald sie eine feste Stelle bekommen, über Nacht geheilt sind und die Symptome abklingen.

Das zweite Beispiel sehen wir in den Schulen. Mehr als ein Drittel der Grundschüler sind in Therapie. Diese Kinder haben oft Probleme, aber in aller Regel sind das soziale Umweltprobleme

mit der Familie. Die Probleme werden festgestellt beim Kinderarzt, der auch ein Heilmittel verschreibt, zum Beispiel eine logopädische Behandlung. Diese ist auch sinnvoll, löst allerdings das Problem nicht, weil es ein Tropfen auf den heißen Stein ist. Aber da schwingt auch mit, weil auch die Zahl der ADHS-Diagnosen nach oben geht, dass das Problem eigentlich beim Kind liegt, und es wird ausgeblendet, dass die Problematik in der Umwelt liegt.

Das sind zwei Beispiele – Langzeitarbeitslose und Grundschüler – dafür, dass es einen Trend gibt, soziale Probleme in das angeblich medizinische Problem des Einzelnen umzuwandeln.

### **Wolf-Michael Catenhusen**

Also sollte sich die Schule mehr um die Eltern der kleinen Kinder kümmern; das muss nicht unbedingt durch Ärzte ersetzt werden. Herr Weißbach, Sie waren direkt angesprochen.

### **Lothar Weißbach**

Ich oder wir in meinem Gesundheitszentrum sehen im Jahr etwa 400 bis 500 Männer. Wir haben sechs Rezepturen ausgeschrieben im Jahr 2014 (ich habe das in Vorbereitung auf diese Tagung noch einmal rekapituliert). Diese Männer sind wegen eines Testosteronmangels behandelt worden. Es war keiner dabei, der nur wegen einer Erektionsstörung behandelt wurde, sondern es waren alles Männer, die symptomatisch wurden und einen Behandlungsanspruch hatten. Das zeigt ungefähr die Relation. Ich bin weit davon entfernt, aufgrund eines Laborwertes eine Therapie einzuleiten.

### **Peter Dabrock**

Weil mir diese Robin-Hood-Einstellung, die Sie beide repräsentieren, sympathisch ist, möchte ich noch einmal nachfragen, was denn Ihr persönlicher Disclaimer im Blick auf Interessengeleit-

heit, Nicht-Interessengeleitheit ist. Ich habe den Eindruck gehabt: *hier* die Interessen, weil böse Pharma, und *hier* keine Interessen, weil Kampf für die kleinen Leute.

Aber das muss sich natürlich auch refinanzieren. Auch wird man bestimmte Erwartungen von Mitgliedern des Vereins bedienen müssen, dass vielleicht ein bestimmtes Skandalisierungsniveau gehalten wird, dass bestimmte Dinge auch nicht, aus dem industriellen Komplex herauskommend, nicht nur einen Gewinn erzeugen, sondern auch noch etwas Positives für die Gesellschaft bringen. Da würde mich interessieren, wie Sie das reflektieren, ebenso mit Blick auf den Journalisten, der Aufmerksamkeit generieren und dabei auch noch Bücher verkaufen kann.

### **Christiane Fischer**

Es gibt in den USA den Physician Payments Sunshine Act. Er besagt, dass sämtliche finanziellen Verbindungen von allen Ärzten und Ärztinnen wie auch von allen Pharma-Unternehmen offengelegt werden müssen. Im Deutschen Ärzteblatt müssen Interessenkonflikte inzwischen offengelegt werden wie in den meisten anerkannten medizinischen Zeitschriften. Das ist sicherlich ein guter erster Schritt. Aber er reicht nicht, Transparenz ist nicht alles. Wenn ich damit werbe, wie viel Geld ich bekomme, ist es transparent. Transparenz, wirkliche, eindeutige Offenlegung von Interessenkonflikten in sämtlichen wissenschaftlichen Zeitschriften wäre für mich ein erster Schritt.

In einem zweiten Schritt kann die entsprechende Fachgesellschaft entscheiden, so wie es jetzt NeurologyFirst im Bereich Neurologie getan hat. Es gibt niemanden ohne Interessenkonflikt, jeder Mensch hat Interessenkonflikte. Aber die betreffende Fachgesellschaft kann dann entscheiden: Können wir mit den offengelegten Interessen-

konflikten eine Leitlinie bearbeiten? Das wäre für mich der Schritt hin zu einer transparenten, unabhängigen Leitlinie.

Ich habe auch Interessenkonflikte; jeder hat Interessenkonflikte. Ich bin zum Beispiel Mitglied der Palliativstiftungen und habe insofern einen Interessenkonflikt, was Suizidbeihilfe betrifft. Den lege ich aber offen.

### **Reinhard Merkel**

Herr Blech, ich glaube, dass die Dinge, die Sie als wissenschaftlicher Journalist tun – solche Geschichten ausrecherchieren und transparent machen –, sehr wichtig sind. Ich habe aber trotzdem ein leises Unbehagen angesammelt, als ich Ihnen zugehört habe. Das ist nicht leicht zu formulieren, aber ich glaube, dass Sie in zweierlei Hinsicht einen suggestiven Überschuss mitliefern.

Erstens im Hinblick auf mentale Erkrankungen, wo die Dinge so simpel nicht sind und wo es durchaus ein erhebliches Risiko gibt, dass Leute, die sich genieren, weil sich ihnen ihr Befinden selbst irgendwie seltsam vorkommt und es nicht anerkannt ist als etwas, womit man unbefangen zum Arzt gehen kann – dass den Leuten kein Gefallen damit getan wird, immer zu warnen vor jedem neuen klinischen Bild, vor jeder neuen medizinischen Indikation, die entsteht.

Der andere Überschuss bezieht sich darauf, dass die Diagnose, die Sie mit dem verbinden, was Sie darstellen – nämlich dass es ein erhebliches gesellschaftliches Risiko gibt, dass wir mit Hokusfokus bedient werden –, weitgehend entschärft werden kann mit dem Monitum von Thomas Schramme, dass wir trennen sollten zwischen der Eintrittskarte in die Solidargemeinschaft, die das bezahlt, was wir wollen, und der Diagnose von neuen ungunstigen Befindlichkeiten, die man krank nennen mag oder nicht. Das meldet sich aus in der weltweiten Diskussion.

Das ist mein letztes Stichwort. Das Risiko, dass wir von Seiten der interessierten Industrie mit zu viel Hokusfokus konfrontiert werden, müsste ja ein weltweites Risiko sein. Die Medizin, soweit sie Wissenschaft ist, ist eine, die nach universellen Standards überall auf der Welt entwickelt und betrieben wird. Würden Sie so weit gehen, zu sagen: Das wird uns weltweit von der Pharmaindustrie untergejubelt? Es gibt in Köln an der medizinischen Hochschule ungefähr 10.000 medizinische Zeitschriften, die sich halten. Sind alle unterströmt von diesem Risiko? Wenn man dieses Risiko universalisiert, frage ich mich, wann die Verschwörungstheorie beginnt.

### Jörg Blech

Ich kann Sie beruhigen: Ich bin kein Anhänger von irgendwelchen Verschwörungstheorien, sondern ich bin der Aufklärung verpflichtet. Der erste Schritt ist, dass ich als Journalist die Dinge, die ich aufdecke, und die Zusammenhänge, die ich sehe, auf die ich auch von vielen Ärzten hingewiesen werde, offenlege, weil es ein wichtiges, interessantes Thema ist, das uns alle berührt.

Wenn man journalistisch arbeitet und dies abträgliche Ergebnisse haben könnte, wäre es falsch, die journalistische Arbeit einzustellen. Es ist wichtig zu differenzieren; wir brauchen die Binnendiskussion. Das ist ja gerade das Phänomen der Medikalisation, dass man ein Kontinuum hat: ADHS ist eine Krankheit, aber sie wird aufgebauscht. Das muss man in der Diskussion immer wieder bedenken. Deswegen erfolgt in der medizinischen Literatur genau diese Diskussion, und aus diesem Grund bin ich mitnichten ein Anhänger einer Verschwörungstheorie. Denn mein Buch, konkret *Die Krankheitserfinder*, gründet vor allem auf den Arbeiten von Ärzten, Psychologen und Soziologen. Dieses Wissen ist bekannt, es beschreibt einen Trend der Medikali-

sierung. Diese wird nicht unter der Decke gehalten, aber viele Menschen wissen es nicht. Das ist richtig, und ich glaube, es ist eine wichtige Aufgabe, darüber aufzuklären.

### Christiane Woopen

Mir scheint es wichtig zu sein, zwischen Werbung und Forschung zu unterscheiden. Wenn Pharmafirmen versuchen, über PR-Maßnahmen neue Krankheiten zu etablieren, ist es das eine. Wenn Pharmafirmen aber Forschung initiieren oder Medikamente beforschen, liegt das eigentlich in unserem Interesse, denn wir alle haben ein Interesse daran, dass neue Medikamente entwickelt werden. Das ist nicht verwerflich.

Die Frage ist: Wer wertet denn die Daten aus? Wer hat die Hoheit darüber, die Daten zu sammeln und zu schauen, dass sie lang genug gesammelt werden, dass die Darstellung der Daten nicht nach zwei Jahren abgebrochen wird, weil es danach ungünstig – Das heißt, da muss man viel differenzierter herangehen.

Was mir manchmal drin zu sein schien: Wenn Pharmafirmen etwas sponsern, ist das vom Teufel, oder wenn die etwas bezahlen, kann man sich nicht darauf verlassen. Das ist mir zu kurz. Diesen Kurzschluss möchte ich vermeiden. Denn man muss *mit* den Pharmafirmen arbeiten, weil sie schließlich eine Menge Gutes tun und bewirken können und weil wir darauf angewiesen sind. Wir könnten natürlich sagen, dass wir alles in staatliche Hand geben. Nur hat man dann eine Menge anderer Kollateralschäden und sicherlich eine erhebliche Innovationskrise.

Jetzt ist aber die Aufstellung der Forschungslandschaft und die Finanzierung eigentlich nicht das Thema unseres heutigen Abends. Deswegen würde ich gerne auf etwas zurückkommen, was auch Herr Quednow ansprach, nämlich das Pendel der Erklärung von Krankheiten, was ja auch

Forschung lenkt, also biologische oder soziale Ursachen psychischer Erkrankungen. Warum wird das eigentlich als Alternative gesehen? Ist es, wenn man sich den Menschen grundsätzlich anthropologisch anschaut, nicht völlig banal, dass alles, was im sozialen Bereich passiert, was der Mensch erlebt, wahrnimmt und tut, sich irgendwo biologisch niederschlagen muss? Wenn ich mich unwohl fühle, wird sich das in den Molekülen niederschlagen; wenn ich an gebrüllt werde, wird sich das molekular abbilden. Deswegen ist aber das Molekulare, wenn es irgendwo gefunden wird, nicht schon die Ursache. Also gehen wir nicht viel zu schnell dazu über, dass wir Symptome schon als Ursache konzeptionalisieren und damit in den Kurzschluss hineinkommen?

Das führt mich zu der Frage, die schon im ersten Teil angesprochen wurde: Wer soll denn nach Ihrer Vorstellung definieren, was eine Krankheit ist und was nicht? Und wer soll zum Beispiel dafür zuständig sein, zu prüfen, ob die Leitlinien für Diabetologie von der allgemeinmedizinischen Gruppe besser sind als die der anderen? Das wäre erst noch zu zeigen. Die Tatsache, dass es Interessenkonflikte gibt, ist ja nett. Aber es muss doch gezeigt werden, dass die anderen besser sind in patientenorientierten Endpunkten. Diese Fragen hätte ich gerne noch einmal in den Vordergrund gestellt.

### **Boris Quednow**

Auch wenn Sie gesagt haben, dass Sie auf die erste Bemerkung nicht weiter eingehen wollten, möchte ich trotzdem kurz etwas zu der Frage sagen: Was tut die Pharmaindustrie eigentlich Gutes für uns? Ich kann nur aus der Perspektive der psychiatrischen Forschung sagen, dass in den letzten fünf oder zehn Jahren die meisten großen Pharmaunternehmen ihre ZNF[?]-Sparten ent-

weder geschlossen oder massiv verkleinert haben. Warum? Ganz einfach: weil es ihnen nicht gelungen ist, in den letzten 50 Jahren neue Wirkmechanismen zu entwickeln. Alle Psychopharmaka, die wir heute haben, haben zwei Grundmerkmale. Erstens sind es allesamt Zufallsprodukte. Alle Produkte würden heute nicht mehr entdeckt werden, weil nach heutigen Regularien Substanzen schon für eine Indikation vorgesehen werden müssen. Wir würden eine Substanz, die vielleicht gegen etwas ganz anderes wirkt, gar nicht mehr erkennen; so sind alle Antipsychotika, alle Antidepressiva und die meisten Tranquillizer gefunden worden.

Das heißt: Die Pharmaindustrie zieht sich zurück. Warum? Weil wir es nicht geschafft haben, die biologischen Ursachen von psychiatrischer Erkrankung zu finden. Als das menschliche Genom entschlüsselt wurde, haben wir gedacht: In zehn Jahren kennen wir die molekularen Grundlagen der meisten psychischen Erkrankungen. Was ist daraus geworden? Nichts. Wir haben in der Psychiatrie kein einziges Risikogen entdeckt, das zur Vorhersage taugen würde. Und dass die Pharmaindustrie nun kein großes karitatives Engagement dabei zeigt, trotzdem psychiatrische Forschung zu betreiben, obwohl die Gewinnerwartungen wahrscheinlich relativ klein sind, hat sie bewiesen. Sie hat sich also zurückgezogen.

David Nutt, den Leiter der britischen Psychopharmakologischen Gesellschaft, kann man sehen, wie man will, aber er hat gesagt: Was ist das für ein Signal von der Pharmaindustrie? Das ist ein Signal, dass die Patienten aufgegeben werden. Wie sollen Betroffene das interpretieren, dass sich die Pharmaindustrie dort zurückgezogen hat?

Zur zweiten Frage: Ist nicht alles Biologie, was wir empfinden, was wir denken und wie wir uns verhalten? Da stimme ich Ihnen vollkommen zu. Das Problem ist nur, dass Umwelt und Biologie in einem so komplexen und komplizierten interaktiven Geflecht zueinander stehen, dass es schwierig ist, das zu entwirren. Vor 20 Jahren, als die biologische Psychiatrie Fahrt aufnahm, haben wir uns nicht vorgestellt, wie komplex das Gehirn eigentlich ist: Wir haben das Gen, wir haben Epigenetik, wir haben Mechanismen der Hoch- und Runterregulation von genetischen Prozessen bis hin zu makroskopischen strukturellen Anpassungsprozessen und dazwischen unzählige Ebenen. Jeder Forscher versucht nur eine dieser Ebenen zu beforschen, schaut aber kaum in die obere oder untere Ebene. Das vom Gen bis zum komplexen Verhalten zu beforschen ist mit den heutigen Methoden schlicht unmöglich. Wir haben uns einfach überschätzt. Ich sage nicht, dass man das nicht beforschen kann oder soll, im Gegenteil, wir müssen weitermachen. Aber wir müssen viel Demut entwickeln, kleinere Schritte machen und weniger versprechen, als wir es bisher getan haben.

#### **Frau N. N.**

Ich bin erfreut über das, was Sie gesagt haben. Es ist ja nicht nur so, dass sich die pharmazeutische Industrie zurückgezogen hat, wir haben in der Psychiatrie seit 30, 40 Jahren keine wesentlichen Fortschritte. Das gilt auch für die Neurowissenschaften, was die Psychiatrie angeht. Das National Institute of Mental Health sagt auch, dass das diagnostische Manual für psychiatrische Störungen für die psychiatrische Forschung ungeeignet sei. Das ist ein Fiasko. Wir haben im britischen Journal of Psychology eine breite Diskussion über die Krise der wissenschaftlichen Psychiatrie, die sich leider in Deutschland noch nicht abbildet.

Zweite Anmerkung: Christiane Fischer hat auf die norwegische Regelung zur ärztlichen Fortbildung, die nicht gesponsert werden darf, verwiesen. Der pharmazeutische Industrieverband Norwegens ist weiter als die deutsche Ärzteschaft, indem er etwa vor einem Jahr gesagt hat: Aufgabe der pharmazeutischen Industrie ist es, Medikamente herzustellen und zu bewerben. Die Aufgabe ärztlicher Fortbildungen liegt beim Staat. Norwegen hat ein staatliches Gesundheitssystem. Ich wäre froh, wenn die deutsche Ärzteschaft und die pharmazeutische Industrie auch in Deutschland zu einer solchen Schlussfolgerung kämen.

#### **Katrin Wolf**

Ich habe eine Frage. Frau Fischer sagte, dass Information und Werbung zwei komplett unterschiedliche Dinge seien. Das sehe ich auch so, habe aber keine Idee, wie man das trennen kann. Gibt es dazu Ideen?

#### **Rolf Kühne**

Rolf Kühne, ich bin niedergelassener Internist in Berlin. Vom Podium ist keine Reaktion auf den Beitrag von Ihnen gekommen, Frau Woopen, deshalb möchte ich kurz Stellung dazu beziehen.

Einerseits hatten Sie ja gesagt: Woher wissen wir, dass die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin bessere Argumente hat als die diabetologische Gesellschaft? Da sage ich: Dafür gibt es Belege. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin, in der im Übrigen sämtliche allgemeinmedizinischen Hochschullehrer Deutschlands vertreten sind, sagt Folgendes: Wir lassen bei unseren Leitlinien nur Studien zu, wo Endpunkte definiert sind, die einen patientenrelevanten Nutzen belegen – einen relevanten Nutzen für die Patienten, nicht für die Industrie. Das macht die diabetologische Gesellschaft nicht. Das heißt: Medikamente, von denen wir

den Nutzen nicht sehen (sie senken nur den Blutzuckerspiegel, aber die Leute leben nicht länger), werden in unserer Leitlinie nicht aufgenommen, zumindest nicht prioritär. Das ist der Unterschied; das ist eindeutig belegt.

Das zweite Argument. Sie sagen: Warum misstraut ihr so der Pharmaindustrie? (Ich pauschaliere jetzt etwas.) Auch dazu gibt es Belege: Warum hat sich die Industrie jahrzehntlang bis zum heutigen Tage geweigert, ihre Studien, die sie begonnen hat, in Register aufzunehmen, wo wir alle sehen können, welche Studien gerade laufen? Es wird nämlich eine Vielzahl von Studien nicht veröffentlicht. Warum nicht? Sie weigern sich. Schon das ist ein Argument, misstrauisch zu sein.

Außerdem sagt die Industrie ihren wissenschaftlichen Leitern, die die Studien durchführen: Passt auf, ihr dürft gern die Studien machen, aber über die Daten dürft ihr nicht verfügen, die bekommen wir, und was wir mit diesen Daten machen, damit hast du nichts zu tun. Das heißt, ein Professor, der diese Studie durchführt, den können wir anschließend nicht fragen: Du, kannst du mir mal ein paar Sachen sagen aus deiner Studie, wie ist das eigentlich zu bewerten? Das macht die Industrie ganz alleine. Das sind Argumente für mich, dass ich – ich bin 35 Jahre als Arzt tätig – sage: Ich traue keiner Studie, die durch die Pharmaindustrie gesponsert wurde.

### **Jörg Blech**

Ich habe eine Anmerkung zu den Hinweisen von Frau Woopen. Ich habe den Eindruck, Sie haben meine Kritik an der Pharmaindustrie übersteigert. Es geht konkret um persönliche Honorare. Es geht nicht um Forschungsgelder, sondern darum, inwiefern einzelne Ärzte persönliche Honorare auf ihr Privatkonto bekommen und inwie-

fern man das transparent macht oder nicht. Die deutsche Arzneimittelkommission macht das jetzt transparent; das ist ein guter Schritt.

Das Zweite: Sie hatten gefragt, wer soll entscheiden, ob es eine Krankheit ist oder nicht? Ich glaube, dass das eine wichtige urärztliche Aufgabe ist. Ich möchte zu einem Arzt oder einer Ärztin gehen, die sich gut auskennt und sagt, was zu tun ist. Es glaube, dass es auch eine Frage der ärztlichen Ethik ist, unsinnige Medikalisierung zu vermeiden. Wir sollten nicht nur über Leitlinien und philosophische Fragen nachdenken, sondern wirklich sagen, dass das eine urärztliche Aufgabe ist, und man sollte sein Bewusstsein schärfen, dass diese auch wahrgenommen wird. Ich wünsche mir einen Arzt, der auch mal sagt: Wir machen jetzt weniger, weil ich den Eindruck habe, dass es nichts bringt.

### **Christiane Fischer**

Pfizer hat in einem Lehrbuch veröffentlicht: „The purpose of data is to support marketing of our products“. Der Sinn von Datenerhebung für uns ist, das Produkt zu vermarkten. Ich habe noch mehr so schöne Zitate. Genau das ist der Unterschied zwischen Werbung und Information, und genau das hat auch Rolf Kühne so anschaulich dargestellt: Information versucht mit möglichst patientenrelevanten Daten endpunktunabhängig zu informieren, und ich kann mir dann überlegen, ob dieses Medikament, diese Therapie oder dieser Screening-Test gut für den Patienten oder die Patientin ist oder ob es mehr Schaden verursacht. Werbung versucht ein Produkt zu vermarkten. Darin kann Information enthalten sein. Das ist ja der Sinn von Werbung, dass sie geschickt Informationen damit verbindet, das Produkt zu vermarkten. Aber es ist eben zielgerichtet, das andere nicht.

Ich würde gerne ergänzen: Das, was Sie so schön für die Psychologie und Psychotherapie gesagt haben, gilt für viele Krankheiten. Prescrire aus Frankreich hat untersucht, wie viele Medikamente seit 1974 auf den Weltmarkt kamen; es waren ca. 1.600. 10 Prozent davon brachten einen therapeutischen Fortschritt, 10 Prozent vielleicht und 80 Prozent keinen. Ich finde diese Zahl beeindruckend und denke, wir müssen darum ringen, ob etwas eine Krankheit ist oder nicht. Auch mir sind Daten der Pharmaindustrie suspekt, aber ich denke, wir müssen uns bewusst machen: Diese Sachlage, wie sie ist, dass seit den Siebzigerjahren mehr und mehr Forschung in privater Hand liegt – sie wurde von Menschen gemacht mit dem Ziel, Produkte zu vermarkten. Und wenn sie von Menschen gemacht wurde, kann sie auch von Menschen wieder geändert werden. Davon gehe ich aus. Nach wie vor: Eine andere Medizin ist möglich.

### **Lothar Weißbach**

Ich stimme Herrn Blech zu: Es ist angemessen, weniger zu machen. Die Kunst des Weglassens ist für den Arzt eine Herausforderung, weil sie nicht vergütet wird.

### **Boris Quednow**

Ich möchte in Abgrenzung zu Herrn Blech sagen, dass eine Hypermedikalisierung und Überdiagnostik von psychischen Erkrankungen nicht nur ein Problem von Psychologen, Psychiatern und der Pharmaindustrie ist, sondern ein gesamtgesellschaftliches Problem. Denn wir haben die Erwartungen, die herangetragen werden; kein Medikament kann verkauft werden, wenn es nicht jemand auch nimmt oder mit einer gewissen Erwartungshaltung zum Arzt geht. Was ich glaube (als polemischer Schlusssatz): Jede Gesellschaft bekommt die Pharmaindustrie und die Gesundheitsindustrie, die sie verdient.

### **Wolf-Michael Catenhusen**

Meine Damen und Herren, lassen Sie zwei Schlussbemerkungen machen: Zum einen ist heute deutlich geworden, dass diese neuen Krankheiten möglicherweise vor allem dann ein Problem sind, wenn ihre Ursachen nicht im eigenen Körper, in der Ernährung oder in den Umweltbedingungen klassischer Art liegen, sondern in der Wechselwirkung mit dem sozialen Umfeld der Menschen. Denn was ist eigentlich unsere Risikovorsorge? Wir machen Gesundheitspolitik, wir machen Umweltpolitik, um die Gesundheit der Menschen zu schützen. Was ist eigentlich unsere Sozialpolitik, die im Grunde genommen davor schützt, dass Menschen in ihrer Sozialbefindlichkeit zerstört werden oder sich zerstören lassen? Das hat auch mit dem Umgang mit Kindern in unserer Gesellschaft zu tun. Da haben wir offenkundig eine starke soziale Verantwortung, um zu verhindern, dass diese Störungen in wachsendem Umfang bei Kindern auftreten. Hier ist die Frage: Was ist eigentlich unsere Risikovorsorgestrategie, nicht nur unsere Behandlungsstrategie, wenn die Probleme eingetreten sind und physisch spürbar werden?

Natürlich ist dieses Feld auch Anlass, über die Strukturen und Funktionen der Akteure im Gesundheitssystem nachzudenken. Wir sind gut beraten, diese Fragen bei neuen Entwicklungen wieder auf den Prüfstand zu stellen, denn die Argumente zur Pharmaindustrie diskutieren wir auch in anderen Kontexten, etwa wenn es um Medikamente für die Dritte Welt geht.

Ich darf mich herzlich bedanken für diesen spannenden interdisziplinären Dialog unserer Experten, die wir heute eingeladen haben, für die lebhafteste Teilnahme an der Diskussion und für Ihr Interesse, denn wir haben heute ein intensives Gespräch geführt. Vielen Dank und Ihnen ein gutes Nachhausekommen.