

## **Medizin der Person**

68. internationale Tagung  
27. bis 30. Juli 2016

**GB – PILGRIM HALL**

**Vortrag 1**

***Dr Luc PERINO (F)***

28/07/2016

*(Deutsche Übersetzung: Frédéric von Orelli)*

# **Reelle, virtuelle und potentielle Krankheiten : Was heisst hier Behandlung ?**

## **Diagnose versus Behandlung**

Diagnose und Behandlung sind die Hauptbereiche der Medizin. Geschichtlich ist der Ruf nach Behandlung der Diagnose vorausgegangen und hat diese hervorgerufen. Dann hat die Verfeinerung der Diagnostik zur Verbesserung der Behandlung beigetragen.

Heute besteht ein zunehmendes Auseinanderdriften dieser beiden Bereiche:

- Die immer genauere Diagnose verliert immer mehr ihren Einfluss auf die Behandlungsqualität.
- Die Patienten verlangen mindestens so sehr eine genaue Diagnose wie eine Behandlung.
- Die Ärzte haben ein Angebot an Diagnosen, die das Angebot an Behandlungen weit übertrifft.
- Behandlungsentscheide unterliegen multiplem Druck von Medien, der Medizin, der Oekonomie und der Politik.
- Die Diagnostik wird den Klinikern entzogen und entfernt sich immer weiter von der individuellen klinischen Realität.

Die Definition des Begriffs « Behandlung » umfasst ihre Modalitäten, ihre Ziele, ihre subjektiven Resultate (der Patienten und der Ärzte), die Kriterien ihrer Beurteilung (Bias, Grenzen), der objektiven Resultate in Lebensverlängerung und Lebensqualität und ihrer anthropologischen (Empathie, Kooperation, Familienbindung), soziologischen (Oekonomie, soziale Gruppen, Riten, Hierarchien, biomedizinischer Einfluss), technologischen (Prothesen, Reanimation), psychischen (Placebo) und kognitiven Aspekte ( Information, Verstehen, Beobachtung).

Wir wollen uns nicht in einem so weitverzweigten Gebiet verlieren und schlagen deshalb eine Einteilung in drei grosse Krankheitsgruppen vor. Und zwar nicht nach Ursachen, Organsystem oder Schweregrad sondern ausschliesslich nach dem Ausmass des Auseinanderklaffens von Diagnosepräzision und Behandlungsqualität.

## Gegenstand Krankheit

Die persönliche Gesundheit eines Menschen ist von einer der Wissenschaft nicht zugänglichen Subjektivität. Es gibt so viele Definitionen von Gesundheit wie es Gesundheitsträger also Menschen gibt. Angesichts dieser definitiven Unmöglichkeit, die Gesundheit zu definieren, interessiert sich die Wissenschaft ausschliesslich für deren Objekte, d.h. für die Krankheiten. Dass ein Mensch seine Gesundheit als ausgezeichnet, schlecht, angeschlagen, wechselnd, mässig, zerbrechlich oder wackelig bezeichnet, sagt überhaupt nichts aus über die Natur oder die Anzahl der Objekte Krankheit deren er Träger ist. Die ganze Diskussion um die schwierige Kommunikation zwischen der medizinischen Wissenschaft und den Geisteswissenschaften oder zwischen Ärzten und Patienten lässt sich nicht verstehen ohne dieses Grundpostulat: Gesundheit ist « Subjekt » und Krankheit ist « Objekt ».

So wie die Objekte « Planeten » deren Definition sich mit der Entwicklung des Wissensstandes verändert hat, haben die Objekte « Krankheit » eine Wirklichkeit, die den Wissensstand einer gewissen Zeit reflektiert, und das entsprechende Wissen vermittelt.

Die Objekte « Krankheit », heute definiert durch die biomedizinischen Wissenschaften, haben wenig Ähnlichkeiten mit den Objekten « Krankheit » von gestern, die aus dem Bedürfnis nach Behandlung entstanden waren. Wir wollen nun drei grosse Gruppen von Objekten « Krankheit » und darunter zwei sehr aktuelle, betrachten

## Die reellen Krankheiten

Die klinischen « Erlebnisse » sind Symptome von unbegrenzter Varietät (Schmerz, Kraftlosigkeit, Atmenot, Husten, Rötung, Schrecken, Blutung, Bruch etc.). Die klinischen « Ereignisse » sind die Symptome und Empfindungen, die der Arzt in die Krankenakte aufnimmt mit dem Ziel, eine Diagnose zu erstellen.

Die vier Kriterien, die eine reelle Krankheit definieren sind :

- Das initiale Erlebnis wird durch den Patienten (oder seine Umgebung) erlebt.
- Der Patient oder einer seiner Nächsten bringt dieses Erlebnis zum Arzt.
- Der Arzt beurteilt das Erlebnis als klinisches Ereignis.
- Die Biomedizin macht aus dem klinischen Ereignis eine Diagnose.

Die reellen Krankheiten sind die « Klassiker » der Medizin. (Sigmoiditis, Migräne, Peritonitis infolge Appendizitis, Hemiplegie bei Mediainfrakt, Tuberkulose, Keuchhusten, Parkinson, etc) Sie bilden den Grossteil der ICD (Internationale Klassifikation der Krankheiten).

Es besteht eine direkte Verbindung zwischen dem klinischen Ereignis und der Diagnose, was bei den zwei andern Krankheitsgruppen, die wir betrachten werden, nicht immer der Fall ist.

Die reellen Krankheiten sind keine Spezifität des homo sapiens. Alle Tierarten haben reelle Krankheiten wie Parasitosen, Verletzungen, Geburtsschäden oder Erbkrankheiten sogar, wenn sie keinen Arzt haben, der die Diagnose stellt. Man kann für jede Tierart abgesehen von Katastrophen, Hungersnöten oder Epidemien grob einen Prozentsatz von 5 selten mehr als 10% schätzen an Tieren, die eine reelle Krankheit haben. Die reellen Krankheiten sind Teil der Naturgesetze und der Evolution.

Beim Menschen (und den Haustieren) sind auch psychiatrische Krankheiten und die Alterskrankheiten reelle Krankheiten, da eine Übereinstimmung zwischen dem Erlebnis des Patienten und der biomedizinischen Diagnose besteht.

Die ärztliche Beeinflussung der realen Krankheiten bemisst sich in gewonnenen qualitätsadaptierten Lebensjahren (QALY: Quality Adjusted Life Years). Bei dieser Gelegenheit sei daran erinnert, dass ein vorzeitiger Tod durch seinen Eintritt vor dem 65. Lebensjahr definiert ist. Die Medizin hat zwar zur spektakulären Verminderung des vorzeitigen Todes beigetragen, aber bescheidene bis mässige Erfolge bezüglich der nicht vorzeitigen Todesfälle aufzuweisen.

Die realen Krankheiten sind historisch gesehen die Daseinsberechtigung für die Medizin mit der hervorragenden Diagnostik und den grossen Therapieerfolgen wie Impfungen, Chirurgie, Vitamine, Prothesen, Dialyse, Insulin, Antibiotika etc.

## **Zwischenbetrachtung zur fehlenden Diagnose**

Bevor wir uns mit den virtuellen Krankheiten beschäftigen, müssen wir eine Verwechslung mit einem viel weiteren Thema vermeiden, das unsere Betrachtungen übersteigt. Es geht um die fehlende Diagnose, die vorläufigen Diagnosen, die Gefälligkeitsdiagnosen, oder die Mülleimerdiagnosen. All diese zweifelhaften Begriffe bezeichnen Situationen, wo die Biomedizin nichts findet, um die klinischen Erlebnisse und Leiden von Patienten einzureihen. Kurz, überall, wo die Medizin bei Diagnostik und Therapie versagt. Dies übersteigt den klassischen Rahmen der Psychosomatik oder Hypochondrie, weil trotz allen Fortschritten in der Untersuchungstechnik weiterhin akute oder chronische Schmerzen, unklare Schwächezustände und Müdigkeit bestehen bleiben, für die die Medizin dem Patienten keine Diagnose anbieten kann.

In gewissen Fällen wurde die biomedizinische Diagnose lange Zeit ignoriert wie bei den periodischen Schmerzen durch die Endometriose oder die Tagesmüdigkeit bei der obstruktiven Schlafapnoe. Aber in den meisten Fällen hat sich die Medizin daran gewöhnt, die Psychosomatik abzusetzen und die Lücken mit den berühmten vorläufigen Diagnosen, gelegentlich auch Mülleimerdiagnosen genannt, zu füllen: damals Spasmophilie oder Brucellen paratuberculose heute Fibromyalgie, Lyme – Borreliose oder Glutenintoleranz.

All diese klinischen Fälle, die Molière unter die imaginären Krankheiten eingereicht hätte, sind weder reelle Krankheiten, da sie keine biomedizinische Diagnose haben, noch virtuelle, da sie klinische Erlebnisse beinhalten. Wir werden nun also von virtuellen Krankheiten sprechen, deren Eigenschaft es ist, keine klinischen Erlebnisse zu haben.

## **Die virtuellen Krankheiten**

Eine virtuelle Krankheit wird durch den Patienten nicht erlebt. Sie hat aber eine konkrete Wirklichkeit für die Biomedizin. Es ist also genau das Gegenteil einer imaginären Krankheit. Es gibt kein klinisches Erlebnis, das den Patienten zum Arzt führen würde.

Diese virtuellen Krankheiten entsprechen mehr oder weniger den « Risikofaktoren » und den als präklinisch oder subklinisch bezeichneten Zuständen. Alle durch Tests entdeckten Tumoren, Bluthochdruck, Diabetes Typ 2, die Mutation des Gens BRCA1 oder 2, arterielle Aneurysmen sind « Anomalien » oder zahlenmässige Abnormitäten ohne klinische Erlebnisse ihres Trägers.

Die virtuellen Krankheiten enthalten ein grosses Paradoxon: Die Diagnose wird einem Individuum zugeschrieben obwohl es sich eigentlich um eine Bevölkerungsdiagnose handelt. Sie ist der Vormachtstellung der Wahrscheinlichkeitsmedizin entsprungen.

Auf individueller Ebene ist die Beziehung zwischen Risikofaktor und Krankheit eher stochastisch, also eine statistische Wahrscheinlichkeit, als deterministisch, denn die Menge der Cofaktoren und – ereignisse ist riesig.

Ein arterielles Aneurysma erhöht das Risiko einer Blutung, eine Hypertonie, das seiner Herzinsuffizienz oder einer Apoplexie, eine Mutation BrCa da seines Brustkrebses oder ein Kolonpolypp das eines Kolonkarzinoms. Aber der Übergang vom Risikofaktor zur Krankheit ist nur für die ganze Population deterministisch, für das Individuum hingegen stochastisch also eine statistische Wahrscheinlichkeit.

Die Biomedizin beschreibt immer mehr virtuelle Krankheiten, ist aber unfähig, die Entwicklung für ein Individuum vorauszusehen. Ein Aneurysma kann auch niemals reissen, eine Genmutation keine phänotypische Expression erreichen, ein lokalisierter Krebs sich nie ausbreiten oder sogar verschwinden. Eine virtuelle Krankheit kann einem individuellen Leben auch kein Jahr Lebensqualität rauben.

Der stochastische Charakter zeigt sich regelmässig bei der medikamentösen Behandlung von Risikofaktoren: die Mehrzahl unter ihnen sind vor dem ersten klinischen Ereignis unwirksam (Primärprevention) und werden erst nach dem Ereignis wirksamer (Sekundärprevention). Beispiele dafür gibt es massenweise: Statine, orale Blutdrucksenker, Antikoagulantien, Osteoporosemedikamente etc. Erst nach einer realen Krankheit wie einer Apoplexie, Herzinfarkt, Fraktur, wird die Behandlung wirksam, was die Richtigkeit der Biomedizin für reale Krankheiten und ihre fortdauernde Naivität für die virtuellen Krankheiten bestätigt

## **Realität der virtuellen Krankheiten**

Aber seltsamerweise verleiht die Entwicklung der medizinischen und gesellschaftlichen Praxis den virtuellen Krankheiten schliesslich eine ganz neue Art von klinische Realität. Die virtuellen Krankheiten entwickeln ein manchmal völlig groteskes Krankheitserleben.

- Woran leiden sie Herr...?
- An meinem Cholesterin, meinem PSA und meinen Polypen.
- Woran leiden sie Frau ...?
- An meiner Hypertonie, meinem Zucker, meinem schlechten Krebsabstrich.
- Nein, ich frage sie, woran sie wirklich leiden.
- Aber ich habe es ihnen ja eben gesagt.
- Ja, aber woran leiden sie denn selbst wirklich?
- An nichts, sonst geht alles gut.

Ein kleines Gespräch, das alle meine Kollegen erlebt haben und das die vollständige Adoption der virtuellen Krankheit durch den Patienten zeigt. Die Virtualität erhalten schliesslich ein klinisches Gewicht und ein schwereres Krankheitserleben als seine chronische Bronchitis, eine Migräne oder eine Autoimmunkrankheit.

Die biomedizinische Macht hat es vollbracht, Populationsstatistiken in individuelle klinische und kognitive Realitäten zu verwandeln, deren Krankheitserleben schwerer wiegen kann als das seiner realen Krankheit. Eine Frau, die ihr Mammacarcinom durch Palpation entdeckt, ist bei der Kontrolle oft weniger beunruhigt als die Frau, bei der ein Ca im screening entdeckt wurde. Erstere hat eine klinische Kenntnis, die ihr eine Sicherheit gibt, weil sie nichts spürt, während die zweite erschrickt ab dem Gedanken, dass alles möglich ist, selbst wenn sie nichts spürt. Kopfschmerzen sind kein Zeichen von Hypertonie aber ein Hypertoniker wird bei Kopfschmerzen mehr beunruhigt sein, weil

er weiss, dass Kopfschmerzen ein Zeichen eines malignen Hochdruckes sein können. Die beiden Beispiele zeigen unter hundert anderen, dass das Krankheitserleben einer virtuellen Krankheit da seine reellen Krankheit übertreffen kann. Die Biomedizin hat also ein Mehr an Krankheit geschaffen.

Ist es wirklich die Rolle des Arztes, Krankheit zu schaffen?

Man kann natürlich einwenden, dass dieses Kranksein verschieden ist von dem einer reellen Krankheit. Das Argument trifft jedoch nicht, solange man die Eintrittswahrscheinlichkeit der reellen Krankheit nicht kennt und solange man den Einfluss des neugeschaffenen Krankseins auf die anderen Parameter nicht erfassen kann. Kurz, solange wir den Verlauf der virtuellen Pathologien nicht kennen und solange wir nicht fähig sind, die durch ihre Entdeckung und individuellere Behandlung verlorenen oder gewonnenen Jahre an Lebensqualität zu quantifizieren.

Die Individualisation ist die Kunst des Klinikers. Aber sein Einfluss wird immer schwächer. Die Sprechzeit des Arztes misst sich in Minuten pro Jahr, während sich die Zeit des Marktes und der Medien in Stunden pro Tag zu messen ist!

Im Gegensatz zum Menschen sind Tiere nie von den virtuellen Krankheiten betroffen, da diese ein kognitives Verständnis verlangen, das der menschlichen Spezies eigen ist.

Wir wollen versuchen, den Prozentsatz von Menschen zu schätzen, die in den entwickelten Ländern von virtuellen Krankheiten betroffen sind. Wenn wir die Screeningpolitik und die Medikalisierung der Bevölkerung durch das Absenken von Risikogrenzen beachten, ist es nicht übertrieben, jetzt wo ich diese Zeilen schreibe, zu sagen, dass mehr als 30% der Erwachsenen Träger mindestens einer virtuellen Krankheit sind und von den über 65 jährigen (Grenze für den vorzeitigen Tod) über 60%.

## **Zweite Zwischenbetrachtung zur Diskordanz**

Wir haben die eingebildeten Krankheiten und die Mülleimerdiagnosen aus unserer Betrachtung ausgeschlossen. Jetzt müssen wir auch die immer häufigeren Fälle von diskordanz zwischen den vom Patienten vorgebrachten Symptomen und der biomedizinisch vorgeschlagenen Diagnose ausschliessen. Wenn der Arzt keine Verbindung zwischen den vorgebrachten Leiden und einer biomedizinischen diagnose finden kann, hat er zwei völlig gegensätzliche Möglichkeiten. Entweder er gibt zu, vorläufig keine Diagnose stellen zu können oder er ergreift die Flucht nach vorne in die unbegrenzten paraklinischen Abklärungen.

Der Stolz, das Leistungshonorar, die kostenlose Behandlung, die technologische Verblendung und das juristische Risiko führen heute meist zur zweiten Wahl. Die abklärung endet zwangsläufig mit einer der drei folgenden Varianten:

- Die Entdeckung eines richtig Positiven mit der Erkennung einer virtuellen Krankheit
- Ein falsch positiver Befund. Das Risiko eines falsch positiven Resutats beträgt klassischerweise 5% pro Analyse. Die Wahrscheinlichkeit wächst mit der Anzahl Untersuchungen und erreicht bei über 40 Parametern 90%!
- Ein Artefakt oder ein « Inzidentalom » (Leberzyste, renaler Diabetes, uam) ohne jegliche klinische oder risikowerte Bedeutung.

In den drei Fällen hat die Schlussfolgerung keinen Bezug zur initialen Bitte um Behandlung. Der Patient kommt mit einem Pruritus und wird mit einem verdächtigen Nävus, einem Aneurysma oder einem Inzidentalom entlassen.

Rosenberg hat dies gut zusammengefasst: « Die Angebote der technischen Erfindungsgabe und die aktivistischen Forderungen sind praktisch ein Echo auf die Ansprüche der Gesellschaft an die Medizin ».

## **Die Natur des Todes**

Um die dritte Gruppe, die potentiellen Krankheiten zu verstehen, müssen wir den Tod als Mittel zur Erhaltung, Anpassung und Entwicklung der Arten gleichberechtigt mit der sexuellen oder asexuellen Fortpflanzung betrachten.

Aus der Sicht eines Biologen ist der Tod ein natürliches Phänomen, dessen Prozesse immer besser verstanden werden. Die Anzahl Zellteilungen kann 50 bis 60 nicht übersteigen, worauf die Zellen absterben. (Hayfick'sche Grenze). Diese Grenze betrifft auch die spezifischen Stammzellen jedes Gewebes oder Organs. Die Mutationen, die bei jeder Teilung entstehen, häufen sich schliesslich so sehr, dass die Reparationsfähigkeit der DNS durch die Telomere versagt. Die Zellen sind auch durch äussere Faktoren geschädigt wie UV-Strahlung, natürliche Radioaktivität, chemische Produkte etc. Der oxydative Stress ist die Produktion von freien Radikalen als Abbauprodukte bei der Energieproduktion aus Sauerstoff in den Mitochondrien. Und schliesslich aber vor allem sind die Tumoren nicht der natürlichen Selektion unterworfen, da sie nach der Reproduktionsphase eintreten.

Aber wenn der Arzt die Todesbescheinigung ausstellt, muss er eine oder mehrere Diagnosen als Todesursachen angeben, die unmittelbar oder über längere Zeit zum Tod geführt haben (Nieren-, Herz-, oder Ateminsuffizienz, als Folge dieser oder jener vaskulären, tumoralen oder neurologischen Pathologie). Aus ärztlicher Sicht folgt der Tod immer wegen einer akuten Krankheit, die sich auf ein chronisches Leiden aufpfropft. In der Medizin gibt es kein Konzept des « natürlichen Todes ». Das mag grotesk erscheinen, aber da die Medizin die Verbesserung von Qualität und Quantität des Lebens hat und an ihren Resultaten gemessen wird, kann sie nicht selbst eine Grenze für dieses Ziel setzen. Die Biomedizin kann die Eigenschaft « natürlich » des Todes nicht einbauen ohne zu befürchten, eine schwere Identitätskrise bewältigen zu müssen.

Obwohl jeder Arzt seine eigene Ansicht zu diesem Thema hat, muss man nicht von der Biomedizin erwarten, dass sie den Tod akzeptiert und richtig damit umgeht, denn das ist schlicht widersinnig. Die Schwierigkeit, Palliativmedizin in die Praxis umzusetzen und die Unmöglichkeit, die Frage der Euthanasie oder des assistierten Freitodes gelassen anzugehen, sind die besten Beispiele dafür. Es ist daher Sache der Bürger und der Regierung, sich um die Annahme und die gute Begleitung des Todes zu kümmern. Die Bürger in den Entwicklungsländern sind in der Lage, den Tod anzunehmen, da er in ihrem sozialen Umfeld omnipräsent ist. In den Industrieländern ist das nicht mehr der Fall, weil man den Bürgern den Tod aus dem Gesichtsfeld genommen hat. Die meisten unter ihnen sterben in Altersheimen oder Spitälern. Als Rache für den Erfolg und für eine immer mehr gestörte Kommunikation, befindet sich die Biomedizin allein einem unauflösbaren Knoten gegenüber, den sie selber geschlungen hat.

Und so entstand groteskerweise die letzte Gruppe der potentiellen Krankheiten.

## **Die potentiellen Krankheiten**

Wir können die potentiellen Krankheiten als unbegrenzte Ausdehnung der Gruppe virtueller Krankheiten bezeichnen, die aus einem wachsenden Verständnis der Risikofaktoren und der

pathophysiologischen Möglichkeiten entsteht. Dieses Verstehen ergibt sich seinerseits aus dem enormen Fortschritt der Untersuchungstechnik wie Bildgebung, Mikroskopie, Molekularbiologie, Genomik und Metagenomik.

Die Risikofaktoren, die wir mehr oder weniger an virtuelle Krankheiten geknüpft haben, sind ad infinitum ausdehnbar dank unseren Fortschritten in der Untersuchung.

Wenn Herr X mit 85 Jahren an einem Kolonkarzinom oder einer Apoplexie sterben soll, ist er sicher schon seit Jahrzehnten Träger von so und so vielen prognostischen Markern noch lange bevor sich irgendwelche klinischen Symptome bemerkbar machen. Der Fortschritt in den Untersuchungstechniken und die Vorrangstellung der statistischen Korrelationen, die uns die Evidence based medicine für die klinische Beurteilung auferlegt, erlauben uns vorauszusagen, dass die prognostischen Marker jedwelcher Pathologie eines Tages schon bei der Geburt festzustellen sein werden.

Unter den schon karikaturalen Beispielen dieser unkontrollierbaren Irrwege ist die individuelle Genomanalyse zu erwähnen, die die Giganten der Informatik anbieten, um Einzelnukleotid-Polymorphismen (SNP) zu erkennen, die mit einer Unzahl von Krankheiten verknüpft sein könnten. Die Anzahl SNP oder genetischer Marker für die Alzheimer'sche Krankheit, die schon in « offiziellen » Publikationen beschrieben wurden, geht schon gegen Hundert! Es ist sicher, dass jeder von uns mindestens einen genetischen Marker für Alzheimer in sich trägt, den man bei der Geburt hätte feststellen können.

Diese potentiellen Krankheiten sind alles kardiovaskuläre, neurodegenerative, tumorale oder immunitäre Leiden, die Totalität der Todesfälle in unseren Ländern darstellen, seit die Infektionskrankheiten beherrschbar sind. Jede von uns hat also eine der vier genannten potentiellen todbringenden Krankheiten. Es ist nicht sehr originell, das zu behaupten. Was aber originell sein wird, ist dass die biomedizinischen Untersuchungen dies als Diagnose schon zu Beginn des Lebens werden feststellen können.

So werden in einer nicht allzu fernen Zukunft 100% der Bevölkerung schon in frühester Jugend Träger von einer bis vier potentiellen Krankheiten sein, von denen eine tödlich sein wird!

## **Wo ist denn das Problem ?**

Stellen wir uns die Zukunft vor, wo jeder Bürger als Baby die Diagnose der Krankheit erhält, die ihn töten wird.

Wird diese Diagnose das gleiche Potential haben, künstlich ein erlebtes Kranksein zu schaffen, wie es heute die Diagnosen virtueller Krankheiten haben? Denken wir daran, dass ein entdecktes Karzinom also präklinisch im Kopf den gleichen Schaden anrichtet wie ein klinisches Karzinom. Oder wird im Gegenteil der durch unseren Fortschritt geschaffene diagnostische Wahnsinn die Bürger wieder dazu führen, ihre Gesundheit wieder in die eigenen Hände zu nehmen?

Ich werde diese Frage nicht beantworten können.

Die Katastrophisten werden in diesem diagnostischen Wahnsinn eine Schöpfung unzähliger Krankheiten sehen, die durch einen allmächtigen Markt über untertänige Bürger unterhalten wird.

Die Transhumanisten werden es als wahren Fortschritt sehen, der uns immer mehr in die Nähe des Traumes von Unsterblichkeit bringt.

Persönlich sehe ich, da ich weder Katastrophist noch Transhumanist bin, kein grösseres Problem in dieser Übermedikalisierung, die mit der Zeit zu 100% Kranken führen wird. Einerseits wird die Krankheit, zur Normalität geworden, an Krankheitserleben verlieren und andererseits hat die Menschheit schon grössere Probleme gemeistert als die Übermedikalisierung.

Das eigentliche Problem liegt anderswo. Es geht um die neuen sozialen Verhältnisse und um die Vorherrschaft der Ökonomie über die Politik.

In den Jahren 1950 bis 1960 sind wir zunehmend von einer Bedürfnisgesellschaft zu einer Angebotsgesellschaft übergegangen. Warum hätte die Medizin, die eine menschliche Beschäftigung darstellt, diesem gesellschaftlichen Wandel entgehen sollen?

Die Medizin ist ebenfalls von einer Bedürfniswirtschaft zu einer Angebotswirtschaft geworden. Die Pflege, die hauptsächlich auf einem Prinzip der Gegenseitigkeit und Solidarität beruht, sind auf dem Weg zu einem eigentlichen Markt zu werden. Sogar der Sektor der Impfungen, der lange vom Markt verschont geblieben war, ist heute betroffen. Die Ungleichheit in der Pflege ist schon weitverbreitet in den USA und kommt in grossen Schritten auf uns zu. Man muss also mit einer Verschlechterung der Gesundheit bei den Ärmsten rechnen, die sich schliesslich auf den Gesundheitsgrad der Bevölkerung auswirken wird.

Indem sie mit demagogischen Mitteln die Ethik für sich verdrehen, zwingen die Nutzniesser im Gesundheitsmarkt die Politiker, die das Prinzip der Solidarität aufrecht erhalten wollen, die sozialen Abgaben zu erhöhen. Das wiederum hat einen negativen Einfluss auf die Wirtschaft und die Beschäftigung und damit wiederum auf das Gesundheitswesen und die Volksgesundheit. Der schändliche Preis der neuen Krebsmedikamente wirkt sich negativ auf andere in Lebensqualitätsgewinn viel profitablere Gesundheitsmassnahmen aus.

Der Leistungstarif macht, dass sich die Ärzte mehr den virtuellen und potentiellen als den aufwändigeren und zeitraubenderen realen Krankheiten zuwenden.

Die irrationale Angst vor Kunstfehlerklagen veranlasst ebenfalls die Ärzte, sich von den realen Krankheiten abzuwenden, bei denen die Verantwortung unmittelbarer ist. Die Rheumatologie, die Radiologie, die Dermatologie und Endokrinologie ziehen mehr Ärzte an als die Pädiatrie, Infektologie, Anästhesie oder Gebrutshilfe.

Das grösste Problem heute und in Zukunft, durch die Schaffung von virtuellen und potentiellen Krankheiten ist sicher der negative Einfluss auf die Behandlung und die Prognose der realen Krankheiten.