

Wolfgang Meister Fiilguth®

KEINE ANGST VOR ANGSTTABLETTEN

Versetzen Sie sich doch in meine Lage. Nur noch acht Tage bis zur Abgabe. Und der Artikel war nicht nur nicht fertig, er war noch nicht einmal im Entstehen. Im Kopf vielleicht schon, ein bißchen. Das Papier aber war noch leer.

»Mitten in der Nacht«, sagte ich zum Doktor, »wach' ich auf. Schlecht geträumt«, sagte ich, »aber ich kann mich nur an meine Qual, nicht an den Inhalt erinnern.« »Und dann?«, fragte der Doktor. »Dann kann ich nicht mehr einschlafen. Ich kriege Angst«, sagte ich, »Angst zu versagen. Ich schäme mich.« »Na, na, na . . .« »Nix na, na, na«, unterbrach ich ihn, »es ist schlimm. Ich leide, und ich habe alles, alles versucht. Nichts hilft.« »Also gut«, sagte der Doktor, »wenn das so ist. Versuchen wir es mal damit.« Er tippte etwas in die Tastatur seines PC und ein Privatrezept für Fiilguth®¹ kam aus dem Drucker. »Ein ganz neues Medikament aus den USA«, sagte der Doktor, »ein Angstdeflektor mit sehr spezifischem, molekularem Mechanismus. Hilft Ihnen bestimmt. Und macht tagsüber nicht schläfrig. Vielleicht bekommen Sie etwas Heißhunger oder Verstopfung oder Ihr Sexualtrieb läßt nach . . .« Ich nahm das Rezept, sagte »danke« und ging.

Am selben Tag: Wieder nichts geschrieben. Vor dem Zubettgehen nehme ich sicherheitshalber noch einmal die anderthalbfache Dosis. Mit heißer Milch.

Am nächsten Morgen: Mich weckt ein Sonnenstrahl. Ich lächle. Bevor ich anfangen kann zu denken, treiben mich meine Gedanken. Ich spring' aus dem Bett, hol' den Bademantel, setz' mich an den PC und tipp': »Versetzen Sie sich doch . . .«

Erfunden? Nein, erdichtet. Aber die sind nicht erdichtet: die »Schöne Welt-Ideologie«, die »kosmetische Psychiatrie«, die »Sucht auf Rezept« und das »Disease Mongering«.

Wenn wir unsere Ängste nicht meistern, so ist das ein Charakterfehler. Einverstanden. Aber unsere Gesellschaft befiehlt uns, daß wir die volle Kontrolle über uns besitzen sollen, ständig produktiv sein müssen und daß wir mit unseren Sorgen weder unseren Umkreis noch die Gesellschaft belasten dürfen. Alles, was uns daran hindert – wenn auch nur manchmal oder nur ein bißchen –, wird als krankhaft angesehen. Früher hat man Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit definiert. Jetzt geht es schon um viel mehr: Nämlich Wellness (nicht bloß Fitneß), das heißt ständiges Glücksgefühl, eigenverantwortliche Selbst-Perfektion und nimmermüde Leistungsfähigkeit. Und alles, was von dieser neuen, schönen Gesundheit abweicht, was einen davon abhält, kann getrost als behandlungsbedürftig etikettiert werden.

Vielleicht ist es gar eine *unbewusste* Angst, die Sie quält? Ohne daß Sie es wissen! Haben Sie sich darüber schon einmal Gedanken gemacht? Jedenfalls brachte es diese Vermutung bis zur Titelgeschichte einer großen Illustrierten²: »Wie Sie unbewusste Ängste erkennen und im Alltag meistern. Mit großem Test.«

Nachdem man sich durch 64 Fragen gekämpft und seine Kreuzchen gemacht hat, kommt es satt: es gibt kein »normal«, geschweige denn ein »gut so«. Der Mechanismus der Auswertung läßt kein Fehlen von Ängsten zu, sondern gesteht den Befragten im günstigsten Fall eine »sehr schwache« Angstbewältigungsstrategie in den gewählten Untertypen zu. Mag sein, daß dies ein Konzeptfehler ist. Aber er ist auf jeden Fall sehr bezeichnend. Im Hintergrund solcher Tests steht freilich ein weiteres, wesentliches Dogma der Schöne-Welt-Gesellschaft. Jeder kann sich selbst vervollkommen und muß das auch machen.

»Wellness« hat die neue Gesundheit begrifflich verbogen. Und diese neu begriffene Gesundheit ist der zentrale gesellschaftliche Wert: sozialverträglich, konfliktscheu, pflegeleicht und introvertiert. Nicht so problematisch wie »Volk«, »Klasse«, »Gleichheit, Freiheit, Brüderlichkeit« oder gar »Unser Gott«. Die Gesellschaft hat eine Identitätsstiftung, die Presse ein attraktives Thema, und ein riesiger Industriezweig freut sich über kräftige Unterstützung. Allenfalls an Weihnachten wird nostalgisch getrauert, wenn die Boulevardzeitung schlagzeilt: »Mehr Besucher in den Fitneß-Studios als in den Kirchen«.

Die Nase zu spitz, der Busen zu klein, der Bauch zu groß? Kein Problem, die Schönheitschirurgie, der bucklige Bruder der kosmetischen Chirurgie, bietet Hilfe. Manchmal traurig, oft besorgt oder ängstlich, seinen eigenen Erfolg blockierend? Kein Problem, die Medizin bietet Hilfe. Und zwar nicht nur mit Tips, nein, mit richtigen Medikamenten. Vielleicht verbirgt sich ja hinter der Verstimmung eine Depression, eine Angsterkrankung, eine soziale Phobie.

Aber die moderne Medizin kann noch viel mehr: So wie sie der zwanzigjährigen, attraktiven Frau in Beverly Hills eine Nase wie Liz Taylor anoperieren kann, so kann sie dem Gesunden tatkräftig helfen, den selbst-erwählten Idealzustand seiner Befindlichkeit zu erreichen. Dann hat er, zum Beispiel, das garantiert gleichmäßige Glücksgefühl gepachtet. Auf die Frage »Wie geht's dir heute?« kommt ein »Super!« nicht aus Konvention, sondern weil es so empfunden wird. Wenn auch unter Tabletten . . .

»Kann die Psychiatrie über das Konzept der ›objektiven Heilung‹ hinausgehen und ›subjektive Perfektion‹ als ein Ziel mit einschließen? Braucht man eine Diagnose, um therapiert zu werden?« fragt ein Protagonist aus den USA.³ Das sind inakzeptable, rhetorische Fragen für jeden Arzt, der sich, wenn auch nur vage, noch auf seinen hippokratischen Eid bezieht. Ein Sturm der Entrüstung heult auf, denn da wird in Frage gestellt, was das Arzttum im Innersten zusammenhält.

Aber woher nehmen die Ärzte denn die Gewißheit darüber, was eine psychiatrische Erkrankung ist? Früher, vielleicht vor 50 Jahren noch, war der rauchende Heterosexuelle gesund, heute ist es der nichtrauchende Homosexuelle. Und morgen der kokainschnupfende Transsexuelle?

Hat denn Michel Foucault mit seiner archäologischen Methode nicht ausgegraben, das die Begriffsgeschichte des Wahnsinns nichts mit medizinischen Erkenntnissen, sondern mit gesellschaftlichen Machtverhältnissen zu tun hat? Der Arzt braucht doch eigentlich keine »Diagnose«, die ja ohnehin vielleicht nur eine Konvention ist. Oder lediglich ein Vorurteil des Beobachters. Das einzige, was der Arzt braucht, ist eine autonome Einzelperson, die ein Rezept verlangt. So sagt der oben zitierte Protagonist. Und in dieser befreienden Denkweise müssen wir diese Einzelperson auch nicht mehr zum Patienten machen. Dies verlangt heute das System, damit ein Rezept ausgestellt werden kann.

Ein Vorteil der kosmetischen Psychiatrie läge darin, könnten deren Befürworter hier anführen, daß der »Selbst-Perfektionist« sich nicht selbst therapiert. Die häufigste Selbstmedikation ist nämlich die Alkoholeinnahme. Schon der Jüngling lernt, daß der Genuß von ein paar Pils es

erleichtert, das schöne Mädchen anzusprechen oder zum Tanz zu bitten. Mit anderen Worten: Er hat seine »soziale Phobie« eigenständig behandelt. Leider macht er dies nicht nach ärztlicher Beratung und unter ärztlicher Kontrolle. Und wenn – immer wieder und ausnahmslos – selbst die Höchstdosis an Pils nicht ausreicht, um das erstrebte Ziel zu erreichen, dann ist er in Gefahr, zum Alkoholiker zu werden. Das bedeutet dann, er trinkt nicht wegen seiner Ängste, sondern weil es ihm schlechtgeht, wenn er nicht trinkt. Weil er unter Entzugssymptomen leidet oder leiden würde, wenn er nicht tränke.

Das akzeptiert die Gesellschaft, aber ist das besser als »Kosmetische Psychiatrie«? Gut, noch besteht kein Grund zur Panik, denn zuviel Erfolg wäre ihr nicht beschieden. Die perfekte Glücksspiel für den Selbst-Perfektionisten gibt es nämlich nicht. Noch nicht.

Sucht auf Rezept

1,5 Millionen Menschen in der Bundesrepublik nehmen Arzneimittel, um Entzugssymptome zu bekämpfen oder zu vermeiden, 1,2 Millionen davon schlucken Benzodiazepine, die typischen Angsttableten. Sie sind nur auf Rezept zu haben; etwa 15 Prozent der Ärzte verordnen die Hälfte davon. Diese 15 Prozent nennt man die »Benzodiazepin-Schwerpunktpraxen«. Zwei Drittel der Patienten erhalten das Suchtmittel über lange Zeiträume vom selben Arzt, doctor-hopping ist nicht notwendig. Wer will, kann sich über Internetapotheken das Arzneimittel auch ohne Rezept besorgen, wenn er geschickt genug ist. Wirtschaftliche Probleme hat der Arzt nicht; es gibt schon lange preiswerte Generika. Und nur bei jedem fünften Medikamentenabhängigen versucht der Arzt, durch längere Gespräche und Beratung eine Besserung herbeizuführen. Dazu gibt es 3 Millionen alkoholabhängige Deutsche.

Ein Betroffener schildert seine Psychopharmakon-Abhängigkeit so:

»Vor sechs Jahren hat mir mein Hausarzt XY verschrieben. Er war der Meinung, daß ich Angst- und Panikattacken hätte, da ich bei Prüfungssituationen Herzrasen bekam und zu der Zeit Appetitlosigkeit und Schwindel verspürte, teils mit plötzlichem Auftreten von Herzrasen. Ich konnte das nicht so recht glauben, da ich bis zu dem Zeitpunkt die Ruhe in Person war. Dennoch habe ich die mir verordnete Dosis von 2 Tabletten abends eingenommen. Von da an hatte ich permanent gute Laune und konnte 24 Stunden am Stück ohne Probleme schlafen. Nun, das sollte es wohl nicht bewirken. Nach einem Jahr Einnahme von XY, in dem die Dosis von manchmal nur einer Tablette in der Woche bis zu fünf Stück am Tag schwankte, stellte sich heraus, daß meine ursprünglichen Beschwerden keine Angststörungen waren. Aber bis zu dem Tag hatte ich mir ein ganzes Jahr lang eingeredet, eben diese Panik- und Angststörungen zu haben, bis ich sie letztendlich wirklich hatte.

Und alle möglichen Phobien dazu. Also erhöhte ich eigenmächtig die Dosis auf vier, manchmal bis zu fünf Stück am Tag, nahm 12 kg zu und döste den ganzen Tag vor mich hin. Mein Hausarzt schrieb mir, ohne Fragen zu stellen, weiterhin die Rezepte aus. Als ich schließlich irgendwann versuchte, von XY loszukommen, schaffte ich es nicht mehr. Entgegen allen Meinungen, XY mache nicht abhängig, kann ich versichern, daß es doch so ist.

(...) Ich habe zwar noch nie Schlaftabletten genommen, kann mir aber nicht vorstellen, daß die zum Schlafen besser wirken als XY. Eine halbe Stunde nach Einnahme schlafe ich tief und fest – oder wenn dazu keine Gelegenheit ist, fühle ich mich regelrecht zgedröhnt.

Leider habe ich es immer noch nicht ganz geschafft, von den Tabletten loszukommen. Jedoch habe ich es geschafft, die Dosis auf eine abends zu reduzieren. Nehme ich gar keine, fange ich grundlos an zu zittern, mir ist schrecklich kalt, und ich bin ziemlich nervös. Ob das wirklich Entzugerscheinungen sind, kann mir keiner sagen.

Auf jeden Fall kann ich sagen, daß XY keine Heilung versprechen kann, sondern vielmehr ein »Aushalten« der Symptome erlaubt. Natürlich hat mich dieses Medikament darin unterstützt, mich meinen Ängsten zu stellen. Wahrscheinlich hätte ich sonst keinen Mut gehabt, die Angst einfach zuzulassen.

Ich kann daher nur raten, dieses Medikament wirklich nur dann einzunehmen, wenn eine psychische Erkrankung fachmännisch diagnostiziert wurde, und die Einnahmedauer und -dosis sollte meiner Meinung nach von einem Psychologen betreut werden.

Ich war 18, als ich das erste Mal XY einnahm, bin jetzt 24 und habe erkannt, daß meine Ängste und teilweise auch Stimmungsschwankungen für meine damalige Situation normal und das natürlichste auf der Welt waren. Auch denke ich, daß manchen das Erwachsenwerden einfach nicht so leichtfällt. Ich kann nur raten, »normale« Gefühle beim Arzt nicht zu dramatisieren.«⁴

Zugegeben: Die Verordnung von Benzodiazepinen ist jedes Jahr rückläufig. Das ist sehr positiv. Im Gegenzug können aber die bisher unbescholtenen Wettbewerber, zum Teil Jahrzehnte nach Einführung, ihren Umsatz noch erheblich steigern. Ein ansonsten sehr kritisches Buch bemerkt mit einem Hauch von Resignation, aber auch ein bißchen läppisch:

»Bemerkenswert ist die Tatsache, daß einige führende Präparate (...) alle für leichtere und vermutlich oft nicht genau diagnostizierte Beschwerden, wie ängstlich-depressive Syndrome und somatoforme Störungen (...) verschrieben werden. Der *Marktführer* (Änd. durch Autor) ist ein in seiner Wirksamkeit relativ schlecht belegtes Antidepressivum, das wohl vorzugsweise als Anxiolytikum oder Sedativum verwendet wird, um keine Benzodiazepine einsetzen zu müssen.«⁵

Das war es dann.

Disease Mongering

Zuweilen wird dieser neue Begriff mit »Krankheiten erfinden« übersetzt. Aber diese Übersetzung ist schief. Am besten nähert man sich ihm, indem man von dem Begriff des »gossip monger« ausgeht. Das ist jemand, der gerne klatscht oder Gerüchte verbreitet, ja damit vielleicht

sein Geld verdient. Und dies muß man nur auf »Krankheit« übertragen. Etwa so:

Wenn sich etwas änderte oder geändert werden sollte und es paßte Ihnen nicht, verspürten Sie eine Aufregung in sich? Ist Ihnen das schon öfter passiert? Bemerkten Sie das bei Ihnen häufiger als bei Ihren Arbeitskollegen oder Lebenspartnern oder anderen Personen (etwa dem pubertierenden Sohn)? Sind Sie schon darauf angesprochen worden? Wenn Sie zwei oder mehr dieser Fragen mit »ja« beantwortet haben, leiden sie möglicherweise – und ohne es zu wissen – unter *Metathesiophobie*, der Angst vor Veränderungen.

Diese überraschend häufige, aber unterschätzte Erkrankung verursacht zahllosen Menschen unnötiges Leid. Darüber hinaus kann sie das Privatleben schwer beeinträchtigen, in der Wirtschaft ungeheuren Schaden anrichten und säkulare Sozialtrends verstärken. So untersuchen zur Zeit soziologische Forschungsteams, wie stark der bedrohliche Trend zur Kinderlosigkeit in unserer Gesellschaft durch die Metathesiophobie mitverursacht oder verschlimmert wird. Weiterhin gibt es Projekte, die Wahlvorhersagen durch Berücksichtigung entsprechender Items weiter zu verbessern. Aber auch unsere Wirtschaft ist betroffen. Da die Metathesiophobiker versuchen, sich abzeichnende Veränderungen im Keim zu ersticken, sich in abgesicherte Nischen zu begeben und beharrlich das Bestehende zu zementieren, werden sie in unserer schnellebigen Zeit und im Zeichen des globalen Wettbewerbs zu einer schweren Belastung. Experten schätzen, daß allein der deutschen Wirtschaft dadurch jährlich Schäden in zweistelliger Milliardenhöhe entstehen.

Man kann beim Disease Mongering fünf Betätigungsfelder unterscheiden⁶:

Erstens, die Erklärung gewöhnlicher Veränderungsprozesse oder individueller Mängel zu einer therapiebedürftigen Krankheit (Beispiel: Glatzenbildung).

Zweitens, die Umdeutung milder Befindlichkeitsstörungen in Vorläufer schlimmer Erkrankungen (Beispiel: Reizdarmsyndrom).

Drittens, die Wahrnehmung persönlicher Probleme oder Hemmungen als krankhaft (Beispiel: soziale Phobie).

Viertens, die Umdefinition eines Risikofaktors zur Erkrankung (Beispiel: Knochendichtemessung und osteoporotischer Knochenbruch).

Und fünftens, die maßlose Übertreibung der Häufigkeit oder der wirtschaftlichen Bedeutung (siehe oben), damit öffentliche Aufmerksamkeit gesichert wird (Beispiel: erektile Dysfunktion).

Meistens werden bei einer »bisher unterschätzten Erkrankung« möglichst viele dieser Strategien gleichzeitig eingesetzt. Und immer kann man angeblich etwas dagegen tun. Meistens dies: einen Arzt besuchen und um Hilfe bitten, das heißt sich ein Rezept ausstellen lassen.

Aber zur »Metathesiophobie«. Sie ist noch nicht in den Fremdwörterduden aufgenommen worden und scheint zur Zeit noch auf die US-amerikanische Psychoszene beschränkt zu sein⁷. Und sie ist nur eine von über 400 gelisteten »Phobien«⁸. Andere mir bis eben noch unbekannte Begriffe sind die Anuptaphobie (Angst, Single zu bleiben), die Atelopho-

bie (Angst, unvollkommen zu bleiben), Atomosophobie (Angst vor Atomexplosionen) oder die Autophobie (Angst, mit sich allein zu sein oder man selbst zu sein oder zu werden). Und das sind nur vier Beispiele der 64 »phobias« mit »A« am Anfang.

Aber zurück zur »Metathesiophobie«. Es dürfte nur eine Frage der Zeit sein, bis sie den Atlantik überquert haben wird. Die Journale und interessierte Fachkreise werden sie publik machen und auf die soziale Anerkennung hinarbeiten. Von da an wäre es nur noch ein kleiner Schritt zu Selbsttests, Lebenshilfetips, aber auch zur Behandlung durch Psychotherapie und Medikamente.

Die pharmazeutischen Firmen (aber auch die Ärzte) sind die Hauptangeklagten in der causa Disease Mongering⁹. Wie eine »Disease Mongering«-Kampagne gemacht wird, was alles dazugehört, enthält das kleine Einmaleins des Pharmamarketing: Gründung einer Expertengruppe (nach außen möglichst firmenunabhängig, jedoch grundsätzlich fügsam), Ausarbeitung eines Awareness-Programms (inhaltlich und operativ-kommunikativ), Unterstützung von epidemiologischen Untersuchungen (Telefonumfrage reicht), Verfassen von Diagnose-/Therapieempfehlungen, Gründung oder Sponsoring einer einschlägigen Patientenorganisation, Identifikation eines prominenten »Patienten« (zum Zwecke des »celebrity selling«), Pressekonferenz/Pressemappe (um in den redaktionellen Teil zu kommen), Fernseh-Spots (in den USA ist angeblich schon jeder achte mit Medikamenten verknüpft), Satellitensymposien auf wissenschaftlichen Tagungen und so fort. Und dann kommt die geballte Macht der Pharmareferenten, der Ärztebesucher. In den USA ist in den letzten zehn Jahren die Anzahl der Ärzte um 15 Prozent, die Anzahl der Pharmareferenten jedoch um 94 Prozent, auf mehr als 81 000 gestiegen. Dabei konzentriert man sich auf die Ärzte, die viele Patienten betreuen und viele Rezepte ausstellen. Diese bekommen nun drei- bis fünfmal mehr Besuche von Pharmareferenten als vor zehn Jahren. Kein Wunder, daß sich die Ärzte wehren: 35 Prozent verbitten sich jeden Besuch, 43 Prozent der Pharmareferentenbesuche schaffen es nur bis zur Rezeptionistin oder Arzthelferin, bei 50 Prozent kommt es zu einem Zwei-Minuten-Chat mit dem Doktor auf dem Gang, und nur sieben Prozent münden in das ersehnte Gespräch. Und dennoch scheinen sich die Investitionen in die 81 000 Gutverdiener zu lohnen. In Deutschland mag dies nicht ganz so schlimm sein. Die Anzahl der Pharmareferenten wird zur Zeit auf nur 13 000 geschätzt. Doch auch hier ist der Trend unerfreulich eindeutig.

Genug gelästert? Die tragische Seite des Phänomens namens »Disease Mongering« ist, daß es tatsächlich (wie wohl auch bei fast allen der über 400 gelisteten Phobien) immer auch Betroffene gibt, die schwer leiden,

deren Lebenstauglichkeit eingeschränkt oder überhaupt gefährdet ist. Die sozusagen »echt krank« sind. Diesen Patienten fügt man Unrecht zu, wenn man sie in Verbindung mit einer »erfundenen« Erkrankung bringt. Das soziale Stigma, unter dem psychisch Kranke ohnehin leiden, erhält so neue Nahrung.

Das letztgültig nicht zu lösende Problem liegt darin, die Grenze zwischen krank und gesund zu bestimmen. Wo liegt der Graubereich, und wie verhält man sich in ihm? Im Dunkelgrauen, im Mittelgrauen, im Hellgrauen? Wie verhält sich die Gesellschaft gegenüber denjenigen Kräften, die beständig das Spektrum nachdunkeln? Die das »downstreamen« betreiben, damit aus dem Fließlein der Kranken ein Strom von Behandlungsbedürftigen wird?

Die fortschreitende Medikalisierung der Gesellschaft

Für die pharmazeutische Industrie in der freien Marktwirtschaft ist der Verkauf von Arzneimitteln die *raison d'être*. Eine Medikalisierung der Gesellschaft, eine Neu-Entdeckung von Behandlungsbedürftigen vergrößert den Markt, ermöglicht Wachstum. Und Wachstum wollen alle, die machtgerigen Manager, die infamen Investoren, aber auch die mitdenkenden Forscher. Sie alle wissen, daß die Qualität und die Sicherheit der Arbeitsplätze mit dem finanziellen Erfolg der Firma verknüpft sind.

Für den Arzt bedeutet dies alles, mehr Kunden zu haben, vor allem dauerhafte Kunden. Denn Angsttabletten bekämpfen ja nicht die Ursache, sie heilen nicht, sondern lindern nur vorübergehend die Ängste. Dazu kommt, daß der Arztpraxisbesucher vielleicht medikamentensüchtig wird. Und – zynisch, aber wahr – eine Tablettensucht produziert überaus treue Dauerkunden. Man muß sich allerdings auch vergegenwärtigen, unter welchem Erwartungsdruck vieler »Patienten« der Arzt, die Ärztin steht. Man schätzt, daß inzwischen nur 20 bis 30 Prozent aller Menschen bei Gesundheitsproblemen einen Arzt konsultieren. Man kann auch zur Apotheke oder zum Heilpraktiker gehen, zu den bewährten Hausmitteln greifen, eine Freundin anrufen oder im Internet surfen. Dennoch, drei Monopole hat der Arzt: ihn aufzusuchen kostet meist weniger, er stellt Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen aus und verordnet verschreibungspflichtige Arzneimittel. (Ein viertes, hier aber nicht so wichtiges Monopol ist die Ausstellung des Totenscheins.) Kein Wunder, daß viele nur dann zum Arzt gehen, wenn sie meinen, ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel zu brauchen.

Der Einzelne sieht sich den Zwängen einer sich medikalisierenden

Gesellschaft ausgesetzt. Es ist einfacher, konform zu sein, mitzumachen. Und nicht gegen die Windmühlen anzureiten. Sprich: es ist einfacher, die eigenen Ängste und die eigene Auseinandersetzung mit ihnen nicht als einen unverzichtbaren Teil seiner *Conditio Humana* anzuerkennen.

Unserer Gesellschaft beschert der Wahn des neudefinierten Gesundheitsbegriffs eine breite Identitätsstiftung. Und damit Ruhe im System, denn der einzelne ist mit sich selbst beschäftigt. Nicht mit »Klasse« oder »Rasse« oder »Freiheit«.

Durch die Medikalisierung, sei sie nun im medikamentösen oder nicht-medikamentösen Bereich, wird der größte Industriezweig unserer Gesellschaft unterstützt und genährt. Nicht nur am Leben gehalten, wie etwa die Montanindustrie. Schon vor einigen Jahren war klar, daß in der Bundesrepublik die »Gesundheitsindustrie« die Automobilbranche, unsere Vorzeigebbranche, weit überflügelt hat. Sowohl bei der Wertschöpfung als auch und vor allem bei den Arbeitsplätzen. Da viele Arbeitsgänge an der Maschine oder im Labor nicht automatisiert werden können, bedingen sie einen Menschen. Wenn die Gesundheitsindustrie weiter kräftig wächst, kann das Problem der Arbeitslosigkeit in einem vielleicht noch erträglichen Maß gehalten werden.

Die Gesellschaft ist freilich, selbst wenn es an manchen Ecken eine Autopoiesis gibt, wesentlich durch ihre Glieder bestimmt. Und so wirken die pharmazeutische Industrie, der Arzt und der einzelne zusammen in der Gesellschaft. Sie verstärken sich gegenseitig, auch ihre Symptome.

»Mitten unter der Arbeit,« sagte ich zwei Wochen später zum Doktor, »bekomme ich solche Angst vor Angsttableten.« »Na und?« wollte er wissen. »Mit dieser Sucht auf Rezept, mit diesen zu Krankheiten gemachten Angstgefühlen und so fort. Ich habe einfach diese Angst.« »Mehr systemisch oder mehr gliedhaft?« wollte er wissen.« »Wie?« »Ich meine, machen Sie sich mehr Sorgen um die abendländisch-puritanischen Gesellschaftsordnungen oder um Ihre Wenigkeit?« »Um beides«, sagte ich; ehrlich und unentschieden. »Ich fürchte, ich kann Ihnen nur beim zweiten weiterhelfen. Wann kommt die Angst denn?« fragte er. »Immer wenn ich mein Fiilguth[®] weglasse, absichtlich oder unabsichtlich«, sagte ich, »dann kommt diese Unruhe.« Seine Tipphand bewegte sich in Richtung PC-Tastatur. »Nein,« sagte ich mit betonter Bestimmtheit, »keine Tabletten.« »Sie sind ein Glücklicher,« meinte er, »Artikel fertig, haben was zum Arbeiten, Sie fühlen sich unter Therapie gut, und, und, und Fiilguth[®] gibt's auch als Pflaster.«

Anmerkungen

- 1 Name frei erfunden.
- 2 *Stern* vom 25. 11. 2004.
- 3 www.psychiatrictimes.com/p040601b.html (Übs. des Autors).
- 4 www.dooyoo.de/medikamente/*****/1007673/; Sternchen stehen für den anonymisierten Medikamentennamen.
- 5 Ulrich Schwabe und Dieter Paffrath (Hg.), *Arzneiverordnungsreport 2002*, Berlin u. a. 2003, S. 644.
- 6 Kategorisierung und Beispiele nach Ray Moynihan et al., in: www.bmjournals.com (Vol. 324, page 886 eingeben).
- 7 In Google 8580 Eintragungen unter »metathesiophobia« am 11. 12. 04.
- 8 www.changethatsrightnow.com/phobialist.asp
- 9 »Disease Mongering als Zeichen der Medikalisierung unserer Gesellschaft«, in: www.thieme.de/fz/zfo/01_04/ortho_02.html.