

Bewegung. Indem eine neue Gewichtung der medizinischen Zielbestimmung zugunsten der direkten Beschäftigung mit Gesundheit den bislang notwendigen ‚Umweg‘ über den Bezug auf Krankheit aufgibt, droht ein Prozess in Gang gesetzt zu werden, an dessen Ende sich der Gesundheitsbegriff als Zielgröße medizinischen Handelns ganz von therapeutischen Intentionen lösen kann. Damit würden die Begründungs- und Normierungsverhältnisse der Medizin erodieren, so dass schließlich keine Anhaltspunkte mehr gegeben wären, um etwa zwischen streng kurativer Krankheitsbehandlung und indikationslos-unbeschränktem Enhancement eine legitimatorisch aussagekräftige Grenze ziehen zu können. Das therapeutische Paradigma würde sich damit auflösen und der beliebigen Ausweitung des medizinischen Handlungsbereiches stünde nichts mehr im Wege.

D. OPTIONEN EINER AUSWEITUNG DER MEDIZIN

Der Arzt ist für die Krankheiten der Kranken da;
nicht die Gesunden bedürfen des Arztes!

HEINRICH SCHIPPERGES¹²⁵

Sämtliche Formen der Anwendung und Umsetzung medizinischer Leistungen und Maßnahmen, die bislang nicht zum Zuständigkeitsbereich der Medizin und dem ärztlichen Tätigkeitsfeld gehörten, stellen Formen einer Ausweitung der Medizin dar. Da es sich bei der Medizin um ein Berufsfeld und zugleich einen Bereich des öffentlichen Lebens handelt, von dem jeder einzelne Mensch – zumindest potenziell – in existenzieller Weise abhängig ist und der nicht nur von hohem gesellschaftlichen Interesse ist, sondern dabei ein in besonderem Maße regulierter und normierter Sektor ist, gehorchen Veränderungen in der Struktur und dem Anwendungsbereich der Medizin nicht den ansonsten weithin herrschenden Prinzipien marktwirtschaftlicher Selbststeuerung von Angebot und Nachfrage und den ökonomisch geleiteten Mechanismen von Expansion und Verdrängung, denen andere Sparten der Dienstleistungsgesellschaft ausgesetzt sind. Die Medizin zählt zu den wenigen so genannten *Musterprofessionen*, was bedeutet, dass sie in einer exponierten und privilegierten Stellung unverzichtbare Dienste für die Gemeinschaft leistet und moralisch hochstehende Aufgaben von gesamtgesellschaftlicher Verantwortung bewältigt.¹²⁶

125 Schipperges (1980), S. 14.

126 Musterprofessionen erbringen als „funktionale Sondererscheinungen moderner Gesellschaften [...] Leistungen, die auf zentrale gesellschaftliche Werte bezogen sind,

Eine Ausweitung des medizinischen Feldes ist daher in besonderer Weise legitimationsbedürftig, und die Art und Weise einer entsprechenden Begründung für die Identität und das Selbstverständnis der Medizin signifikant. Aus medizin-theoretischer Perspektive lassen sich nun zwei prinzipielle Möglichkeiten unterscheiden, wie eine Expansion des ärztlichen Handelns und eine damit einhergehende proklamierte Erweiterung der medizinischen Zuständigkeit begründet werden können. Dabei ist der maßgebliche Bezugspunkt die klassische Definition von Medizin in Form der traditionellen Zielsetzung des therapeutischen Paradigmas. Während neuartige Anwendungsfälle medizinischer Maßnahmen, die sich an der konventionellen Bestimmung ärztlichen Handelns orientieren und sich darauf berufen, krankheitsbezogenen Zielen der Medizin zu folgen, als *pathologisierende* Erweiterungsformen bzw. Argumentationen bezeichnet werden können, stellen Begründungsfiguren, die den Einsatz von Medizin zu Zwecken rechtfertigen, die außerhalb der Zielformulierung liegen und damit auf den Krankheitsbezug verzichten, ihr *medikalisierendes* Gegenüber dar.

Entgegen der mitunter vorzufindenden begrifflichen Unschärfe soll an dieser Stelle nachdrücklich zwischen Medikalisierung und Pathologisierung differenziert werden. So wird im Folgenden ein enges Verständnis des Medikalisierungsbegriffs zugrunde gelegt, das sich nur auf jene Formen einer „Ausweitung eines Marktes für medizinische Dienstleistungen“¹²⁷ bezieht, die nicht über den Krankheitsbezug bzw. therapeutischen Heilungsauftrag der Medizin legitimiert werden – auch wenn rein wunscherfüllende Expansion wiederum pathologisierende Effekte haben kann.¹²⁸

wie etwa Gesundheit, Recht oder Moral; sie beziehen sich auf universelles Wissen, das dazu verwandt wird, durch Werte vorgegebene gesellschaftliche Probleme zu lösen“. Labisch/Paul (2000), S. 637. In diesem Sinne betont der Rechtswissenschaftler Jochen Taupitz die „Zentralwertbezogenheit“ des freiberuflichen Handelns, das in professionsidentifizierender Weise die „Erhaltung und Förderung ‚ethischer Sachgehalte‘“ zur Aufgabe hat. Zitiert nach Kluth (1993), S. 149f.

127 Siegrist (2000), S. 240.

128 Darauf weist etwa Maio hin. Maio (2006), S. 346. Hinsichtlich der Frage jedoch, wie neue Zuständigkeiten der Medizin gerechtfertigt werden, ist das entscheidende Kennzeichen medikalisierender Positionen, Medizin rein instrumentell zu verstehen, als zur Erfüllung nichtmedizinischer Zwecke geeignet – und deshalb auch berechtigt.

D.1 Die Option der Pathologisierung: Neue Krankheiten

Die Behauptung medizinischer Zuständigkeit und der damit einhergehende Anspruch, dass ärztliches Handeln und Behandeln nicht nur zulässig und angemessen, sondern auch geboten und notwendig ist, sind herkömmlicherweise, aber auch begrifflich direkt mit dem Krankheitsbegriff verbunden. Dieses Legitimations- und Begründungsmuster impliziert, dass Zustände, die mit einer gewissen Dringlichkeit, über die der Betreffende nur begrenzt verfügen kann, ihre Beendigung oder zumindest Milderung erforderlich machen, die Medizin als dazu spezifisch geeignete Profession berechtigen und verpflichten, dieser normativen Struktur zu genügen und ihrem Auftrag der unbedingten Hilfe im Krankheitsfall nachzukommen. Die enge Verknüpfung des entsprechenden, am therapeutischen Paradigma orientierten ärztlichen Selbstverständnisses mit dem ebenfalls krankheitsbezogen formierten Gegenstandsbereich ärztlichen Handelns belegt den Anspruch einer doppelten Exklusivität der Medizin, welche durch eine simple Faustregel illustriert werden kann: wer krank ist, geht zum Arzt und wen ein Arzt behandelt, ist krank. Darin kommt die Essenz des therapeutischen Paradigmas zum Ausdruck, wonach die Medizin nur für die Behandlung von Krankheiten zuständig ist und gleichzeitig nur die Medizin für die Behandlung von Krankheiten zuständig ist. Weniger pointiert muss hierbei natürlich ergänzt werden, dass zum einen der klassischen Zielbestimmung zufolge zu medizinischen Aufgaben auch die Leidenslinderung, der Gesundheitserhalt sowie die Ermöglichung menschenwürdigen Sterbens zählen, und dass zum anderen die Medizin nicht völlig exklusiv berechtigt ist, sich der Bewältigung und Besserung von Krankheiten und Verletzungen zu widmen. Trotzdem schränken beide Ergänzungen die These der doppelten Exklusivität nicht ein, da einerseits auch diejenigen klassischen Ziele, die nicht direkt Krankheitsheilung betreffen, auf Krankheit bezogen sind und da andererseits die (Schul-)Medizin doch in paradigmatischer Weise einen unangefochtenen Kompetenz- und Effektivitätsvorsprung sämtlichen alternativen Reaktionsweisen gegenüber für sich in Anspruch nehmen kann.¹²⁹

Die wechselseitige direkte Verweisrelation von ärztlicher Tätigkeit und pathologischer Klassifizierung bietet nun auch für ganz neue Felder medizinischer Behandlung die Grundlage, entsprechendes ärztliches Handeln als legitimen Ein-

129 In diesem Punkt ist Medizin gleichbedeutend mit Schulmedizin, und Formen alternativer Heilmethoden oder der Komplementärmedizin werden der schematischen Klarheit wegen nicht zur Medizin gezählt.

satz und gerechtfertigte Anwendung von Medizin zu begreifen. Die Verankerung dieser Rechtfertigungsstrategie im therapeutischen Paradigma macht es für Expansionsbewegungen des medizinischen Feldes in neue Sphären des Zugriffs und der Kontrolle zur unabdingbaren Voraussetzung, dass „die Medizin ihren Gegenstandsbereich als Krankheit betrachten [muss], um ihren Zugriff auf diese Sphäre zu legitimieren“¹³⁰.

Durch einen definitorisch-explikativen Akt lassen sich Zustände und Prozesse, die bislang nicht als medizinisch relevant wahrgenommen wurden, sondern vielmehr als natürlich, normal und nicht-krankhaft galten, als krank klassifizieren und in den fraglos anerkannten Zuständigkeitsbereich ärztlichen Handelns integrieren, ohne die konventionelle Zielbestimmung der Medizin herauszufordern oder gar links liegen lassen zu müssen. Die betreffenden Sachverhalte wechseln durch diesen Vorgang ihren gesundheitsspezifischen Status und werden künftig als pathologisch, krankhaft und damit durch die Medizin behandlungsbedürftig angesehen.¹³¹ Dabei muss die Neudefinition von Zuständen als pathologisch freilich weniger als punktueller, dezisionistischer Moment einer einseitig sich manifestierenden medizinischen Deutungsmacht vorgestellt werden, sondern meint den Effekt eines mitunter schleichenden und oft durchaus hochkomplexen Aushandlungsprozesses, an dem unterschiedliche gesellschaftlich wirksame Faktoren und Akteure beteiligt sind. So ist die öffentliche Meinung, allgemeine Wahrnehmung und mediale Kommunikation der betreffenden Verhaltensweisen, Typisierungen und Problemkontexte ein wichtiges Element dieses Diskurses, das sowohl für die Akzeptanz neuer Krankheiten unerlässlich ist, daneben aber auch durch Pathologisierungstendenzen beeinflusst wird, die von der Medizin vorgeschlagen bzw. vorgegeben werden. Die Rolle, die die Fachautorität medizinischen Sachverstands dabei spielt, hängt meist an ihrer Verbindung mit der durch neu entwickelte pharmakologische oder medizintechnische Mittel und Verfahren geschaffenen Behandelbarkeit der infrage stehenden Zustände und Symptome. Dass mit den Grenzen der Behandelbarkeit sich auch unweigerlich die Grenzen der Einstellungen und Ansprüche, die sich auf die veränderbaren Zustände beziehen, verschieben, betont Pawelzik:

130 So der Medizinsoziologe Fabian Karsch, der die unter dieser begründungstheoretischen Prämisse erfolgenden Pathologisierungsvorgänge auch „Etikettierungsprozesse“ nennt. Karsch (2011), S. 272.

131 Vgl. dazu Pawelzik (2009), S. 278.

„Wie wir biologische Befindlichkeiten einordnen, hängt [...] von Kontextfaktoren ab, zu denen nicht zuletzt die Grenzen des medizinisch Machbaren und die damit einhergehenden Erwartungen und Maßstäbe gehören.“¹³²

Am Moment der Pathologisierung erweist sich somit, wie stark die Interpretation und die Grenzen des Begriffs von Krankheit – und analog von Gesundheit – von dem meist technisch bedingten Grad und Ausmaß der tatsächlich gegebenen Möglichkeiten der Behandlung und Therapie abhängt, was Wolfram Eberbach trefflich hervorhebt:

„Was Gesundheit oder Krankheit ist, [...] wird mitbestimmt durch den Fortschritt der medizinischen Fähigkeiten. So mag heute beispielsweise die Schiefstellung von Zähnen als behandlungsbedürftig gelten, weil sie inzwischen mittels Zahnpange gerichtet werden kann; Kleinwüchsigkeit, früher ‚gottgegeben‘, aber keine Krankheit, kann grundsätzlich medikamentös behandelt werden. Durch die Zunahme medizinischer Interventionsmöglichkeiten wird so die Messlatte für Krankheit immer höher gelegt, gelten immer mehr gesundheitliche Befindlichkeiten als ‚krank‘, weil nun behandelbar – der Zwang zur Hin- nahme als schicksalsgegeben entfällt.“¹³³

Zweifellos haben der therapeutische Fortschritt und insbesondere die medizintechnischen Innovationen durch das erweiterte Spektrum und gestiegene Niveau der Machbarkeit entscheidenden Einfluss auf pathologisierende Tendenzen. Deshalb ist auch davon auszugehen, dass Pathologisierung als Begleiterscheinung technologischer Entwicklung ein dauerhaftes Phänomen moderner Gesellschaften darstellt.

D.1 (a) Chancen einer pathologisierenden Ausweitung der Medizin

Dass es durch die Fortentwicklung medizinischer Behandlungs- und Manipulationsmöglichkeiten nicht mehr notwendig ist, angeborene bzw. ‚naturegegebene‘ Befindlichkeiten und Eigenschaften fatalistisch hinzunehmen, deutet auf durchaus positive Effekte einer pathologisierenden Expansion der Medizin hin. Bei aller Vorsicht, die im Falle der ‚Entdeckung‘ neuer Krankheiten schon aus begriffstheoretischen Gründen geboten ist, ist auch zu erörtern, ob die Pathologisierung vormals nicht krankhafter Zustände nicht auch Vorteile für die Betroffenen mit sich bringt.

132 Ebd., S. 279.

133 Eberbach (2009), S. 18.

Angesichts der in sozialer Hinsicht eminent bedeutungsvollen Normativität des Krankheitsbegriff und seiner Anwendung ist zu berücksichtigen, dass die Einstufung von störendem oder problematischem Verhalten als krank durchaus auch entlastende und entstigmatisierende Auswirkungen zeigen kann. Die Pathologisierung etwa von auffälligen psychischen Störungen kann dazu beitragen, dass der Betreffende, nun in seiner neuen, ‚fachlich zugewiesenen und anerkannten‘ Rolle als pathologisch Leidender und Patient, seinen auch von ihm selbst als problematisch empfundenen Zustand nicht mehr als naturgegebenen Teil seiner Persönlichkeit oder selbstverantworteten Tick verstehen muss, den er aus eigener Kraft zu überwinden oder aber hinzunehmen hat. Vielmehr kann die Klassifizierung als Krankheit von dem Betroffenen den Druck nehmen, sich selbst für seinen Zustand in vollem Umfang verantwortlich zu machen und dementsprechende Schuldgefühle zu entwickeln. Im Rahmen seiner groß angelegten Kritik an der Deutungsmacht der Medizin hat Ivan Illich auch diesen Pathologisierungseffekt individueller Entlastung betont:

„Solange Krankheit als etwas verstanden wird, das von den Menschen Besitz ergreift, das sie ‚befällt‘ oder ‚ereilt‘, können die Opfer solcher natürlichen Vorgänge von der Verantwortung für ihren Zustand freigesprochen werden.“¹³⁴

Und nicht nur eine etwaige Verantwortung für den selbstverschuldeten Zustand wird somit entkräftet; indem dieser mit medizinischer Autorität pathologisiert wird, wird darüber hinaus signalisiert, dass das entsprechende Symptom kontrolliert und vor allem als prinzipiell behandelbar eingestuft wird, was dem Betroffenen Grund zur Zuversicht geben mag. Insofern kann mit der Pathologisierung eines Zustands auch ein implizites Hilfsversprechen der Medizin einhergehen, das zumindest durch die Tatsache der medizinisch-nosologischen Erfassung des Beschwerdetyps eine indirekte Zusage der Behandlungsmöglichkeit trifft und

134 Illich (1995), S. 121. Allerdings steht dies für Illich im Rahmen einer umfassend systemkritischen Position, die die Medizin als willfähiges Ausführungsorgan der herrschenden Klasse in einer politisch unfreien Industriegesellschaft begreift und auch deren Definitionshoheit über die Krankheitsterminologie als Instrument der systemerhaltenden Macht über die Individuen geißelt. Illichs Analyse ist in vielen Grundmotiven zwar zutreffend, muss aber vor allem angesichts der Wechselwirkungen, die heute zwischen Medien, Politik, Medizin und ihrer Wahrnehmung und Wirkung in der Bevölkerung bestehen, differenzierter betrachtet werden. Zur medizinsoziologischen und -psychologischen Aufnahme und Rezeption von Illichs Medizinkritik siehe BÄKNW (1977); Flöhl (1979).

durch eine derartige ‚quasi-objektive‘ Feststellung dem Betroffenen in Aussicht stellt, mit seinem Zustand nicht allein gelassen zu werden.¹³⁵

D.1 (b) Kritische Aspekte einer pathologisierenden Ausweitung der Medizin

Eine Ausweitung des ärztlichen Handlungsbereiches bedeutet unter den Vorzeichen heutiger medizinischer Behandlungspraxis immer auch einen gesteigerten Einsatz und Umsatz von Arzneimitteln (wie Tabletten, Lösungen, Pflaster, Cremes und Implantate) und Medizinprodukten (wie Prothesen, ärztliche Instrumente, Diagnostik- und Behandlungsgeräte). So kann es nicht verwundern, dass die Unternehmen und Lobbygruppen der entsprechenden Wirtschaftszweige nicht uninteressiert an einer expansiven Entwicklung der Medizin sind, sondern als einflussreiche Kräfte die Auseinandersetzung und Meinungsbildung über die Grenzen einer gesellschaftlich akzeptablen Krankheitsdefinition öffentlich (aber auch halböffentlich im direkten Kontakt mit Ärzten und Apothekern) zu beeinflussen versuchen. Daher beschränkt sich die Mitwirkung an der Ausweitung der Medizin von Seiten der Arzneimittelbranche nicht darauf, durch die Neuentwicklung von Medikamenten und Wirkstoffen eine neue, pathologisierende Sicht auf bislang ‚normale‘ Phänomene zu provozieren. Neben dem aktiven, direkten Initiieren einer Krankheitsexpansion hat die Pharmaindustrie vor allem an den real-wirtschaftlichen Effekten von Pathologisierungseffekten höchstes Interesse.

Der Umstand, dass die ‚Entdeckung neuer Krankheiten‘ in den meisten Fällen mit (dem Abschluss) der Entwicklung eines passgenauen Medikaments oder einer speziellen Behandlungstechnik für die jeweilige Symptomatik verbunden ist und somit der Anteil des diesbezüglichen Profitstrebens an einer Neudefinition offen zutage tritt, sorgt regelmäßig für große Skepsis und heftige Kritik. Kern der Befürchtungen und Vorwürfe gegenüber einer Ausweitung des medizinischen Handlungs- und Zuständigkeitsbereiches, die in Form einer Pathologisierung erfolgt bzw. entsprechend begründet wird und die zudem von Akteuren des Gesundheitsmarkts betrieben wird, die von der ‚Entdeckung‘ oder ‚Erfindung‘ neuer Krankheiten direkt profitieren, ist, dass medizinische Kriterien hierbei eine nur untergeordnete Rolle spielen und letztlich von wirtschaftlichen Interessen bestimmt wird, welche Zustände als krank gelten und welche nicht. Diese vor allem von (Wissenschafts-)Journalisten breitenwirksam vorgebrachte Kritik ist darum bemüht, die ‚krankmachende‘ Kehrseite einer vorgeblich am klassischen

135 Vgl. allgemein zu sozialen Eigenheiten und Auswirkungen der Krankheitszuschreibung die klassische Analyse sog. „sick roles“ des US-amerikanischen Soziologen Talcott Parsons. Parsons (1951), S. 428ff. sowie auch Siegler/Osmond (1973).

ärztlichen Heilungsgebot festhaltenden medizinischen Geschäftspraxis aufzudecken und der Gesellschaft ihre eigene Manipulierbarkeit vorzuführen.¹³⁶ Der oft nicht unberechtigte Vorwurf der Geschäftemacherei sieht hierbei die mächtigste Antriebfeder derartiger Expansionsbewegungen in einer marktgetriebenen Dynamik, welche jenseits medizinischer Kriterien und Motive daran interessiert ist, den Bereich anerkannter Krankheitsbilder auszuweiten.

Kommerziell begründeten Pathologisierungsabsichten spielen zudem auch problematische Tendenzen innerhalb der Medizin in die Hände. So verquicken sich die wirtschaftlichen Interessen der Pharmakonzerne mit dem innerhalb der Ärzteschaft vorherrschenden Hang zur Somatisierung von Krankheit, aus dem wiederum eine Konzentration auf medikamentöse Therapieansätze folgt. Die verbreitete Haltung von Medizinern, pharmakologische Methoden häufig zulaufen vermeintlich aufwendigerer und dabei schlechter entlohnter Alternativen wie dem zugewandten Patientengespräch zur Krankheitsbehandlung zu präferieren, die mitunter mit einem technizistischen Menschen- und Krankheitsbild einhergeht, ist freilich ihrerseits wiederum nicht unabhängig von dem Einfluss der Arzneimittelbranche auf die Ärzte zu betrachten und eigens zu hinterfragen.¹³⁷ Dabei scheint mittlerweile selbst aus Sicht sozialstaatlicher Verantwortung das gesundheitspolitische Ziel, möglichst weite Teile der Bevölkerung vor Krankheit zu bewahren und die allgemeine Gesundheit zu fördern, unter den Vorzeichen eines volkswirtschaftlichen Kalküls in einer Konsumgesellschaft, die jede Gruppe der Bevölkerung als Marktsegment betrachtet, nicht mehr von eigenem Interesse. Insofern kann sogar eine gewisse Indifferenz der staatlichen Gesundheitspolitik gegenüber pathologisierenden Tendenzen unterstellt werden, solange die Erweiterung des Krankheitsspektrums eine steigende oder zumindest belebte Binnennachfrage auf dem Gesundheitsmarkt verspricht. Der Medizinhistoriker Paul Unschuld, der darin unter anderem einen Effekt der stärkeren Betonung gesundheitlicher Eigenverantwortung sieht, bringt diese paradoxe Wende einer ursprünglich und eigentlich mit Gesundheit befassten Politik prägnant zum Ausdruck:

„[D]er Staat hat kein Interesse mehr, jeden Bürger gesund zu sehen. Jeder Bürger ist jedoch Konsument, gleichgültig, ob er gesund oder krank ist. [...] Der Kranke kauft Produk-

136 So erfährt der Leser einschlägiger Bestseller, „wie Ärzte und Patienten immer neue Krankheiten erfinden“ und davon, wie „die moderne Medizin dem Menschen [einre-det], die Natur schlage ihn mit immer neuen Krankheiten, die nur von Ärzten geheilt werden könnten“. Bartens (2005); Blech (2005), S. 7.

137 Vgl. dazu etwa Lown (2004); Hontschik (2006); Maio (2008b).

te, die ihm seine Gesundheit wiederbringen oder aber zumindest sein Kranksein erträglich werden lassen sollen. Auf diese Weise tragen heute sowohl Gesunde als auch Kranke ganz erheblich zum wirtschaftlichen Wohlergehen bei.“¹³⁸

Mag nun der Krankenrolle in einer Volkswirtschaft eine gewisse systemerhaltende Funktion zugeschrieben werden können, angesichts der positiven Nebeneffekte von pathologisierenden Formen der Ausweitung der Medizin für die Betroffenen, die unterstützend wirken können, indem sie medizinische Lösungswege für persönliche Probleme aufzeigen, und die daher zu begrüßen sind, muss allerdings besonders hervorgehoben werden, dass in diesem Zusammenhang auch exakt gegenläufige Wirkungen zu beobachten sind. Pathologisierend-expandierende Neudefinitionen können durchaus neben entlastenden Effekten für den ‚Neu-Kranken‘, der nun von dem medizinischen Krankheitsraster aufgefangen wird, gleichzeitig belastende Wirkung zeigen. Denn Krankheit wird längst nicht mehr als fremdgelenktes Schicksal verstanden, das über einen kommt und dem man wahllos ausgeliefert ist, sondern gilt mittlerweile als mach- und gestaltbar sowie so stark individualisiert, dass Krankheit sich – entgegen der beschriebenen Entlastungsfunktion – häufig stigmatisierend auswirkt. Dieser zunächst paradox wirkende Umstand lässt sich auf die Bedeutungsverschiebung zurückführen, die der Krankheitsbegriff im Zuge der Aufwertung von Gesundheit als positivem Leitwert und Ermöglichungsbedingung selbstbestimmter Lebensführung erfahren hat.¹³⁹ Durch die ebenfalls gesteigerte Betonung individueller Eigenverantwortung, die den Prozess der Gesundheitspositivierung flankiert und sich demgemäß ihrem Anspruch nach auf sämtliche medizinisch relevanten Aspekte der Lebensführung erstreckt, wird nun auch der Gesundheitszustand mit in den Bereich einbezogen, in dem der Einzelne sich als selbstbestimmender Gestalter seines Lebens bewähren muss. So gewinnt der sichtbare Körper als Ort, an dem Erfolge in der gebotenen Selbstsorge zuallererst und am deutlichsten ablesbar sind, besondere Bedeutung. Mit der Verlagerung der vollen Verantwortung für die eigene Gesundheit auf das Individuum geht dabei eine „Moralisierung der Gesundheit“¹⁴⁰ einher, indem „aus individuellen Präferenzen verbindliche moralische Werte werden“¹⁴¹. An dieser Umkehr der normativen Aufladung des Krankseins, die im Extremfall „Krankheit“ heute als Synonym

138 Unschuld (2004), S. 55.

139 Siehe oben, S. 162ff.

140 Paul Rozin, zitiert nach Pawelzik (2009), S. 280.

141 Ebd.

für „Das Böse“ und als „ethisch[e] Keule“¹⁴² lanciert, zeigt sich der Wandel des Gesundheitsverständnisses und der Bedeutung von Selbstverantwortlichkeit in paradigmatischer Weise.

Freilich lässt sich aus einer sozialwissenschaftlichen bzw. machtsociologischen Perspektive, die den modernen Sozialstaat unter Gesichtspunkten der Aktivierung und Anpassung kritisch untersucht, dann auch im pathologisierenden Moment des Für-krank-Erklärens die Kehrseite des Motivs der erstrebenswerten und selbstverantworteten Gesundheit als modernes Instrument zur kollektiven Verhaltenssteuerung ausmachen. Die Gesundheitswissenschaftlerin Bettina Schmidt versteht die gesellschaftliche Wirkung der Pathologisierung ganz in diesem Sinne:

„Das geltende Gesundheitsdogma bietet die ideale Möglichkeit, jede unerwünschte Lebensweise in eine ungesunde Lebensform umzudeuten und mit Hilfe des Umwegs über die Gesundheit ungewünschtes Verhalten präventiv und kurativ zu kontrollieren und zu sanktionieren.“¹⁴³

Während mit Blick auf die häufig vertretene Negativierung von Krankheit – die an sich problematisch ist¹⁴⁴ – pathologisierende Tendenzen zu vermehrt negativen Konsequenzen für die Betroffenen führen können, lassen sich in einem anderen Bereich der Medizin, der ganz im positiven Zeichen eines umfassenden Zugewinns für den Einzelnen steht, Formen indirekter Pathologisierung feststellen. Das präventive Paradigma, das wie kein zweites ebenfalls stark von dem Gedanken der eigenverantwortlichen Selbstsorge und vorausschauenden Vernunft geprägt ist, führt seiner inhärenten Strukturlogik nach unweigerlich zu dem pathologisierenden Effekt, dass zuvor gesunde Menschen unter dem Eindruck des für die Präventivmedizin unverzichtbaren Risikobewusstseins und durch das Spektrum der Maßnahmen zur Vorbeugung von sich (mit wie geringer Wahrscheinlichkeit auch immer) anbahnenden Störungen ihren selbstvergessenen Status des Gesundseins verlieren und gegen die merkwürdige, aber zutreffende Kategorie des Noch-Gesundseins bzw. des Noch-nicht-Krankseins eintauschen.¹⁴⁵

142 Duden et al. (2006), S. 36.

143 Schmidt (2007), S. 100.

144 Vgl. oben, S. 184f.

145 Vgl. dazu exemplarisch Christopher Rommel, der die Pathologisierungstendenzen der präventiven Medizin, die aus ihren gesunden Adressaten „Noch-Gesunde“ bzw. „Noch-nicht-Kranke“ macht, kritisiert. Rommel (1994), S. 418. Für Heinz-Harald Abholz ist diese Transformation in den Zustand latenten Krankseins dann auch

Besonders anhand der Möglichkeiten prädiktiver Gendiagnostik und ähnlicher Screeningverfahren und Früherkennungstests ist dieser durch die Schaffung von Risikobewusstsein indirekt pathologisierende Effekt eklatant zu erkennen. Hier entsteht die neue Patientengruppe der „präsymptomatisch“ Kranken, die im „Schatten einer zukünftigen Krankheit“¹⁴⁶ stehen.

An dieser im Rahmen medizinischer *Allround*-Prävention zu beobachtenden Form der Pathologisierung ist nun bemerkenswert, dass in dem Maße, in dem sich die Vorsorgemedizin in ihrer Ausrichtung an den klassischen Zielen der Medizin primär auf den Leitwert der Gesundheit konzentriert und von dem zentralen Bezug auf Krankheit mehr und mehr entfernt (und schließlich abkoppelt)¹⁴⁷, die pathologisierende Begründung für das entsprechende ärztliche Handeln selbst ihre Grundlage verliert. Auf diese Ausweitungslogik, die einer Positivierung des Gesundheitsbegriffs inhärent ist, weist auch Pawelzik hin: „Je positiver der Gesundheitsbegriff wird, desto mehr weitet sich der Behandlungsanspruch [...] aus“¹⁴⁸. Präventivmedizin, die nicht auf konkret drohende Erkrankungen mit hohen Wahrscheinlichkeitswerten hin ausgerichtet ist, sondern eine umfassend-allgemeine Steigerung der Gesundheit als effektivste Strategie der Generalvorbeugung erkennt (ganz nach dem Motto ‚Angriff ist die beste Verteidigung‘), tendiert dann dazu, den Tätigkeitsbereich des Arztes nicht unter Verweis auf pathologisierende Begründungsmuster auszudehnen, sondern vielmehr medikalisierend zu argumentieren.¹⁴⁹

D.2 Die Option der Medikalisierung: Neue Ziele

Werden medizinische Leistungen und Maßnahmen in Fällen eingesetzt, die bislang nicht zum Spektrum ärztlichen Handelns gehörten und deren Befürworter dabei nicht beanspruchen, dass diese neuartigen Behandlungen unter die klassische Zielbestimmung des therapeutischen Paradigmas fallen, handelt es sich um

gleichbedeutend mit dem „Drängen in die Krankenrolle“ durch „die Dramatisierung eines Risikos“. Abholz (1993), S. 54.

146 So Günter Feuerstein, Regine Kollek und Thomas Uhlemann in *Gentechnik und Krankenversicherung* (2002), zitiert nach Viehöver/Wehling (2010b), S. 22f.

147 Vgl. oben, S. 162ff.

148 Pawelzik (2009), S. 283.

149 Vgl. zu dem präventionsspezifischen Übergangsfeld zwischen Pathologisierung und Medikalisierung Alf Trojans Analyse der „Medikalisierung der Prävention“. Trojan (2007).

Formen einer Ausweitung der Medizin, deren Begründung medikalisierend genannt werden kann. Während pathologisierende Argumente neue Krankheiten als Grundlage für expandierende Handlungsforderungen ins Feld führen, sind es bei medikalisierenden Rechtfertigungen neue Ziele jenseits von Krankheitsbehandlung, zu deren Erreichen die Medizin fortan in Dienst genommen werden soll. Eine in diesem Sinne verstandene Medikalisierung ist somit nicht zielkonform krankheitsbezogen, sondern zielüberschreitend wunschbezogen. Freilich kann allein aus dem Umstand, dass eine Zielsetzung nicht den bisherigen Legitimationsansprüchen der Medizin genügt, noch nicht gefolgert werden, dass diese Zielsetzung grundsätzlich nicht zu den legitimen Zielen der Medizin gehören sollte. Daher stellt sich die Frage, wie weit sich „das legitime Territorium der Medizin“ erstreckt, als Frage nach der „Grenze einer legitimen Medikalisierung“¹⁵⁰. Der Begriff der Medikalisierung wird hierbei in einer auf ihre begründungstheoretische Funktion für eine Expansion des medizinischen Feldes eingeschränkten Bedeutung aufgefasst und verwendet.

D.2 (a) Medikalisierung als Modernisierungseffekt

In dem gängigen und allgemeinen Verständnis, welches sich in erster Linie aus soziologischen, gesellschafts- und geschichtswissenschaftlichen Theorien sowie der teilweise politisch motivierten Medizin- und Psychiatriekritik der 1960er und 1970er Jahre speist, umfasst die Bezeichnung der Medikalisierung den gesamten Prozess der Ausbreitung und Etablierung medizinischer Zuständigkeit und des medizinischen Handlungsfeldes.¹⁵¹ So heißt es in der Einleitung eines jüngst erschienenen Bandes zur Wahrnehmung und Vermittlung medizinischen Wissens in Gesellschaft und Kultur:

„Mit ‚Medikalisierung‘ ist die Ausweitung medizinischer Autorität auf immer mehr Bereiche des menschlichen Lebens bezeichnet. Phänomene, die zuvor als soziale Probleme gefasst wurden, werden verstärkt mit Kategorien von Krankheit und Gesundheit klassifiziert.“¹⁵²

150 Allert (2002), S. 29.

151 Vgl. hierzu Viehöver und Wehling, die dabei auch den Einfluss der Arbeiten Michel Foucaults hervorheben und als Hauptvertreter der frühen Medikalisierungsliteratur und -forschung Thomas Szasz, Ivan Illich, Irving Zola und Peter Conrad sowie Strömungen der Medizin- und Professionssoziologie nach Talcott Parsons und Eliot Freidson anführen. Viehöver/Wehling (2010c), S. 86ff. Zur entsprechenden Aufarbeitung in der Medizingeschichtsschreibung vgl. Stolberg (1998).

152 Liebsch/Manz (2010), S. 12.

Diese Definition macht deutlich, wie umfassend das primär soziologisch verstandene Medikalisierungskonzept auf den Anteil und Einfluss der Medizin generell in der Gesellschaft angelegt ist, indem es nicht nur die Expansion des Begriffsfeldes ‚Gesundheit‘, sondern auch die Erweiterung bzw. Modifizierung des Verständnisses von Krankheit als selbstverständlichen Bestandteil medikalisierender Phänomene begreift. Nach dieser weiten Interpretation, wie sie etwa Irving Zola formuliert, sind sämtliche Formen einer „Ausweitung all dessen, was im Leben für wichtig gehalten wird, auf die Praxis der Medizin“¹⁵³ als Medikalisierungsphänomene einzustufen. Aus einer Perspektive, die vornehmlich an den Interaktionsmustern und Machtverhältnissen innerhalb einer Gesellschaft mit ihren auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelten Akteuren und Akteursgruppen interessiert ist, sind dabei auch Auswirkungen von Interesse, die die Zuweisung und Akzeptanz medizinischer Autorität betreffen. So heißt es in einem Lehrbuch der Soziologie:

„Medikalisierung bezeichnet einen Prozess, in dessen Verlauf es den Gesellschaftsmitgliedern immer selbstverständlicher geworden ist, die Behandlung gesundheitlicher Probleme einer expandierenden Medizinkultur zu überantworten.“¹⁵⁴

Legt man diese Bestimmung zugrunde, lässt sich der Medikalisierungsbegriff nicht nur auf eine Begleiterscheinung der kultur- und gesellschaftsgeschichtlichen Entwicklungen im 19. und 20. Jahrhundert beziehen, sondern umfasst weit darüber hinaus den bloßen Vorgang der Entstehung medizinischer Bezugnahme an sich, d.h. in jeglicher geschichtlichen Epoche. Ein derartig offenes und formales Verständnis scheint allerdings gefährdet, in seiner weiten Auslegung den zeitspezifischen Kern der gegenwärtigen Ausweitungsbewegung der Medizin zu verfehlen.¹⁵⁵ Daher soll Medikalisierung im Folgenden mit Karsch in einem spe-

153 Zola (1979), S. 65. Ähnlich lautet auch die Medikalisierungs-Definition im Bericht zu den Zielen der Medizin des *Hastings Center*: „Anwendung medizinischen Wissens und medizinischer Technologie auf Problembereiche [...], die historisch nicht als medizinische Probleme gesehen wurden“. Callahan et al. (1996), dt. Allert (2002), S. 35.

154 Badura/Feuerstein (2007), S. 411.

155 In solch einem überzeitlichen Verständnis von Medikalisierung als bloßer Beschreibungsformel binnengesellschaftlicher Strukturdynamik lassen sich dann freilich auch die Manifestationsformen des traditionellen ärztlichen Ethos der Vergangenheit, die unter den Bedingungen einer stark ausgeprägten Wissens- und (Mit-) Be-

zifischeren Sinne als Prozess verstanden werden, der „die Etablierung medizinischer Institutionen, die Vergrößerung medizinischer Einflussbereiche und die Bedeutungszunahme medizinischer Denkweisen“¹⁵⁶ umfasst, wie sie gerade vor dem Hintergrund und im Zuge der Modernisierung erfolgt sind.

Drei Kennzeichen lassen sich als Hauptquellen der soziokulturellen Umbruchsfigur ausmachen, welche die gegenwärtige Situation der Medikalisierung maßgeblich prägt: zunächst die Ausdifferenzierung gesellschaftlicher Teilbereiche, die nicht zuletzt zu einer hochentwickelten Arbeitsteilung und Spezialisierung professioneller Kompetenz in unterschiedlichsten Berufsgruppen geführt hat (1); daneben die Pluralisierung kollektiv geteilter Maßstäbe und normativ bindender Leitwerte sowie die Diversifizierung individueller Lebensentwürfe im Verbund mit der Hochschätzung persönlicher Selbstbestimmung und Autonomie (2) und schließlich – für die Entwicklung der modernen Biomedizin entscheidend – die anhaltende Technisierung der Lebenswelt, bedingt, intensiviert und beschleunigt durch den stetigen technologischen Fortschritt und Innovationszuwachs (3). Vor dem Panorama dieser alle Lebensbereiche durchdringenden Strukturelemente der Modernisierung lässt sich das Phänomen der Medikalisierung als ein „mehrdimensionaler sozialer Prozess“¹⁵⁷ konturieren, der sich folgerichtig aus den drei genannten Hauptmotiven des Kulturwandels ergibt: indem die individuellen Vorstellungen eines guten Lebens nicht nur immer unabhängiger von vorgegebenen und begrenzenden Richtlinien und Maßgaben werden, sondern der Einzelne darin bestärkt wird, sein Glück eigenverantwortlich finden zu können; indem gleichzeitig durch enorme Fortschritte der medizin-techno-

stimmungs-Asymmetrie zwischen Arzt und Patient standen, als „paternalistisch[e] Medikalisierungsformen“ auffassen. Karsch (2011), S. 276.

156 Ebd., S. 271.

157 Viehöver/Wehling (2010c), S. 90. Bemerkenswert ist dabei, dass das Medikalisierungskonzept insofern ein sehr dynamisches Konzept ist, als es auch flexible und reversible Prozesse umfasst und Fälle von ‚Demedikalisierung‘ sowie erneuter ‚Remedikalisierung‘ beschreiben kann, wie das Beispiel männlicher Homosexualität anschaulich macht. Die gleichgeschlechtliche Veranlagung und Lebensweise wurde zunächst aus dem Deutungsbereich der Kirche und des Rechts (dort in der Begrifflichkeit von ‚Sünde‘ und ‚Schuld‘ bzw. als Straftatsbestand) in das medizinische Feld überführt (als Krankheit bzw. krankhafte Abnormität), bevor sie seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts weitestgehend demedikalisiert wurde, was schließlich im Zeichen gendeterministischer Vorstellungen mit dem Aufschwung der Humangenetik seit den 1990er Jahren wieder punktuelle Gegenbewegungen erlebt, siehe ebd., S. 88, sowie die Arbeiten Peter Conrads.

logischen Möglichkeiten des Eingreifens und Manipulierens des Körpers und der biologischen Grundlage menschlichen Lebens (bis hin zum Erbgut) sich ganz neue Optionen menschlicher Selbstgestaltung und Selbstverwirklichung eröffnen; und indem schließlich das selbstbestimmte Individuum mit seinen subjektiven Wünschen und Vorstellungen in spezialisierten und hochprofessionalisierten Mediziner*innen eine Anlaufstelle für die kompetente Hilfe bei der Umsetzung der persönlichen Lebensentwürfe findet, schließen sich die diversen Pluralisierungs- und Individualisierungstendenzen der Spätmoderne zur Figur der medikalisierten Sorge um das eigene Selbst zusammen.

D.2 (b) Medikalisierung als Folge eines gewandelten Gesundheitsverständnisses

Anders als das Medikalisierungskonzept der Soziologie und Gesellschaftstheorie, das sich umfassend auf sämtliche Bereiche und Facetten einer Ausweitung des medizinischen Denkens, Kontrollierens, Normierens und Handelns bezieht¹⁵⁸, wird im Folgenden ein Medikalisierungsbegriff verfolgt, der ausschließlich begründungstheoretisch angelegt ist und mit Blick auf die Form der Legitimierung einer Ausweitung der Medizin als Abgrenzungsformel zur parallel bestehenden Option der Pathologisierung fungiert. Das leitende Kriterium für diese Differenzierung stellt der Bezug zu den klassischen Zielen der Medizin dar. Während pathologisierende Argumentationsformen von einem positiven Bezug zu dieser Zielbestimmung ausgehen, kennzeichnet es medikalisierende Begründungsfiguren, explizit auf einen entsprechenden Bezug zu verzichten. Hinsichtlich der Frage, wie neue Zuständigkeiten der Medizin gerechtfertigt werden, ist somit das entscheidende Element medikalisierender Positionen, Medizin rein instrumentell zu verstehen, d.h. sofern Medizin zur Erfüllung nichtmedizinischer Zwecke (im Sinne der klassischen Ziele) geeignet ist, ist sie deshalb auch dazu berechtigt.

Wie sich bereits im Falle konsequenter Präventivmedizin abzeichnet, ist das normative Schlüsselkonzept für eine Expansion der Medizin der Gesundheitsbegriff. Dies zeigt schon ein Blick in die Medizingeschichte, wie Alfons Labisch anhand eines historischen Medikalisierungsschubs in Folge des Aufstiegs der Naturwissenschaften und dessen Auswirkungen auf das Gesundheitsverständnis nachzeichnet:

158 Dies kann auch die Umkehr dieses Prozesses in Form sog. Demedikalisierung beinhalten, siehe vorige Fußnote.

„Es ist nicht zu bestreiten, dass die Medizin als Institution und die Ärzte als Profession in dem Maße gewonnen haben, in dem sich die naturwissenschaftliche Deutung von Gesundheit in der Gesellschaft durchsetzte.“¹⁵⁹

Solange bei einer auf den Erhalt von Gesundheit abzielenden Ausweitung ärztlicher Tätigkeit die konzeptuelle Verbindung zu dem Komplementärbegriff der Krankheit besteht, kann dieser Prozess als pathologisierende Form der Ausweitung verstanden werden. Da der Gesundheitsbegriff selbst jedoch ohnehin in notorischer Weise Objektivierungs-, Positivierungs- sowie Ausweitungsdynamiken ausgesetzt ist und sich zusehends aus seiner Einbindung in das therapeutische Paradigma befreit, führt die Orientierung an dem Leitwert Gesundheit unweigerlich zu medikalisierenden Begründungsfiguren. Wenn nun mit der Herauslösung aus dem normierenden und limitierenden Konzept des therapeutischen Paradigmas, das über die klassischen Ziele der Medizin operationalisiert ist, auch die notwendige Ausrichtung an definierten Kriterien der Krankheitsbestimmung wegfällt, ist damit eine an das offene Gesundheitsverständnis gekoppelte Formulierung neuer Ziele für ärztliches Handeln gleichermaßen unbeschränkt und ziellos möglich.

Das von dem Nationalökonom Robert Crawford 1980 als „Healthism“¹⁶⁰ bezeichnete Phänomen übersteigerten Gesundheitsbewusstseins, das der Epidemiologie und Medizinkritiker Petr Skrabanek aufgegriffen und in der Vokabel der „Gesundheitsideologie“¹⁶¹ zugespitzt hat, bringt prägnant eine mächtige Triebfeder eines derartigen Ausweitungsprozesses der Medizin im Zeichen medikalisierender Rechtfertigungen auf den Punkt. Wie Hagen Kühn hervorhebt, erzwingt eine Hochschätzung von Gesundheit geradezu die Expansion der Medizin jenseits aller therapeutisch-kurativer Zielsetzungen:

„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.“¹⁶²

159 Labisch (1992), S. 279.

160 Crawford (1980).

161 Skrabanek (1994), Orig. „health fascism“.

162 Kühn (1993), S. 18.

D.2 (c) Chancen und Potenzial medizinischer Möglichkeiten jenseits von Therapie und Pflege

Medikalisierung im Sinne einer Ausweitung der Medizin jenseits einer Berufung auf die traditionellen Ziele der Krankheitsbehandlung, Leidenslinderung oder der Wiederherstellung der Gesundheit kann ebenso wie die pathologisierende Expansionsform selbstverständlich auch zu positiven Auswirkungen für die Adressaten und Abnehmer der entsprechenden medizinischen Leistungen und Maßnahmen führen. So können mit der gezielten Inanspruchnahme medizinischer Hilfe in der Regel die angestrebten Ziele erreicht und damit die Lebensqualität der Medizinklienten verbessert werden. Außerdem erlaubt es solchermaßen neuartiges ärztliches Handeln, Probleme zu lösen, denen bislang entweder mit nur sehr langwierigen und unangenehmen Bewältigungsstrategien beizukommen war, oder aber deren Lösung völlig außerhalb des Möglichen lag. Damit fügen sich die Errungenschaften der klinischen und pharmakologischen Forschung, des medizintechnischen Fortschritts sowie der ärztlichen Kompetenz nahtlos ein in das Grundgerüst wesentlicher Eigenschaften des Menschen als *homo faber* und *homo compensator*, dem es um die ständige Weiterentwicklung seiner Möglichkeiten und Fähigkeiten sowie um das innovative Streben nach einer Verbesserung seiner Lebenssituation mit allen ihm dafür zur Verfügung stehenden Mitteln zu tun ist. Als unverzichtbare Grundvoraussetzung gilt ihm dabei, über sein eigenes Wohl und Wehe selbst und in unbeschränkter Freiheit¹⁶³ zu bestimmen, um sein Leben ganz nach seinem Willen und seinen individuellen Vorstellungen zu gestalten. Dass der Mensch zu diesem Zweck nicht nur die ihn umgebende Umwelt und vorgefundene Natur nach seinen Bedürfnissen formt und nutzt, sondern auch seine eigenen biologischen Grundlagen und seine psychophysische Verfassung jenseits der Abwehr und Bewältigung akuter und existenzieller Bedrohungen zu manipulieren und zu optimieren vermag, ist nicht zuletzt und wesentlich dem beträchtlichen Potenzial der Medizin und ihrer Möglichkeiten zu verdanken.

163 Dies ist strenggenommen nicht ganz korrekt. Der Freiheitsspielraum des Individuums ist nicht völlig unbeschränkt, da die Freiheit des Einen ihre Grenzen dort findet, wo sie die Freiheit des Anderen berührt. Diese – juristisch erhebliche – Differenzierung fällt allerdings für den vorliegenden Zusammenhang nicht wesentlich ins Gewicht.

D.2 (d) Kritische Einwände gegen eine medikalisierende Ausweitung der Medizin

Medikalisierende Positionen erachten allein das Zusammentreffen von medizinischer Machbarkeit und informierter Zustimmung bzw. expliziter Nachfrage durch die Betroffenen oder Nutzer als hinreichend, um den Einsatz medizinischer Leistungen zu legitimieren. Was im Zuge einer derartigen medikalisierenden Anwendung medizinischen Wissens und Könnens einen enormen Vorteil für den Einzelnen darstellen mag, ist gleichzeitig Anlass für elementare Bedenken hinsichtlich einer Ausweitung der Medizin, die jeglichen Bezug auf Krankheit und Therapie aufgibt. So birgt gerade die verlockende Aussicht, nichtmedizinische Probleme mit Hilfe der Medizin effizienter, schneller und kontrollierter zu lösen, als dies ohne ärztliches Zutun möglich ist, Gefahren, die von der betreffenden Person, die mit dem akut bestehenden Problem zu kämpfen hat und vom mitunter starken Verlangen nach seiner Lösung erfüllt ist, oft nur schwer erkannt und als solche ernst genommen werden können. Die beiden wesentlichen Kritikpunkte an medikalisierenden Ausweitungsformen der Medizin betreffen zudem auch weniger Aspekte, die sich in jedem Einzelfall oder auf den Nutzer direkt auswirken müssen, sondern haben vielmehr mit der Rolle der Medizin in der Gesellschaft sowie mit Effekten einer derartigen nichttherapeutischen Öffnung des medizinischen Anwendungsfeldes zu tun, die außerdem zum Teil erst mittel- bis langfristig greifen. Derartige kritische Momente von Medikalisierungsprozessen beziehen sich vor allem auf die Gefahr einer fragwürdigen Komplizenschaft der Medizin sowie auf Probleme einer voranschreitenden Ökonomisierung.

Das Problem der Komplizenschaft

Grundsätzlich kann es als unbestreitbares Gebot kausaler Rationalität und Vernunft gelten, Probleme und Schwierigkeiten dort anzugehen und zu lösen, wo ihre Ursachen und Entstehungsbedingungen liegen. Wenn man nun annehmen kann – und vieles spricht dafür –, dass medizinisch-gesundheitliche Probleme nicht in dem Maße zunehmen, in dem die Anfragen und Ansprüche an die Medizin steigen, jenseits des therapeutischen Paradigmas ihre Dienste zu leisten, dann liegt es auf der Hand, dass bei einer medikalisierenden Ausweitung der Medizin prinzipiell die Gefahr besteht, dass nichtmedizinische Probleme medizinisch gelöst werden sollen. Dies muss deshalb kritisch und als Gefahr gesehen werden, da dann nicht das zugrunde liegende Problem selbst behandelt würde, sondern bloß Symptome an der Oberfläche – was zudem stets nur kurzfristigen Erfolg erwarten lässt, wo nachhaltige Lösungen angezeigt sind.

Wenn medizinische Mittel und Maßnahmen zur Abhilfe unerwünschter Zustände schnelle und effektive Wirkung versprechen, können die komplexen

Hintergründe einer schwierigen Lebenssituation, die nicht durch Medikamente oder Operationen (allein) behandelbar sind, aus dem Blick geraten.¹⁶⁴ Durch die Konzentration auf vor allem somatisch-technisch und pharmazeutisch orientierte Behandlungsverfahren der Medizin drohen alternative Möglichkeiten zum Umgang mit Problemen verdrängt und schließlich gar nicht mehr wahrgenommen zu werden. Wenn Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und Leben nur mehr als technisches Problem verstanden und auf physiologisch fundierte Defekte und Unzulänglichkeiten reduziert wird, für deren Behebung allein medizinische Experten zuständig sind (und bereitstehen), gerät die – mitunter recht unkörperliche – Aufgabe der Selbstreflexion und Selbstfindung aus dem Blick. Somit tendiert eine medikalisierende Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe immer auch dazu, eine instrumentelle und oberflächliche Perspektive auf die eigene Lebensführung zu befördern, die im Fall von Problemen schnelle Abhilfe ohne tiefergehende Reflexion der komplexen Wechselwirkungen, Spannungen und Hintergründe der bestehenden Situation erwartet.

Da mit einer medikalisierenden Ablösung von den Zielen der Medizin auch der Verzicht auf die etablierten und in der Struktur ärztlichen Handelns fest verankerten Behandlungsgrößen der Diagnose und Indikation einhergeht, hat derart zielloses Handeln außerdem bedenkliche Effekte auf die Stellung und Funktion des Arztes und damit der Medizin als Ganzer. Der Mediziner, der sich nicht (mehr) erlaubt, die an ihn gestellten Anforderungen mit seiner so geschulten wie kritischen Urteilskraft nach Maßgabe etablierter fachlicher Kriterien uneigennützig und weitgehend unbeeinflusst von sonstigen außermedizinischen Faktoren zu prüfen und diese mit Blick auf das gesundheitliche Wohl seines Gegenübers unter Umständen abzulehnen, wird weniger als fürsorglicher Helfer in der Not als vielmehr bloßer Erfüllungsgehilfe individueller Präferenzen und Wunschvorstellungen wahrgenommen und agieren. Auch wenn dies nicht direkt und bewusst intendiert sein muss, macht er sich damit leicht zum Komplizen beliebiger Werte und Normen, die sein Klient mit seiner Hilfe verwirklicht sehen möchte.

Wenn die Medizin beispielsweise auf die Nöte und Probleme von Menschen reagiert, die unter großem Leistungs- und Konkurrenzdruck auf dem Arbeitsmarkt leiden, indem sie diesen bei der – körperlich-somatisch ansetzenden – Kompensation von Nachteilen im Wettbewerb behilflich ist, bestätigt sie unwei-

164 Siehe Lanzerath (2008a), S. 210. Ähnlich warnt auch William Hurlbut davor, dass durch „das Nachgeben gegenüber den Regungen irgendeines Verlangens“ mit dem Bewusstsein „des Zusammenhangs von Anstrengung und Zufriedenheit“ ein wesentlich notwendiger Aspekt für ein gelingendes Leben verloren geht. Hurlbut (2005), S. 264.

gerlich die Geltung und Sinnhaftigkeit der das Berufsleben bestimmenden Prinzipien. Statt sich kritiklos zum Komplizen der Werte und Ziele zu machen, die der Klient vordergründig anstrebt bzw. denen er sich anpasst oder gar zu beugen gezwungen ist, ist es dagegen Aufgabe des Arztes, den Patienten zunächst in seiner individuellen Situation zu erfassen, wozu auch die Berücksichtigung der für seine Lage relevanten externen Einflussfaktoren gehört. Diese Ermittlung der Ausgangslage erfolgt nach dem herkömmlichen Muster ärztlichen Handelns im Behandlungsschritt der Anamnese. Gerade im Fall von Wünschen, die weder im Zusammenhang mit einer Diagnose noch mit einer erkennbaren medizinischen Notwendigkeit stehen und insofern ‚ohne Not‘ vorgebracht werden, gehört es dann zu den unerlässlichen Pflichten des Arztes, die Entstehungsbedingungen und gesellschaftlichen bzw. sozialen Hintergründe der Veränderungswünsche in ihrem Stellenwert für und ihrer Wirkung auf den Patienten genau und kritisch zu eruieren. Nur so kann ein adäquates Bild der eigentlichen Ursachen und komplexen Gestalt der Probleme entstehen, die in der momentanen Unzufriedenheit und Belastung des Patienten zum Ausdruck kommen.

Mit Blick auf den komplexen Zusammenhang von gesellschaftlichen Normen und daraus folgenden Anforderungen an die Medizin stellt Wolfram Eberbach eindringlich heraus, dass die tatsächlichen Ursachen von Beschwerden und Optimierungswünschen häufig auf einer völlig anderen Ebene als der medizinischen liegen können:

„[D]ie ständig steigende Nachfrage nach solchen medikamentösen oder chirurgischen bzw. dermatologischen Eingriffen weisen in deren überwiegender Zahl darauf hin, dass viele Menschen in ihrem jeweiligen Lebensbereich heute einer *Überforderung* ausgesetzt sind. Sie sind nicht etwa krank – im Gegenteil, oft zählen die Betroffenen sogar zur *Leistungselite* in ihrem Bereich. Jedoch herrschen in Wissenschaft, Wirtschaft, Verbänden, Sport etc. dauerhaft ‚Exzellenz-Terror‘ und Höchstleistungszwang. [Herv. i.O.]“¹⁶⁵

Daran wird sehr plastisch kenntlich, welche implizite Aussage Mediziner durch ihr (Be-)Handeln vornehmen, wenn sie auf solchermaßen geäußerte Anfragen mit zielgenauer Erfüllung der Klientenwünsche reagieren. Jede wunschgemäße Behandlung bestätigt dann den Druck und die Anforderung des Systems, immer höchste Leistungen bringen und extremen Anforderungen gewachsen sein zu müssen, die den Einzelnen an die Grenzen seiner körperlichen, geistigen und seelischen Kapazitäten bringen. So läuft die Medizin Gefahr, sich zum Instrument von Prinzipien zu machen, deren Durchsetzung und Verbreitung eher

165 Eberbach (2009), S. 37.

dazu angetan ist, Krankheiten hervorzubringen als sie zu vermeiden und Gesundheit zu fördern.

Dass diese Gefahr auch im größeren Zusammenhang der gesellschaftlichen und politischen Ordnung besteht, macht Michael Sandel in seinem *Plädoyer gegen die Perfektion* äußerst prägnant klar. Im Zusammenhang der Diskussion um die Möglichkeiten genetischer Optimierung, die durch Eingriffe in das menschliche Erbgut erfolgen und so künftige Generationen immer leistungsfähiger und besser angepasst an die gegenwärtigen und zukünftigen Lebensbedingungen machen soll, führt Sandel angesichts eines bisweilen utopischen Verbesserungsoptimismus die implizite Kehrseite solcher Anpassungsreaktionen vor Augen:

„Es ist verlockend zu glauben, dass es eine Übung in Sachen Freiheit ist, unsere Kinder und uns selbst biotechnisch auf Erfolg in einer auf Wettbewerb orientierten Gesellschaft zu trimmen. Aber unsere Natur zu verändern, damit sie in die Welt passt, und nicht umgekehrt, ist in der Tat die tiefste Form der Entmachtung. Es lenkt uns davon ab, kritisch über die Welt nachzudenken, und betäubt den Drang nach sozialer und politischer Reform.“¹⁶⁶

Aus dieser radikalen Perspektive auf eine Instrumentalisierung der Medizin und Gentechnik zu Zwecken, die letztlich auf die politische Ruhigstellung oder gar Entmachtung des Einzelnen hinauslaufen, tritt die Gefahr der Komplizenschaft ärztlichen Handelns besonders grell zutage. Ein überzogenes Streben, dem – ob in politischer oder wirtschaftlicher Hinsicht – herrschenden Zeitgeist gemäß zu agieren und damit die eigene Unabhängigkeit und Autonomie als Profession aufzugeben, würde in der Tat im Bereich einer ‚liberale Eugenik‘ betreibenden Fortpflanzungsmedizin ungeahnte Dimensionen annehmen, wenn damit gerade die Medizin sich in den Dienst subtil-repressiver Dynamiken stellen ließe, indem sie mit dem Genom das basalste biologische Substrat des Menschen womöglich irreversibel veränderte.

Während dieses Szenario bislang noch hypothetischer Art ist, müssen an dieser Stelle zwei Formen medikalisierender Indienstnahme der Medizin auf überindividuelle Ebene genannt werden, an denen das Problem der Komplizenschaft und die Instrumentalisierungsgefahr sehr deutlich wird und die gleichzeitig seit langem zur selbstverständlich akzeptierten Normalität gehören. So ist der Einsatz von Rechtsmedizinern im Rahmen kriminologisch-forensischer Verfahren keineswegs aus den klassischen Zielen der Medizin herzuleiten und unzweideutig ein Fall einer medikalisierenden Ausweitung der Medizin. Offensichtlich werden hierbei Ärzte zu Zwecken herangezogen, die ganz und gar außerhalb der

166 Sandel (2008), S. 118.

Sphäre von Gesundheit und Krankheit von Bedeutung sind. Leichen von unter ungeklärten Umständen zu Tode gekommenen Menschen zu sezieren ist vielmehr eine Tätigkeit, die klassischen hippokratischen Prinzipien eher zuwider läuft, da das Öffnen und Untersuchen von Leichen die Totenruhe stört und die Würde des Verstorbenen verletzt, dabei jedoch den Betroffenen in keinsten Weise von Nutzen ist. Dass trotzdem auch eine äußerst medikalisierungskritische Position keinerlei Einwände gegen diese Praxis erheben dürfte, liegt an dem hohen nichtmedizinischen Wert, den der Zweck von Obduktionen hat (und der wohl von allen Bürgern geteilt bzw. akzeptiert werden dürfte).

Im Falle außermedizinischer Zwecke, die weitaus kontroverser sind als die Verbrechensaufklärung, kann allerdings gerade die Medizin in schlimmste Verstrickungen geraten, wie die medikalisierende Beteiligung von Ärzten an der Vollstreckung von Todesurteilen zeigt (wie etwa in US-amerikanischen Bundesstaaten). Der willfähige Einsatz der Medizin bei der Durchführung staatlich verordneter Tötungen, die aus politischen Motiven veranlasst und mit rechtlichen Mitteln durchgesetzt werden, bildet sicherlich den Tiefpunkt gegenwärtiger Instrumentalisierung der Medizin. Zwar mögen sich die ausführenden Mediziner auf das klassische Kernziel der Leidenslinderung beziehen, da dem Verurteilten durch ihre Mithilfe zumindest ein qualvoller Tod erspart werden kann, ein derartiger Rechtfertigungsversuch übersieht dabei aber völlig den alles entscheidenden Zusatz des auch hier implementierten Krankheitsbezuges („Linderung von *durch Krankheit verursachten* Schmerzen und Leiden“¹⁶⁷, Herv. d. Verf.). Diese Form der Komplizenschaft muss um so eklatanter kritisiert werden, als hier nicht nur indirekt durch ärztliches Handeln zweifelhafte Werte bestätigt werden, sondern das medizinisch versierte Handeln selbst einer krassen Pervertierung jeglicher Grundprinzipien und Ziele medizinischer Praxis gleichkommt.¹⁶⁸

Unauffälliger und damit gewissermaßen gefährlicher für die Bewahrung einer eigenen Zielorientierung der Medizin sind Fälle der Komplizenschaft auf individueller Ebene. Hier geht es in aller Regel um ärztliches Handeln, das von dem Empfänger ausdrücklich gewünscht wird, weil er sich einen gewissen Nut-

167 Allert (2002), S. 17.

168 Medikalisierungsformen von politischer bzw. staatlicher Seite aus sind für die vorliegende Untersuchung zwar nicht im Einzelnen relevant, da hierfür Medizin im Rahmen einer dyadischen Beziehung und damit der individuelle Patient bzw. Klient im Mittelpunkt des Interesses steht, doch vermag ein Blick auf diese, z.T. extremen Formen des Einsatzes von Medizin zu völlig nichtmedizinischen Zwecken das Bewusstsein zu schärfen für die Bedeutung von Grenzziehungen und Kriterien der begründeten Grenzüberschreitung, die allgemein ärztliches Handeln definieren.

zen von der Behandlung verspricht, die ihm mithin zumindest nicht direkten Schaden zufügt. Im Falle der Durchführung einer nicht indizierten Maßnahme droht bei aller fachgerechten und sachgemäßen Aufklärung über die Risiken und Nebenwirkungen des Eingriffs allerdings grundsätzlich ebenfalls der bedenkliche Effekt der Komplizenschaft und ist stets zu bedenken. Ein Arzt kann die hinter Klientenwünschen stehenden Werte durch nichts effektvoller und eindeutiger anerkennen und bejahen, als durch die dem Klientenwunsch gemäße Ausführung von Maßnahmen, die aus medizinischer Sicht unnötig und nicht indiziert sind. Günther Pöltner hat diese Gefahr mit dem Begriff der „Parteigängerschaft“ umschrieben:

„Eine sich an Präferenzen orientierende Medizin gibt nolens volens zu verstehen, dass sie den hinter den Präferenzen stehenden Lebensentwurf samt seinen ethisch-anthropologischen Implikationen mitbejaht. Sie steht in der Gefahr, zum Parteigänger problematischer Lebensentwürfe zu werden. Für die Vermeidung solch eines Parteigängertums aber steht der Begriff der medizinischen Indikation.“¹⁶⁹

Dass der Medizin (noch) ein besonderer normativer Status zukommt, der indirekt eben auch die Bewertung von Lebensmodellen umfasst, wird an diesem Effekt ihrer Bestärkungsfunktion offenbar. Wieviel hier auf dem Spiel steht, macht der Bericht des *Hastings Centers* zu den Zielen der Medizin deutlich, der die Gefahr für die Medizin betont, sich durch eine radikale Wunschorientierung als Folge der Ablösung von den Leitgrößen Krankheit und Gesundheit zu einer ebenso inhaltsleeren wie ziellosen Anthropotechnik zu wandeln:

„Die Medizin gefährdet sich selbst, wenn sie sich primär als ein Instrument sieht, um die individuelle Wahlfreiheit und die persönlichen Wünsche zu maximieren, und sie verführt die Gesellschaft dazu, von ihr für nicht gesundheitsorientierte Ziele Gebrauch zu machen.“¹⁷⁰

Im Zuge einer derart konsequenten Instrumentalisierung würde sich somit nicht nur das Selbstverständnis der Medizin und Ärzte radikal wandeln, vielmehr würde schließlich die Medizin als Ganze auf den normativ schwachen Rang eines bloßen Handwerks abzusinken drohen, dessen einzige Besonderheiten sein Objektbereich, die Invasivität und unter Umständen die Irreversibilität der Kunst-

169 Pöltner (2007), S. 199. Vgl. ähnlich auch zum Bereich der ästhetischen Chirurgie Maio (2002), S. 143f. sowie Maio (2007b).

170 Allert (2002), S. 60.

griffe darstellten (aus denen dann keinerlei ethische Implikationen mehr folgen müssten).

Die Gefahr der Dienstleistungsorientierung und Kommerzialisierung

Gerade was ihren Rang als normative Praxis angeht, sind medikalisierende Begründungsstrategien für eine Ausweitung der Medizin problematisch. Wenn der Patientenwille die oberste Richtschnur für jede ärztliche Entscheidung und jeden Eingriff darstellt, da der Patient jede medizinische Maßnahme ablehnen kann, und somit normativ in negativer Weise fungiert, nun in Gestalt des frei erklärten Wunsches des Gesundheitskunden zum alleinigen Kriterium für ärztliches Handeln wird und somit den Handlungsbereich des Arztes positiv bestimmt, ist eine zunehmend ökonomistische Ausrichtung und in der Folge eine immer stärkere Kommerzialisierung der Medizin unausweichlich. Die Auffassung, wonach ärztliches Handeln lediglich eine bloße Dienstleistung sei, führt zwangsläufig zu einem Arzt-Patient-Verhältnis, in dem der Patient als Leistungsempfänger einem Kunden gleicht, der die Durchführung bestimmter Eingriffe und Maßnahmen fordert und bestellt. Neben der Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen der medizinischen Leistung wird dabei die ärztliche Kompetenz nur mehr in Form der sachgerechten Ausführung des Gewünschten beansprucht, ohne eine eigene ärztliche Einschätzung über das *Ob* des Eingriffs zu erwarten, geschweige denn eine kritische Hinterfragung oder gar Ablehnung des Vorhabens zu akzeptieren. Im Rahmen einer konsequent am Dienstleistungsparadigma ausgerichteten Medizin kommt dieser Haltung auf der Nutzerseite eine radikalisierte Konkurrenzsituation entgegen, in der Ärzte im Wettbewerb um Kunden stehen, was bedeutet, dass für die Erfüllung von Wünschen, der eine Arzt skeptisch gegenüberstehen mag, es immer einen Kollegen geben wird, der seine Dienste bereitwillig anbietet.

Durch eine derartige Entwicklung wäre eine bedenkliche Erosion der ärztlichen Garantenpflicht und der Vertrauensstellung der Medizin als Profession zu erwarten; dem moralischen Wert, der in dem uneingeschränkten Hilfsversprechen für Menschen in Not, in der unbedingten Verpflichtung auf das Wohl des Bedürftigen liegt, wäre die Grundlage entzogen.¹⁷¹ Christoph Asmuth bringt in seiner Prognose über den weiteren Verlauf einer solchermaßen kommerzialisierten Entwicklung der Medizin, in deren Zuge „der Ärztestand noch stärker in das Fahrwasser einer Ökonomisierung“ gerät, die Dramatik der Lage auf den Punkt:

171 Siehe Maio (2006) sowie Maio (2012), S. 391ff.

„Wirtschaftliche Erwägungen und Zwänge werden das Selbstverständnis dieses Berufsstandes unweigerlich unterspülen und letztlich aufheben. Zur Selbstbestimmung als Arzt und Therapeut bleibt kein Platz. Man muss nicht in Mitleid mit der Ärzteschaft zerfließen, um zu erkennen, dass dadurch ein gesellschaftliches Bild des Arztes befördert wird, das verheerende Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis haben wird.“¹⁷²

Da es freilich weiterhin – bei aller medikalisierenden Ausweitung des medizinischen Feldes im Zeichen der Veränderung und Verbesserung normaler und gesunder Körper, Eigenschaften und Fähigkeiten – weiterhin Krankheiten, Unfälle und Behinderungen, und damit kranke, verletzte, behinderte und bedürftige Menschen geben wird, die auf kompetente und umsichtige ärztliche Hilfe angewiesen sind, wäre die Erosion der identitätsstiftenden Zielorientierung des therapeutischen Paradigmas für die Medizin als Profession fatal. Auch in anderen Bereichen des Lebens und der Gesellschaft, die ganz unter die Gestaltungsmacht und Binnenlogik marktwirtschaftlichen Denkens geraten, ist erhöhte Umsicht und kritische Reflexion geboten. Im Falle einer zunehmenden Ökonomisierung und Kommerzialisierung des ärztlichen Handelns droht jedoch der konzeptuelle Kern der medizinischen Praxis verloren zu gehen. Durch eine schrankenlose Dienstleistungsorientierung würde die besondere moralische Stellung und Integrität erodieren, welche die Grundlage für das antizipatorische Systemvertrauen in die Ärzteschaft und Medizin als Ganzer darstellt. Mit dieser herausgehobenen Position würde sich auch das diese legitimierende ärztliche Ethos und Hilfsversprechen, auf das der vulnerable und potenziell bedürftige Mensch unverzichtbar angewiesen ist, auflösen. Somit wäre ein vollständiger Wandel zu einer Medizin als Kundendienst und Wunscherfüllung das Ende der herkömmlichen Medizin, die auf Hilfe angewiesenen Patienten Behandlung und Hilfe versprechen kann – denn was ein hilfsbedürftiger Mensch in der bedrängten Lage von Krankheit und Leid am wenigsten benötigt, ist „das herzlose Zuweisen eines kranken Menschen in die Konsumentenrolle“¹⁷³.

172 Asmuth (2011), S. 161f.

173 Abholz (1993), S. 54.