

Hagen Kühn

## Arzt-Konsument-Verhältnis: Der gesunde Patient<sup>1</sup>

### *Risikofaktor-Medizin: Die Behandlung Gesunder*

Die bislang in Deutschland wenig wahrgenommene substantielle Kritik an der Prävention der Koronarkrankheit durch Senkung des Serumcholesterin in den international führenden Medizinzeitschriften muß vielen Beobachtern dieses Gebietes als geradezu sensationell erscheinen.<sup>2</sup> Das Erstaunen wird noch gesteigert durch die Tatsache, daß fast alle Argumente, Daten und Zweifel, die jetzt geäußert werden, schon während der Karriere der Cholesterinprävention in den achtziger Jahren zugänglich waren, ja sogar von ebendenselben Studien gestützt werden, auf die sich die Verfechter der Cholesterin-senkung selbst berufen.<sup>3</sup>

Der »Fall Cholesterin« ist kein Einzelfall sondern nur das bislang spektakulärste Beispiel für die Tendenz zur Ausweitung des medizinischen Handlungsfeldes auf die Behandlung von gesunden und symptomlosen Menschen. Wenn die Individualmedizin auf dem Gebiet der Primärprävention tätig wird, geht damit folgender Grundkonflikt einher. Ebenso wie die Behandlung von Kranken mit unmittelbar nicht wirksamen Mitteln häufig positive Placebo-Effekte nach sich zieht, müssen bei der Behandlung gesunder Menschen ohne Symptome, auf der Schadenseite über die Nebenwirkungen der verabreichten Medikamente oder Diäten hinaus, auch negative Placebo-Effekte veranschlagt werden. Dafür steht der auch in Deutschland rasch voranschreitende Bedeutungswandel von physiologischen Meßwerten (Cholesterinspiegel, Blutdruck u.ä.m.), die als statistisch ermittelte »Risikofaktoren« bei Gesunden gelten, zu behandlungsbedürftigen Körperzuständen und damit de facto zu Krankheiten. »Risikopersonen« werden entsprechend als Kranke bzw. Patienten etikettiert.<sup>4</sup>

Vom ethischen Aspekt her ist bei der sogenannten Primärprävention durch medizinische Behandlung zumindest eine Besonderheit gegenüber der Krankenbehandlung hervorzuheben: Die Individuen werden nicht aufgrund von pathologischer, sondern massenstatistischer Evidenz und nicht als Individuen, sondern als Angehörige einer Bevölkerungsgruppe behandelt. Dabei wird die Logik der ärztlichen Entscheidung bei der Abwägung von möglichem Nutzen und

Schaden gegenüber dem kranken Individuum übertragen auf die Behandlung gesunder Menschen als »Träger« von wahrscheinlichkeitsstatistisch errechneten »Risikofaktoren«. Wie auch bei der Primärprävention der Koronaren Herzkrankheit (KHK) durch Cholesterinsenkung deutlich wird, muß jeweils eine große Zahl von Menschen medikalisiert werden, um die Krankheit bei einer kleinen Anzahl von individuell unbekanntem, lediglich stochastisch ermittelten Menschen zu verhindern. Wir haben es also nicht mit einem kranken und leidenden Menschen zu tun, der um einer angenommenen Besserung willen die unerwünschten Schäden einer Behandlung in Kauf nimmt. Es gibt hier keine Krankheit, sondern nur eine Wahrscheinlichkeit (»Risiko«) und die überwiegende Zahl der »Risikopersonen« wird auch ohne Behandlung die entsprechende Krankheit wahrscheinlich nicht bekommen. Ihre Medikalisation wäre nur bei einer – im Vergleich zur Evidenz in der Krankenbehandlung – sicheren Beweislage hinsichtlich des Nutzens und der unerwünschten Folgen, durch Überlegungen im gesellschaftlichen Maßstab (Public Health) und auf der Grundlage informierter Freiwilligkeit gerechtfertigt.

Selbst wenn also die statistische Beziehung zwischen der Senkung des »Risikofaktors« und der Krankheitsentwicklung tatsächlich evident wäre (was offensichtlich beim Cholesterin nicht der Fall ist<sup>5</sup>), haben wir es mit einem sehr diffizilen und paradigmatischen Entscheidungsproblem zu tun. Im folgenden gehe ich einigen gesellschaftlichen Gründen dafür nach, daß die Cholesterinhypothese ausgehend von den USA trotz fragwürdigster wissenschaftlicher Evidenz eine Karriere von einer Forschungshypothese bis hinauf zur absolut gesicherten und gewissen Grundkenntnis moderner medizinischer Prävention machen konnte. Die Art der Gründe spricht dafür, daß der Cholesterin-Irrtum kein Einzelfall bleiben wird. Er geht aus einer politisch-ökonomischen und institutionellen Struktur hervor, die um die »Risikofaktormedizin« herum entstanden ist. Bereits in dieser Struktur ist das Vor-Urteil angelegt, Entscheidungsprobleme in Richtung auf die Erweiterung des durch Wissenschaft legitimierten medizinischen Handlungsfeldes zu lösen. Diese »systemischen« und strukturellen Bedingungen sind weit bedeutender als die offensichtlich vorliegenden Manipulationen. Es geht dabei nicht um »die Medizin« schlechthin, sondern um deren schleichende Integration in einen interdependenten »medizinisch-industriellen Komplex«, der größten Wachstumsbranche und Kapital-Anlagebereich der Vereinigten Staaten, dessen Existenzweise die Expansion ist.

*»Gäbe es Cholesterin nicht, so wäre es erfunden worden«*

Die bislang wohl materialreichste Zusammenstellung von Argumenten, Literatur und Hintergrundinformationen über den Aufstieg des Cholesterin im amerikanischen Gesundheitsbewußtsein zum »Killer Nummer 1« trägt den Titel: »Die Cholesterin-Verschwörung«. <sup>6</sup> Unter Sozialwissenschaftlern gilt es jedoch als höchst unfein, an »Verschwörung« auch nur zu denken. Zu Recht, denn solche Erklärungen dienen meist als Ersatz für die Analyse struktur- und prozeß-theoretischer Zusammenhänge. Das Verschwörungs-Tabu hat aber den Nachteil, daß die empirischen Verknüpfungen zwischen dem medizinischen Forschungsbetrieb um das Cholesterin und der Nahrungsmittel- und Pharmaindustrie, den großen medizinischen Einrichtungen, der Presse und Politik übersehen werden, obwohl dafür eine Reihe von Fakten angeführt werden können. <sup>7</sup>

Von vielen der prominenten Cholesterinwissenschaftler, etwa aus dem National Heart Blood and Lung Institute (NHBLI) (als der größten Forschungs[förderungs]einrichtung) und der American Heart Association (AHA), weiß man zum Beispiel, daß sie durchaus auch wirtschaftlichen Nutzen aus der Besorgnis ziehen, die sie durch ihre Veröffentlichungen verbreiten – angefangen vom Vertrieb der Diätkochbücher <sup>8</sup>, die in riesigen Auflagen erscheinen, über den »Verkauf« ihrer Namen an große Pharma- und Nahrungsmittelfirmen. Bei der Darstellung einer wissenschaftlichen Kontroverse sollte es üblich sein, über solche Hintergründe zu informieren.

Bekannt ist auch, daß z.B. der frühere Direktor der Framingham-Studie, Castelli, und der ehemalige Präsident der AHA, Gotto, Werbung für den Nahrungskonzern Procter and Gamble machen; der ehemalige Direktor der MRFIT-Studie <sup>9</sup>, Stamler, wirbt für die Frühstücksmüslis der »Quaker Oats Company«. Eine andere Art der Verquickung von Forschung und Einkommen liegt vor, wenn Angehörige des Forschungsestablishments Aktien solcher Gesellschaften besitzen, die von der Cholesterinpolitik entweder aus dem Nahrungs- oder dem Arzneimittelmarkt Gewinn ziehen. Das »Wall Street Journal« äußerte 1989 die Besorgnis, durch die Kombination von Aktienbesitz und Wissenschaft könne es zu Einseitigkeiten bei Arzneimitteltests (wie der cholesterinsenkenden Mittel) kommen. <sup>10</sup> Als Beispiel diene die frühere Präsidentin der American Heart Association von 1988, Healy, die Aktien der Firma Gentech kaufte, bevor sie die positiven Ergebnisse ihrer Studie über das Herzmittel »TPA« dieser Firma veröffentlichte. Aktien von Merck und Co.,

Produzent des viel verkauften cholesterinsenkenden Mittels »Lovastin«, sind ebenfalls in ihrem Besitz. Sie wurde dann Direktorin der »National Institutes of Health«, zu denen auch das NHBLI gehört und die 1992 insgesamt über einen Jahresetat von 11,4 Mrd. Dollar verfügten, eine Summe die größer ist als die gesamten deutschen Staatsausgaben für Forschung.<sup>11</sup> Arnold Relman, lange Zeit Chefredakteur des »New England Journal of Medicine«, hat zum Thema Aktienbesitz und Forschung wiederholt öffentlich geäußert, Tatsache sei, daß es fast alle tun.<sup>12</sup>

Die Erfolgs-Karriere der Cholesterinhypothese hätte allerdings auch ohne solche Verbindungen stattgefunden. Also nicht, weil es als unfein gilt, soll hier von Verschwörung nicht mehr die Rede sein, sondern weil eine Vielzahl politischer, ideologischer und ökonomischer Anpassungs- und Selektionsmechanismen der industriellen Marktgesellschaft das Industrieprodukt Medikament, verbunden mit ärztlichen Dienstleistungen der Diagnostik, Beratung, Verschreibung und Beobachtung, zum Idealfall der Prävention erhebt. Die Cholesterinhypothese hat die denkbar besten strukturellen Voraussetzungen, Anhänger zu finden und realisiert zu werden. Baker schrieb in der »New York Times«: »Wenn Cholesterin nicht existiert hätte, so hätte es erfunden werden müssen. Nun sagen einige Leute, es könne sein, daß es so war.«<sup>13</sup>

Natürlich ist die Cholesterinsenkung als Prävention der koronaren Herzkrankheit nicht »erfunden« worden. Ihre Karriere läßt sich systematisch nachvollziehen.<sup>14</sup>

### *Prävention basiert auf einer »normativer Ätiologie«*

Eine Vielzahl gesellschaftlicher Bedingungen für die Karriere der Cholesterin-Hypothese findet sich in einem Phänomen ausgedrückt, das ich »normative Ätiologie« nenne.<sup>15</sup> Um es verstehen, muß man sich von der landläufigen Meinung verabschieden, derzufolge sich Prävention auf wissenschaftliche Erkenntnisse und Vorstellungen über die Krankheitsursachen und deren Verteilung gründet. Meine Untersuchung der amerikanischen Präventionspolitik führten mich zur Gegenthese, die sich in Analogie zum darwinschen Evolutionsmodell ausdrücken läßt. Wie findet die gesellschaftliche »Zuchtwahl« von Präventionskonzepten statt? Die gesellschaftliche »Umwelt« selektiert und mutiert präventive Ideen, Ansätze oder Konzepte in einer Weise, in der nur die Angepaßtesten überleben. »Survival of the fittest« meint dabei das Überleben nicht des »Stärksten«, sondern

des am besten an den gesellschaftlichen Status quo *Angepaßten*. Die anderen scheiden auf dem Weg von der Idee über die Forschung zur Praxis entweder aus oder mutieren. Ergebnis dieser gesellschaftlichen, d.h. interessen- und machtdeterminierten »Zuchtwahl« ist dann nicht eine analytische, sondern eine normative Ätiologie, die sich – da Wissenschaftsförmigkeit Legitimationsbedingung für Gesundheitskonzepte ist – freilich als solche nicht zu erkennen gibt. Die Überlebensbedingungen eines Konzepts sind also primär abhängig von der Verträglichkeit der je spezifischen praktischen Handlungskonsequenzen mit dem gesellschaftlichen Status quo. Das jeder präventiven Intervention zumindest implizit zugrundeliegende Modell der Krankheitsentstehung ist damit nicht länger die unabhängige, sondern wird zur abhängigen Variablen.

Entsprechend hierarchisiert die normative Ätiologie die Überlebenswahrscheinlichkeit von Konzepten und Projekten nach Dimensionen der Krankheitsentstehung:

Auf der *ersten* Stufe mit den besten Überlebenschancen befinden sich Konzepte der Verursachung durch Erreger oder genetische Bedingungen, die zur pathogenen Mikroereignissen im menschlichen Körper führen; dies ist das ureigene Feld der Medizin. Das Muster heißt: aus dem unveränderten Feld wird das Agens entfernt.

Es folgen *zweitens* jene »Risikofaktoren«, die unmittelbar ein individuelles »Fehlverhalten« sind. Die Ursachen verbleiben beim Individuum, befinden sich dort aber auf der Verhaltensebene, die in der dominierenden Sichtweise wiederum auf Faktoren des sogenannten »Lebensstils« reduziert werden. Typische Schwerpunkte lebensstilorientierter Prävention sind:

- Raucherprävention und -entwöhnung,
- Alkoholeinschränkung,
- Jogging, Schnellgehen, Gymnastik,
- Gewichtskontrolle,
- Ernährungsumstellung: weniger oder keine tierischen Fette, weniger Zucker und Kochsalz, mehr Ballaststoffe,
- Erlernen von Entspannungsübungen gegen »Streß«.

Deutlich schlechtere Überlebensbedingungen haben es dann auf der *dritten* Stufe chemische und physikalische Faktoren der physischen Umwelt, zum Gegenstand gesundheitsbezogener Interventionen zu werden. Zwar werden solche Risiken im Zuge des Umweltbewußtseins häufiger thematisiert, aber häufig gibt die Öffentlichkeit sich mit dem Medienereignis zufrieden.

Am schlechtesten bestellt ist es *viertens* schließlich um die Chance von gesellschaftlichen Bedingungen und Verhältnissen, zum Gegenstand präventiver Interventionen zu werden. Nirgendwo ist das Geld knapper, sind die Legitimationskosten höher und die Beweislast schwerer als bei Versuchen, in Bereiche wie Arbeit, Verkehr oder Wohnbedingungen oder soziale Probleme wie Armut, Erwerbs- oder Machtlosigkeit unter Gesundheitsaspekten zu intervenieren.

Die »Zuchtwahl« der Präventionskonzepte erfolgt nicht nur durch Selektion (d.h. Faktoren der oberen Stufen überleben nicht), sondern auch durch Mutation, d.h. Faktoren verändern sich und werden zu solchen der unteren Ebenen. Beispiel einer Mutation bietet der Bedeutungswandel des Begriffes »Streß« von einer arbeitsstrukturellen Ursache zur mangelhaften Fähigkeit des Arbeitnehmers, sich entspannt zu verhalten.

Da dieser Reduktionismus der normativen Ätiologie letztlich herrschaftsbedingt ist, ist es auch kein Wunder, daß die Tendenz, Gesundheitsprobleme zu individualisieren und den unteren Verursachungsebenen (Körper und Psyche) zuzuordnen, in herrschaftlichen, d.h. politisch konservativen Zeiten zu- und in Reformperioden abnimmt. Auch das läßt sich empirisch leicht nachvollziehen.

### »Lifestyle«-Prävention, Healthismus und Medikalisation

Entgegen des sorgfältig gepflegten Glaubens ist der überwiegend praktizierte Lebensstil-Ansatz keine Alternative zur Medizin, sondern ihr Vorhof. Er macht medizinische Dienste nicht überflüssig, sondern weitet sie aus. So kann die Cholesterinsenkung auch als eine *Re-Medikalisation* der lebensstilbezogenen Prävention angesehen werden. »Risikofaktoren« wie das Cholesterin-Molekül sind auf der untersten Ebene der normativen ätiologischen Pyramide angesiedelt, finden also prinzipiell begünstigende Bedingungen vor. Es handelt sich – in der Analogie zum Evolutionsmodell – um die Mutation der Verhaltensursache »Fehlernährung« (zweite Ebene) zurück auf die Ebene der Mikroereignisse im menschlichen Körper.

Die subjektive Entsprechung dieser Doktrin auf der Seite der Bürger nenne ich, angelehnt an Zola und Crawford, »Healthismus«. Damit ist die ständige Besorgtheit um und die Befassung mit der persönlichen Gesundheit als einem primären, oft *dem* primären Mittel zur Erreichung von persönlichem Wohlbefinden gemeint. Das ist ebensowenig Polemik wie es etwa eine nur amerikanische Erscheinung ist. Die Verhaltensimperative des Lifestyle-Konzepts der

Prävention und Gesundheitsförderung (Ernährungsumstellung, Sporttermine, Verzicht, Informationsbeschaffung usw.) erfordern notwendigerweise eine healthistische Einstellung oder bleiben wirkungslos. Es kann ohne dieses permanente Besorgtsein um die Gesundheit gar nicht realisiert werden.

### *Medizinisch-industrieller Komplex*

Der Lebensstilansatz weist ein Höchstmaß an Kompatibilität zum Medizinbetrieb auf. Mehr noch: Wenn es diesem gelingt, die ohnehin reduzierten und verdinglichten subjektiven »Risikofaktoren« in einem weiteren Schritt auf meßbare physiologische Parameter zu reduzieren (Fehlernährung auf Cholesterinspiegel) dann können mit dem Lebensstilkonzept die Handlungsgrenzen der Individualmedizin bis weit in das Freizeitverhalten symptomloser Menschen hinein vorgeschoben werden.

Darauf haben Kritiker der Risikofaktor-Medizin schon früh hingewiesen.<sup>16</sup> Heute geht es aber darum zu erkennen, daß die medizinische Prävention in eine äußerst dynamische institutionelle Struktur eingespannt ist, die ihrer Seinsweise nach expansiv ist.

Da ist zunächst die um das Cholesterin herum entstandene *Infrastruktur* aus Nationalen Komitees, Spezialisten und speziellen medizinischen Zentren, der pharmazeutischen Industrie, der multinationalen Nahrungsmittelkonzerne etc. Um nur die folgenden zu nennen: Im institutionellen Zentrum der amerikanischen Cholesterinpolitik stehen das NHLBI und die American Heart Association (AHA). Während das NHLBI im Rahmen der National Institutes of Health (NIH) die einschlägige Forschungspolitik dominiert, kümmert sich die American Heart Association um die praktische Umsetzung der Cholesterinpolitik. Diese Organisation unterhält im ganzen Land insgesamt 56 Nebenstellen mit hauptamtlichen Mitarbeitern, die Zahl der freiwilligen Mitarbeiter wird auf drei Millionen beziffert. Fast ist es überflüssig, die zahlreichen direkten Verbindungen zwischen Medizin, Forschung und Wirtschaftsinteressenten zu erwähnen; so ist z.B. der Verband der Pharmazeutischen Industrie im Koordinierungsausschuß des National Cholesterol Education Programm und Medienkampagnen der American Medical Association zur Cholesterinprävention wurden von interessierten Firmen finanziert.

Da dies in Deutschland nachgeahmt wird, muß auf zumindest eine Besonderheit des amerikanischen Systems hingewiesen werden, bei

der es sich möglicherweise nur um Entwicklungsvorsprung handelt: Es ist dies der »medizinisch-industrielle Komplex«. <sup>17</sup> Das ist kein Schimpfwort, sondern bezeichnet Interdependenzen und Verflechtungen sowie die allmähliche Transformation der Medizin in eine unmittelbare Anlagensphäre von Kapital. Vielleicht noch nicht vorrangig, aber mit der starken Tendenz zur Vorrangigkeit geht hier die Macht der medizinischen Profession allmählich über in die Macht von medizinischen Institutionen, die von Kapitalanlegern finanziert werden.

Der das Arzt-Patient-Verhältnis nach wie vor dominierende Arzt wird nun seinerseits durch Institutionen mit Systemcharakter kontrolliert, sei es durch Systeme der Kapitalverwertung wie die großen Krankenhausketten, an die er vertraglich gebunden ist, sei es, daß sich seine »Selbständigkeit« in sogenannten Managed-Care-Arrangements verflüchtigt, oder sei es, daß er gegen Stunden- und Leistungslohn als »McDoctor« ambulante Patienten in einem nahe oder innerhalb eines Einkaufszentrums gelegenen Medical Care Center behandelt. <sup>18</sup>

Entgegen allen staatlichen und privaten Restriktionen ist die ökonomische Bedeutung – sowohl unter dem Gesichtspunkt der Größe als auch unter dem der wirtschaftlichen Macht – des medizinischen Versorgungssystems enorm gewachsen und hat weiterhin steigende Tendenz. Über 13 Prozent des Bruttosozialprodukts der USA wurden 1991 privat oder öffentlich für die kurative medizinische Versorgung ausgegeben. Das entspricht mit rund 1,5 Billionen DM etwa der Hälfte des deutschen Bruttosozialprodukts. Während noch immer der freischaffende Arzt in der Einzelpraxis mit Belegbetten im nahegelegenen Krankenhaus das Bild der praktischen Medizin bestimmt, setzt die solchermaßen organisierte Verwertungsökonomie der ärztlichen Profession zunehmend die Bedingungen, grenzt ihre Autonomie ein und drängt viele Ärzte in neue und teilweise ganz direkte ökonomische Abhängigkeitsverhältnisse. Der Medizinssektor ist mit seinen rund 10 Millionen Beschäftigten größer geworden als jede andere Industriebranche. Er hat sich mit seinen Verflechtungen und Interdependenzen von kommerziellen und gemeinnützigen Institutionen der Medizin, dem medizinischen Wissenschaftsbetrieb, den industriellen Zulieferern, dem Versicherungsgewerbe und dem Staatsapparat bislang als resistent erwiesen gegenüber allen privaten und staatlichen Steuerungs- und Kontrollversuchen zur »Kostendämpfung«. Während die USA in der Zeit zwischen Mai 1990 und 1992 volkswirtschaftlich ein Verlust von 1,8 Millionen

Arbeitsplätzen registrierte, sind im Gesundheitssektor 639000 neue entstanden.<sup>19</sup> Der Healthismus, das permanente Besorgtsein um und die Befassung mit der persönlichen Gesundheit finden hier einen institutionalisierten Ausdruck.

Die im Fall Cholesterin modellhaft aufscheinende neue politische und ökonomische Struktur kann nur in diesem Kontext ihres Herkunftslandes USA verstanden werden. Nicht mehr nur die materiellen Produkte und Investitionsmittel des Medizinbetriebes, sondern die Medizin selbst wird in das wirtschaftliche System der Kapitalverwertung integriert.<sup>20</sup> Damit ist sie auf Gedeih und Verderb dem zentralen Imperativ des gegenwärtigen Typs der Kapitalverwertung unterworfen: Nicht mehr das Sparen (Verzichten), um akkumulieren zu können, ist das primäre Existenzproblem der modernen Kapitalökonomie, sondern die expansive Erschließung neuer Absatz- und Anlagemöglichkeiten; also nicht die »Überwindung der Knappheit«, von der die Mainstream-Gesundheitsökonomien noch immer reden, sondern die Abwesenheit von Knappheit und deren immer neue Schaffung diktiert diesen medizinisch-industriellen Komplex.

Große Kampagnen, wie z.B. das »National Cholesterol Education Program« und das »National High Blood Pressure Program«, sorgen dafür, daß sowohl die Furcht vor dem »Risiko« als auch das Vertrauen in die Fähigkeit der Medizin, es zu »managen« groß genug sind. Ein Beispiel: Nach der Veröffentlichung der Ergebnisse des Lipid Research Clinic Trials, die als Bestätigung der Cholesterin-Strategie interpretiert wurden, sowie der im Anschluß daran veranstalteten Konsensus-Konferenz des National Heart Lung and Blood Institute, die dieser Interpretation Gewicht verleihen sollte, wurde eine Medienkampagne breitester Art veranstaltet. Eine Studie maß deren Auswirkungen auf das Arztverhalten. Sie waren durchschlagend, vor allem wenn man bedenkt, wie langwierig in der Regel soziale Verhaltensänderungen sind, wenn sie nicht auf eine dafür geeignete normative Struktur treffen.

Man verglich die Ergebnisse von Arztinterviews 1986 (nach der Kampagne) mit denen von 1983 (vorher)<sup>21</sup>:

Während 1983 39 Prozent der praktizierenden Ärzte meinten, die Reduzierung des Cholesterinspiegels habe »eine große Wirkung« auf die koronare Herzkrankheit, waren es drei Jahre danach 64 Prozent. Zum Vergleich: An eine Ursächlichkeit des »Typ A Verhaltens« glaubten noch 11 (1983: 18) Prozent und an »Streß« noch 18 (1983: 26) Prozent. Der Prozentsatz der Ärzte, die Cholesterinmessung als Teil eines ersten »Check-ups« anordnen, stieg von 79 Prozent 1983

(als nur 39 Prozent an eine Wirkung glaubten!) auf 87 Prozent. Bereits 1986 meinten 87 Prozent der amerikanischen Ärzte, daß die von der Konsensus-Konferenz empfohlenen Cholesterinwerte für die Initiierung einer Behandlung durch die wissenschaftliche Evidenz gerechtfertigt sei.

Die Interventionsschwellen haben sich zwischen 1983 und 1990 geradezu dramatisch gesenkt<sup>22</sup>: Der durchschnittliche Bereich des Cholesterinspiegels, von dem an Diät empfohlen wird, sank nach eigener Aussage der Ärzte, von 260 bis 279 mg/dL 1983 über 240 bis 259 mg/dL 1986 auf 200 bis 219 mg/dL 1990. Ein Medikament verschrieben die Ärzte 1983 im Durchschnitt ab 340 bis 359 mg/dL (das sind Extremwerte, die nur ein sehr kleiner Teil der Bevölkerung aufweist), 1986 ab 300 bis 319 mg/dL und bereits ab 240 bis 259 mg/dL 1990. Dabei greifen die Kardiologen als die spezialisiertesten Ärzte deutlich früher zum Rezeptblock als die Internisten und Allgemeinmediziner.

Die ökonomisierte Medizin (einschließlich des riesigen Bereichs der amerikanischen Medizinforschung) ist also in eine »systemische« Umwelt, eine politisch-ökonomische Struktur eingespannt, die man als Expansionsmaschine sehen muß. Da aber die Anzahl der kranken (und versicherten) Patienten begrenzt ist, werden alle Chancen genutzt, die Handlungsmöglichkeiten auf die noch Gesunden zu erweitern. Hier lassen sich mehrere expansive Entwicklungswege ausmachen: Zum einen bietet die rasant sich ausweitende Diagnose-Technologie täglich neue Möglichkeiten, Abweichungen von physiologischen Normwerten zu entdecken.<sup>23</sup> Die medizinische (vorwiegend statistische) Ermittlung von physiologischen Parametern als Risikofaktoren und ihre Behandlung als de facto-Krankheit wäre als weiteres zu nennen. Eine andere Variante, die ebenfalls die Primärprävention berührt, bezeichnet Payer als die »Medikalisierung von Lebensereignissen« wie der Geburt oder der Menopause (Prävention der Osteoporose) und ihre Behandlung.<sup>24</sup>

### *Healthismus als Nachfragestimulanz des Medizinbetriebes*

Die Medizin kann soziale Probleme der Gesundheit in subjektive Probleme von Individuen solcherart verwandeln, daß für ihre Lösung vermarktungsfähige Waren nachgefragt werden, einschließlich Therapien, Chirurgie, Arzneimittel, Gesundheitsnahrung, Sportkleidung oder Kuraufenthalte, um nur die typischen zu nennen. Aber wie jedes Warenangebot müssen auch diese auf ein subjektives

Bedürfnis stoßen, um realisiert werden zu können. – Es wäre sehr verkürzt, wollte man solche Verwandlungen von politischen und persönlichen Gestaltungsproblemen in wirtschaftliche Absatzmöglichkeiten lediglich unter dem Aspekt der Wirtschaftsinteressen sehen. Sie entlasten nämlich zugleich das politische System, dem sie »politische Kosten« (Konflikt, Zeit) ersparen (Dieser Umstand trägt stark zur impliziten normativen Ätiologie der Präventionspolitik bei). Nicht zuletzt kommen sie auch in hohem Maße den individuellen Bedürfnissen vieler Menschen entgegen:

Diese haben als Kinder der industriellen Marktgesellschaften in ihrer Mehrheit gelernt, auf das »magic bullet« oder den »quick fix« zu hoffen. Das Präventionsmedikament gegen den befürchteten Herzinfarkt entspricht auch dem spezifischen, am Vorbild der Maschine geschulten spezifisch instrumentellen Verhältnis der heutigen Menschen zu ihrem Körper. Und wieviel einfacher und der modernen Lebensweise durchschnittlicher Arbeitnehmer insofern angemessener ist ein Kaufakt und das Geldopfer als die tägliche Beschäftigung mit der persönlichen Gesundheit, die das healthistische Lebensstilkonzept erfordert. Was ist die regelmäßige Einnahme einer Pille zur Cholesterinsenkung gegen die Umstellung der Ernährungsweise (die zudem noch im Falle des Cholesterins ineffektiv ist) oder gegen zwei bis drei Termine in der Woche für Jogging oder Gymnastik?

Speziell auf dem Gebiet der Cholesterinsenkung greift der Healthismus tief in die Alltagswelt der amerikanischen Gesellschaft ein: Während seit den achtziger Jahren wieder viele Menschen im Land hungern, leiden andere unter der täglich erneuerten *Angst vor dem Essen*. Täglich wird in den Zeitungen und TV-Programmen darauf Bezug genommen; bei jedem Einkauf im Supermarkt bringt sie sich in Erinnerung, wenn beispielweise auf Nahrungsmitteln grell vermerkt wird, sie seien »cholesterol free«; die medizinischen Institutionen bieten über die Werbemedien ihre Dienste zur Bestimmung des »Wertes« an; es gibt eine »Know-your-number«-Bewegung. Präsident Bushs Gesundheitssekretär sprach von der Notwendigkeit eines »Kreuzzuges«. Dessen Ergebnis kann durchaus als eine Cholesterinhysterie bezeichnet werden.

Der Surgeon General Koop wird zitiert mit dem Satz: »Ich meine, das Schlimmste an den Cholesterinanstrengungen in diesem Land ist, daß sie 30 Millionen alte Menschen verängstigt, die um keinen Preis verängstigt sein müßten.«<sup>25</sup>

Ein früherer Präsident der American Heart Association (James),

sagt: »Am traurigsten ist es, Patienten in ihren siebziger und achtziger Lebensjahren zu sehen, die verängstigt sind von dem, was sie essen. Eines der ersten Dinge, das sie wissen wollen, ist die Höhe ihres Cholesterinspiegels. Ihre Besessenheit [obsession] mit Diät und Cholesterin ist eine nationale Tragödie.« Er spricht sogar von häufiger Fehlernährung bei alten Menschen, die befürchteten, ihr normales Essen werde ihr Cholesterin erhöhen.<sup>26</sup>

Im Leserbrief eines Arztes an das New England Journal heißt es: »Viele gesunde junge Männer sind verängstigt, frustriert und unglücklich, essen Haferkleie und Reiskleie, befolgen Diäten ohne Eier, Milch und Butter oder rotes Fleisch und schlingen Fisch hinunter oder die neueste cholesterinsenkende Modenahrung, weil sie, ihre Familie oder gar ihre Ärzte überzeugt davon sind, daß die Unsterblichkeit nur durch einen unrealistisch niedrigen Cholesterinspiegel gesichert ist.«<sup>27</sup> Wie kritisch ist ein Mensch (Kunde) gegenüber einem Produkt, mit dem er sich von den Verhaltenszumutungen der Lebensstilprävention »loskaufen« kann?

Einer der täglichen TV-Werbespots für ein pflanzliches Speiseöl bringt das ökonomische Spezifikum der medikamentösen Primärprävention exakt auf den Punkt: »Dieser Mann ist *ernsthaft krank* – und er *weiß es nicht*.« Die weibliche Werbeperson für Mazola-Öl sagt: »Ich dachte immer, mein Mann sei gesund, bis dann sein Doktor sagte, sein Cholesterin sei [dramatische Stimmfärbung]... 218!«<sup>28</sup> Es besteht erstens aus der Verwandlung eines physiologischen Parameters in eine Krankheit (»ernsthaft krank«) und bezieht so viele Menschen ein, wie es geht (einen Cholesterinspiegel von 218 mg/dL erreicht ein großer Teil der Bevölkerung). Zweitens wird die Körpererfahrung der Menschen außer Kraft gesetzt (»er weiß es nicht«, bzw. kann es nicht wissen).

Die Besonderheit der ökonomischen Struktur der medizinischen Primärprävention liegt also darin, daß die Sinnlichkeit der Menschen als nachfragelimitierender Faktor auf diese Weise ausgeschaltet ist. Normalerweise ist es am Patienten, seine Schmerzen und sein Unwohlsein einzuschätzen und über die Notwendigkeit eines Arztbesuches zu entscheiden. Bei der Risikofaktormedizin jedoch ist der medizinisch-industrielle Komplex mit seiner spezifischen Arbeitsteiligkeit zwischen medizinischer Versorgung, Medizinwissenschaft und Industrie in einer Position, von der alle anderen Branchen nur träumen können: Er bewegt sich sehr nahe am Ideal eines vollkommenen Anbietermarktes. Die Anbieter bestimmen den Bedarf und damit die Nachfrage. Die Gesundheitspropaganda ebenso wie der

ärztliche Rat findet in der Selbsterfahrung der Individuen keine Begrenzung, da ausdrücklich gesagt wird, man könne auf die eigene Symptomwahrnehmung nicht vertrauen und müsse zu einer Messung kommen.

Wichtig ist es zu erkennen, daß das *Mainstream-Modell* der lebensstilbezogenen Prävention bzw. Gesundheitsförderung und die Medizin nicht konkurrieren, wie das gern behauptet wird, sondern sich wechselseitig nähren. Das Medizinsystem propagiert den Wert der individuellen Gesundheit, die durch den Healthismus der Lifestyle-Propaganda zum Maß aller Dinge, sozusagen zum Megawert gesteigert wird. Die solchermaßen zum Lebenssinn schlechthin gewordene persönliche Gesundheit treibt wiederum die Medikalisierung voran. Der Healthismus, als ständige Sorge um die persönliche Gesundheit ist also weder eine irrationale Marotte noch amerikanische Folklore, sondern eine Erfolgsbedingung des gegenwärtigen Lebensstilansatzes in der Prävention. Dieser treibt – meist entgegen der eigenen Intention – dem Medizinsystem Kunden zu. Je stärker der healthistische Druck auf den Menschen lastet, desto stärker und unbeirrter müssen sie sich auf diese Weise entlasten. Die Prognosen, denen zufolge Prävention und Gesundheitsförderung der Medizin das – oder zumindest ein wenig – Wasser abgraben und die Kosten des Gesundheitswesens senken würden, erweisen sich in den USA, dem Land in dem sowohl die Lifestyle-Botschaften am weitesten verbreitet als auch die Expansionstendenz eines medizinisch-industriellen Komplexes ungebrochen ist, auch empirisch als falsch.

Die gesundheitspolitische Öffentlichkeit ist bei der medizinischen Primärprävention in einem Dilemma: Will man die Möglichkeit wirkungsvoller und effizienter primärpräventive Strategien durch die Individualmedizin nicht ausschließen, dann werden immer auch gesunde Menschen als »Risikopersonen« behandelt werden müssen. Es kommt dann unvermeidlich zu dem oben skizzierten besonderen ethischen Entscheidungsproblem der Risikofaktormedizin. Dieses ist, wie hier nur grob umrissen werden konnte, strukturell in Richtung Expansion (d.h. in diesem Falle: Nutzung der ausgeschalteten Körpererfahrung, des Vertrauens zur Medizinwissenschaft usw.) präformiert und kann in der Regel im Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung nur noch nachvollzogen werden. Ohne öffentliche (d.h. auch außerprofessionelle) Kontrolle des Prozesses der Ermittlung und Propagierung von Risikofaktoren und strenge Standards für deren medizinische Behandlung werden immer neue »Cholesterine« zu erwarten sein.

Korrespondenzadresse: Dr. Hagen Kühn, Wissenschaftszentrum Berlin  
Reichpietschufer 50, D-10785 Berlin

### Anmerkungen

- 1 Der Aufsatz ist die überarbeitete und erweiterte Fassung eines Referats, gehalten auf der internationalen Tagung »Cholesterin: Lebensverlängerung durch Einwirkung auf ein Molekül?« am Zentrum für interdisziplinäre Forschung der Universität Bielefeld vom 20.-21. September 1993. Wenn nicht anders vermerkt bezieht sich das folgende auf die Vereinigten Staaten. Vgl. ausführlicher dazu *Kühn, H. (1993): Healthismus – Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA, Berlin (edition sigma) 1993.*
- 2 Zu Literatur und Stand der Debatte vgl. *Kühn, H. (1993), 170-221; Borgers, D. (1993): Cholesterin: Das Scheitern eines Dogmas, Berlin (edition sigma) 1993; Im »Jahrbuch für kritische Medizin« s. Berger, M. (1993): Die Cholesterin-Kontroverse in der Primärprävention der Koronaren Herzkrankheit, (Bd.19), Hamburg, 67-85; Arnold, M. (1993): Ist die medizinische Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten möglich? (Bd.20), Hamburg, 164-176; Windeler, J./Gefeller, O. (1993): Primärprävention durch Cholesterinsenkung – Gibt es Belege für die Beeinflussung der Mortalität?, Bd.20, Hamburg, 177-188.*
- 3 Ich meine dabei die prospektiven Großversuche (»randomized controlled trials«), deren Methodik von allen Teilnehmern des Streits als diejenige der höchsten Zuverlässigkeit angesehen wird. Vgl. *Sackett, D.L. et al. (1991, 2nd ed.): Clinical Epidemiology, Boston, Toronto, London, 285ff.*
- 4 *Payer, L. (1992): Disease-Mongers: How doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick, New York.*
- 5 Zur Vermeidung von Mißverständnissen: Die hier interessierende Unhaltbarkeit der Cholesterinthese bezieht sich auf die *Primärprävention* der koronaren Herzkrankheit durch Senkung des Serumcholesterin. Ich spreche nicht von Sekundärprävention und ebenfalls nicht von der Behandlung der erblichen Cholesterinkrankheit.
- 6 *Smith, R.L. (1991): The Cholesterol Conspiracy, St.Louis.*
- 7 *Smith (1991), 125-144 und 235-248).*
- 8 Zum Beispiel *Griffin/Castelli (1988): God fat, bad fat: how to lower your cholesterol and beat the odds of a heart attack, Tuscon, zit. n. Smith (1991), 334).*
- 9 Die Abkürzung steht für »Multiple Risk Factor Intervention Trial«, dem weltweit aufwendigsten Großversuch zur Wirkung von Risikofaktorsenkungen, u.a. auch des Cholesterinspiegels.
- 10 *Chase, M. (1989): Mixing Science, Stocks Raises Question of Bias in the Testing of Drugs, Wall Street Journal v. 26.1.1989.*
- 11 *Fischer Weltalmanach 1993 (1992), Frankfurt/M., 326.*
- 12 Seit 1991 sind die Autoren des »New England Journal of Medicine« verpflichtet, solche Verbindungen, die den Gegenstand ihres Themas berühren, anzugeben.
- 13 Zit. nach *Payer (1992), 171.*
- 14 Betonen möchte ich, daß es zum Verständnis hier interessierenden Zusammenhänge ganz unwichtig ist, ob die damit verbundene wissenschaftliche Legitimation objektiv richtig oder falsch ist.

- 15 Vgl. dazu ausführlich, *Kühn, H. (1993)*, 118-161.
- 16 Vgl. *Borgers, D. (1983)*: Risikofaktormedizin in der ärztlichen Praxis, in: Ambulante Gesundheitsarbeit, Argument-Sonderband 102, West-Berlin, 48-61.
- 17 *Relman, A.S. (1980)*: The new Medical-industrial Complex, *New England Journal of Medicine*, Vol. 3033, 963-970; *Relman, A.S. (1991)*: The Health Care Industry: Where is it taken us? *New England Journal of Medicine*, Vol. 325, 854-859.
- 18 *Kühn, H. (1990)*: Ökonomisierung der Gesundheit. Am Beispiel des US-amerikanischen Gesundheitswesens, *WSI-Mitteilungen*, H.2, 62-75, erweiterte Fassung: Veröffentlichungsreihe P 90-206, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin 1991.
- 19 *Greenberg, D.S. (1992)*: Health Care Spending – Up, Up, and Away, *The Lancet*, Bd.340, 1086-87.
- 20 *Salmon, J.W. (1990)*: The Corporate Transformation of Health Care, Amityville, N.Y. (Baywood).
- 21 *Schuck, B./Wittes, J.T. et al. (1987)*: Change in Physician Perspective on Cholesterol and Heart Disease, *Journal of the American Medical Association*, Bd.258, 3521-3526.
- 22 Schucker et al. (1991), nach Payer (1992, 184).
- 23 *Payer, L. (1992)*.
- 24 Vgl. *Röhring, R. (1993)*: Muß es die Wechseljahre bald nicht mehr geben? – Über die Hormonbehandlung in den Wechseljahren und ihre Folgen, in: *Jahrbuch f. Kritische Medizin*, Bd. 19 »Gesundheitsmärkte«, Hamburg, 86-102.
- 25 *Dean, P. (1989)*: Citizen Koop, *Los Angeles Times* v. 19.11.1989, z. n. Smith (1991).
- 26 *Kolata, G. (1989)*: Major study aims to learn who should lower cholesterol. Advice to middle-aged men may not apply to others, *New York Times* v. 26.9.1989.
- 27 *Richardson, H.B. (1991)*: Letter to the editor, *New England Journal of Medicine*, Vol.324, 60f.
- 28 *Payer, L. (1992)*, 3.