

Übersichtsartikel

Gesellschaftliche Hintergründe der Medikalisierung

Peter C. Meyer^a

^a Titularprofessor für Soziologie an der Universität Zürich; Direktor des Departements Gesundheit an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Zusammenfassung English and French abstracts see p. 58

Die Medikalisierung hat in den letzten 50 Jahren enorm zugenommen. Der Artikel zeigt Gründe für diese Zunahme auf: die Entwicklung der Medizin, der Wandel im Umgang mit Gesundheit und Krankheit sowie der allgemeine soziokulturelle Wandel in hochentwickelten Ländern. Die Medikalisierung hat allerdings nicht kontinuierlich zugenommen, sie hat sich vielmehr verändert. Medikalisierungsprozesse sind zunehmend umstritten und führen oft zu nur partiell akzeptierten Definitionen und Behandlungen.

Schlüsselwörter: Medikalisierung, Soziologie, gesellschaftlicher Wandel, Zukunftsaussichten

Einleitung

Im vorliegenden Artikel werden zuerst gesellschaftliche Faktoren analysiert, die die Medikalisierungsprozesse fördern. Anschliessend werden neuere soziale Entwicklungen und Akteure untersucht, die die einzelnen Medikalisierungsprozesse in Frage stellen. Unter Medikalisierung wird dabei ein Prozess verstanden, durch den nichtmedizinische Probleme neu als medizi-

nische Probleme definiert und behandelt werden, meist als Krankheiten, Störungen oder Risiken [1]. Das Problem muss nicht eine gesundheitliche Beeinträchtigung sein, sondern kann auch ein suboptimaler Zustand sein, der mit medizinischen Mitteln verbessert werden soll (Human Enhancement) [2]. Die theoretische Basis dieser Definition ist der soziologische Konstruktivismus [3].

Medikalisierung im engeren Sinne meint dagegen nur eine neue medizinische Definition von Problemen bzw. Störungen, die Leiden oder Leistungseinschränkungen darstellen, die von der sozialen Norm abweichen. Human Enhancement gehört insofern nicht dazu, als damit ausgehend von einem Zustand des «Normalen» Steigerungen erreicht werden sollen. Es handelt sich dabei um Massnahmen, die von keiner Krankenversicherung finanziert werden, da die Ausgangssituation keinen «Krankheitswert» hat. Human Enhancement wird hier aber dennoch der Medikalisierung zugeordnet, sofern die entsprechenden Massnahmen durch Angehörige von Gesundheitsberufen in Institutionen des Gesundheitswesens durchgeführt werden und damit den institutionellen Charakter von Krankheitsbehandlungen erreichen. Zu bedenken ist dabei, dass sich die soziale Vorstellung des «Normalen» ändert

und in der Ästhetik etwa in den letzten Jahrzehnten so stark verschoben hat, dass funktional unbedenkliche, aber abweichende Zahnstellungen inzwischen konsequent behandelt werden. Perfekt stehende Zähne sind also zur sozialen Norm geworden. Da die Behandlung «unästhetischer» Zahnstellungen von Zahnärzten in ihren medizinischen Praxen durchgeführt wird, stellt die Problemdefinition und Behandlung von abweichenden Zahnstellungen eine Medikalisierung dar.

Die Medikalisierung hat in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen. In diesem Artikel werden die gesellschaftlichen Hintergründe für diese Zunahme aufgezeigt: die Entwicklung der Medizin, der sich verändernde Umgang mit Gesundheit und Krankheit sowie der allgemeine soziokulturelle Wandel in den hochentwickelten Ländern. Es zeigt sich dabei allerdings, dass die Medikalisierung nicht kontinuierlich zugenommen, sondern sich vielmehr verändert hat; seit 1950 können zwei Phasen unterschieden werden.

Für die Zukunft ist anzunehmen, dass der Gesundheitsmarkt ausserhalb des professionellen, reglementierten und öffentlich subventionierten Versorgungssystems stark wachsen wird. Die Kunden werden vermehrt aus einer Vielfalt von Störungsdefinitionen und Behandlungsmöglichkeiten wählen können und das Gewählte selber zahlen müssen.

Analyse und Bewertung von Medikalisierungsprozessen

Der Fokus des vorliegenden Artikels liegt auf der Analyse, bei der Medikalisierungsprozesse beschrieben und deren Determinanten und Folgen untersucht werden. Zusätzlich zur Analyse wird ansatzweise auf die Bewertung von Medikalisierungsprozessen eingegangen. Die Bewertung umfasst dreierlei: (1) Die Untersuchung der Wirkungen und die Beurteilung von deren Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit. (2) Die soziologische Analyse der Interessen: Wem nützt die Medikalisierung? Welche Akteure haben welche Interessen? (3) Eine konsequenzethische Bewertung [4]. Die Wirkungen und Interessen werden ethisch beurteilt, wobei sich als primäres Kriterium das Grundprinzip von Public Health eignet, nämlich die Frage nach dem Nutzen für die Gesundheit der Bevölkerung. Dieses beinhaltet Grundwerte wie das Recht auf adäquate Krankheitsbehandlung für alle sowie die solidarische Übernahme der finanziellen Folgen. Zusätzlich sind Grundwerte wie Freiheit, Toleranz und Akzeptanz von Diversität zu beachten.

Sozialer und wissenschaftlich-technischer Wandel

Die in den letzten fünfzig Jahren zunehmende Medikalisierung in den hochentwickelten Ländern wird auf

dem Hintergrund des sozioökonomischen, soziokulturellen und wissenschaftlich-technischen Wandels analysiert.

Sozioökonomischer Wandel

Der sozioökonomische Wandel wird durch unterschiedliche Schwerpunkte des Wirtschaftswachstums bestimmt. Der Gesundheitsmarkt bestimmt gemäss der zyklischen Konjunkturtheorie des russischen Ökonomen Nikolai Kondratieff den neuen Wirtschaftszyklus. Kondratieff beobachtete, dass sich die Weltwirtschaft in Wellen von 40 bis 60 Jahren entwickelt. Nach einem Boom, der von einer neuen Technologie angetrieben wird, kommt es zum Stillstand und dann zum Abschwung.

Die seit Jahren andauernde Weltwirtschaftskrise scheint den Wechsel zu einem neuen Zyklus zu markieren. Dessen Treiber ist gemäss Nefiodow [5], einem Kondratieff-Schüler, der Gesundheitsbereich mit der Biotechnologie, Humangenetik und der psychosozialen Versorgung. Der Bedarf aufseiten der Konsumenten nimmt einerseits aufgrund der soziodemographischen Alterung zu. Andererseits entstehen neue Angebote für die gesamte, insbesondere auch jüngere Bevölkerung, deren Bedarf und Nachfrage erst geschaffen werden müssen.

In diesem Zusammenhang hat die Medikalisierung eine hohe Relevanz: Sie schafft die Nachfrage für neue Produkte in der Gesundheitsbranche. Volkswirtschaftlich betrachtet ist die Medikalisierung eine wichtige Grundlage für Wirtschaftswachstum und Wohlstand. Das volkswirtschaftlich erwünschte Wachstum der Gesundheitsbranche ist seit den 1980er Jahren der wichtigste Treiber der Medikalisierung und wird es voraussichtlich in den nächsten Jahrzehnten weiterhin sein.

Soziokultureller Wandel

Neue Produkte können nur verkauft werden, wenn auf der soziokulturellen Ebene ein latenter Bedarf besteht. Im Folgenden werden einige Aspekte des soziokulturellen Wandels der letzten Jahrzehnte aufgeführt, die die Medikalisierung unterstützen.

- Jugendlichkeit, Schönheit und uneingeschränkte Leistungsfähigkeit sind zum Ideal aller, auch älterer Menschen geworden. Die Medikalisierung des natürlichen Altwerdens führt zu einer Zunahme von Medikamentenkonsum, chirurgischen Eingriffen, Fitnessverhalten etc.
- Die Toleranz gegenüber Funktionsstörungen, verminderter Leistungsfähigkeit und störendem Verhalten nimmt ab. Auf diesem Hintergrund wird die Medikalisierung von stressbedingter Leistungsminde- rung, von hyperaktiven Kindern und von häufig auftretenden leichten psychischen Beeinträchtigungen wie depressiven Verstimmungen, Schüchternheit oder sozialer Angst soziokulturell erklärbar [6].

- Die Machbarkeit der Lebensbedingungen und die Konsumhaltung sind zu einem gesellschaftlichen Grundkonsens geworden: Alles gilt dank wissenschaftlich-technischer Innovationen als grundsätzlich machbar und kann gekauft werden. Biologisch-natürliche Prozesse und Grenzen, zum Beispiel Schmerzen, Stimmungsschwankungen, Alter und Tod, werden nicht mehr als gegeben, sondern als beeinflussbar angesehen. Die Machbarkeitsideologie führt zur Medikalisierung der genannten biologisch-natürlichen Grenzen sowie zu einem vermehrten Human Enhancement auch mit medizinischen Mitteln [7].
- Alle gesellschaftlichen Bereiche werden zunehmend in einer ökonomischen Perspektive im Hinblick auf ihre Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit beurteilt; dieser soziale Wandel wird als «Ökonomisierung der Gesellschaft» bezeichnet. Dadurch nehmen die Erwartungen an Leistungsfähigkeit, Wettbewerbsfähigkeit und Durchsetzungsfähigkeit nicht nur im Erwerbsleben, sondern auch in privaten Beziehungen und in der Freizeit zu. Der Mensch muss heute flexibel, anpassungs- und leistungsfähig sein [8]. Die Steigerung der Leistung ist machbar (siehe oben) und soll mit medizinischen Mitteln ermöglicht werden.
- Die soziale Kontrolle durch die Medizin bzw. durch Health Professionals wird zunehmend legitim. Die Definitionsmacht und die als wissenschaftlich begründet angesehene Autorität des professionellen Gesundheitssystems nimmt zu im Vergleich zur Autorität anderer Subsysteme und Professionen wie Familie, Religion/Kirche, Bildung/Schule, Justiz/Polizei, Fürsorge/Sozialwesen, die in früheren Jahrzehnten bzw. Jahrhunderten für die soziale Kontrolle von abweichendem Verhalten zuständig waren [10]. Dies zeigt sich zum Beispiel bei der Medikalisierung von Sucht (Tabak, Alkohol, Drogen, Spielsucht etc.), Psychosen und Hyperaktivität/ADHS. Für die soziale Kontrolle schwerer Suchtkrankheiten waren vor deren Medikalisierung öfters die Justiz und das Strafwesen zuständig, für Hyperaktivität von Kindern die Eltern und die Schule.

Sozialer Wandel betreffend Gesundheit und Gesundheitswesen

Die oben beschriebenen Aspekte des soziokulturellen Wandels sind verbunden mit Veränderungen im Gesundheits- und Krankheitsverhalten wie auch im Gesundheitswesen. Folgende Entwicklungen verstärken die Medikalisierungsprozesse:

- «Doctor Shopping»: Die zunehmenden Ansprüche sowie die Konsumhaltung der Patienten bzw. Klienten oder Kunden gegenüber den Ärzten und dem Gesundheitswesen führt zu einem entsprechenden Konsumverhalten: Bei den Health Professionals und den Institutionen des Gesundheitswesens werden Leistungen gekauft wie in einem Warenhaus. Wenn die Leistungen bzw. Produkte nicht angeboten werden, gehen die Patienten/Kunden zum nächsten Anbieter.
- Der Medikamentenkonsum für oder gegen alles (Un-)Erwünschte gilt allgemein als legitim. Noch vor wenigen Jahrzehnten bestimmte ein «pharmakologischer Calvinismus» die Einnahme von Medikamenten: sparsam, so wenig wie möglich. Man stützte sich auf die Selbstheilungskräfte und alltägliche «Hausmittel».
- Das individuelle Verhalten der Menschen wie auch die Massnahmen staatlicher und privater Institutionen werden zunehmend aufgrund ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit beurteilt und entsprechend gefördert respektive bekämpft. Gesundheitsförderung, Prävention, Screening, regelmässige Checkups und Behandlungen führen zu einer «Gesundheitsgesellschaft» [9].

Wissenschaftlich-technischer Fortschritt der Medizin

Der wissenschaftlich-technische Fortschritt der Medizin ist eine zentrale Bedingung und ein wichtiger Treiber der Medikalisierung. Da im vorliegenden Artikel der Schwerpunkt auf den gesellschaftlichen Hintergründen der Medikalisierung liegt, wird der wissenschaftlich-technische Fortschritt der Medizin, der die Medikalisierung verstärkt, im Folgenden nur kurz erwähnt:

- Neue Krankheiten, Krankheitsursachen und Gesundheitsrisiken werden entdeckt.
- Neue medizinische Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten werden entwickelt.
- Als sekundärer Effekt: Die neuen Behandlungsmöglichkeiten erhöhen die Autorität und Definitionsmacht der Medizin und stützen damit den Trend zur Medikalisierung.

Nimmt die Medikalisierung weiter zu?

Aufgrund der bisherigen Ausführungen könnte der Eindruck entstehen, dass die Medikalisierung ununterbrochen zunimmt und den Alltag der Menschen immer stärker bestimmt. Die Medikalisierung hat aber nicht kontinuierlich zugenommen, sondern sie hat sich verändert. Seit 1950 können zwei Phasen unterschieden werden [11].

In der ersten Phase dominierten die Medizin als Wissenschaft und die Profession der Ärzte unangefochten. Medikalisierungsprozesse führten zu konsensual akzeptierten neuen Definitionen von Krankheiten und Behandlungen. In der zweiten Phase seit den 1980er Jahren haben im Gesundheitswesen mehrere Akteure mit zum Teil unterschiedlichen Interessen Einfluss gewonnen, die Dominanz der Ärzte ist dagegen geschwunden. Medikalisierungsprozesse sind zunehmend umstritten und führen oft zu nur partiell akzeptierten Definitionen und Behandlungen. Die Medikalisierung nimmt heute weiter zu, ist dabei aber

umstritten. Neue medizinische Definitionen erreichen seltener einen allgemeinen Konsens, sie werden vielmehr sowohl von medizinischen Fachpersonen als auch von Teilen der Öffentlichkeit in Frage gestellt. Der soziokulturelle Hintergrund der umstrittenen Medikalisierung wird im Folgenden untersucht.

Neue Akteure und Treiber der Medikalisierung

Bis in die 1960er Jahre dominierten die Medizin als Wissenschaft und die Profession der Ärzte die Medikalisierungsprozesse. Seit den 1970er Jahren wird die ärztliche Dominanz durch andere Akteure herausgefordert. Der wachsende Einfluss von staatlichen Stellen, Versicherern, Patienten/Konsumenten sowie der Privatwirtschaft haben zu einer gewissen De-Professionalisierung der Ärzteschaft geführt [12]. Folgende neue Akteure nehmen im Zuge der Medikalisierung mit ihren je unterschiedlichen Partikularinteressen Einfluss [13]:

- Betroffene/Patienten wollen eine neue Diagnose anerkannt haben, damit die Behandlung von der Sozialversicherung bezahlt wird; sie erreichen einen sekundären Krankheitsgewinn. Dies war z.B. in den USA beim «Chronic Fatigue Syndrome» zu beobachten. Solche Patientengruppen formieren sich als Lobby und verstärken den Medikalisierungsprozess

Es gibt allerdings auch Bewegungen und Organisationen von Betroffenen, die die Etikettierung als krank und die oftmals damit einhergehende Stigmatisierung ihres Zustandes zurückweisen, z.B. die Bewegung «Shy Pride», die Schüchternheit positiv bewertet und ihre Medikalisierung bekämpft [14].

- Die Privatwirtschaft, vor allem die Pharmakonzerne, wollen ihre Produkte in grossem Umfang verkaufen und sind deshalb an neuen Diagnosen, an der Ausweitung einer Indikation und an engeren Definitionen von Normalität interessiert. Pharmafirmen sind heute die wirksamsten Treiber von Medikalisierungsprozessen, bei denen die neue Krankheitsdefinition zu einer breiten medikamentösen Behandlung führt, wie z.B. bei sexueller Impotenz im Alter (Behandlung mit Viagra) oder bei Hyperaktivität/ADHS von Kindern (Behandlung mit Ritalin). Typischerweise forcieren die Pharmafirmen eine Ausweitung der Indikation, z.B. Viagra gegen jede Art von sexueller Impotenz oder mangelnder sexueller Appetenz bzw. Ritalin auch für Erwachsene. Gegen diese Ausweitung von Krankheitsdefinitionen und Indikationen medikamentöser Behandlung wenden sich kritische Ärzte, eine kritische Öffentlichkeit (z.B. mit kritischen Medienberichten) sowie kritische Konsumenten (z.B. kritische Eltern bei der Ausweitung von Ritalinbehandlungen gegen störende Schulkinder).

- Staatliche Gesundheitsbehörden sehen die Förderung der «Volks Gesundheit» als ihre Aufgabe und als zentrale Legitimation staatlicher Tätigkeiten; sie unterstützen flächendeckende Präventions- und Screening-Programme oft auch dann, wenn ihre Wirksamkeit und Zweckmässigkeit noch nicht erwiesen sind.

Andere staatliche Behörden, die für die Sozialversicherungen und deren Finanzierung oder für die Prüfung und Zulassung von Medikamenten zuständig sind, gehören allerdings auch zu den Kritikern der Medikalisierung. Sie bekämpfen unnötige oder unzweckmässige Massnahmen im Gesundheitswesen, um wirkungslose oder riskante Behandlungen zu verhindern oder um das Kostenwachstum einzudämmen. Damit bremsen sie indirekt die Medikalisierung.

- Ähnlich ambivalent sind Managed-Care-Organisationen, die für die Leistungserbringung und für die Finanzierung zuständig sind. Eine Medikalisierung, die der effizienten Wiederherstellung der Gesundheit dient, wird unterstützt, während unnötige, unzweckmässige und übermässig teure Massnahmen bekämpft werden.

Offensichtlich haben die verschiedenen Akteure unterschiedliche Interessen bezüglich der Medikalisierung. Besonders stark umstritten ist diese, wenn die Partikularität der Interessen transparent wird, wenn also zum Beispiel eine Pharmafirma den Umsatz eines neuen Medikamentes mit PR-Massnahmen und Werbung erhöhen will, auch wenn die Evidenzen betreffend seiner Wirkung noch ungenügend sind. Die partiellen und die umstrittenen Formen der Medikalisierung werden deshalb immer häufiger.

Soziokultureller Hintergrund der Kritik an der Medikalisierung

Seit den 1960er Jahren hat der soziokulturelle Wandel zu einer grundlegenden Infragestellung traditioneller Autoritäten und Machtstrukturen geführt. Dieser Illegitimierungsprozess betrifft nicht nur Kirchen, Militär und (Hoch-)Schulen, sondern auch Medizin und die Spitäler. An die Stelle der traditionellen Glaubenssysteme und Institutionen treten folgende Prozesse, Diskurse und Institutionen:

- Als neue Autoritäten für relative Wahrheiten gelten die wissenschaftliche Evaluation und die reflektierte Ethik. Umstrittene Massnahmen in der Medizin werden empirisch und wissenschaftlich evaluiert. An die Stelle der Eminenz tritt die Evidenz. Dabei erweisen sich gängige Therapien oder Präventionsmassnahmen oft als unwirksam oder aufgrund ihrer Nebenwirkungen sogar als schädlich. Bei der moralischen Beurteilung tritt die wissenschaftlich reflektierte Ethik an die Stelle traditioneller, meist religiös begründeter Glaubenssysteme.

- Bei der Beurteilung von Problemen und Massnahmen, hinter denen sich widersprechende Partikularinteressen mächtiger Akteure stehen, werden Gutachten und Gegengutachten und damit kontroverse Expertenmeinungen immer häufiger. Je nach Annahmen, Interessen, Theorien und beteiligten Fachdisziplinen können unterschiedliche Beurteilungen erwartet werden.
- In den hochentwickelten modernen Gesellschaften gibt es eine Pluralisierung von sozialen Normen und Werten. Verstärkt durch die Globalisierung ist eine postmoderne Vielfalt und eine Koexistenz von Subkulturen entstanden. Diversity, die Vielfalt von Lebensformen und -bedingungen, wird in der modernen Zivilgesellschaft einerseits als Chance gesehen, andererseits aber immer auch als fremd abgewehrt und ausgeschlossen durch traditionelle, nationalistische und fundamentalistische gesellschaftliche Kräfte.
- Ausserhalb der Medizin entstehen Gegenbewegungen und Subkulturen. Eine wachsende Zahl an Bürgern und Patienten sind kritische, gut informierte Konsumenten und skeptisch gegenüber der Medizin. Bei Risiken und Nebenwirkungen werden Behandlungen abgesetzt, z.B. die Hormonersatztherapie bei der Menopause. Der Buchtitel *Weiblichkeit ist keine Krankheit* [15] drückt die Kritik an einer solchen «gendered medicalisation» aus.
- Soziale Bewegungen und Subkulturen orientieren sich an Normen und Werten, die von der Medizin bzw. der dominanten Leitkultur abweichen. Zum Beispiel fördert das «natural health movement» ein «natürliches» Leben und «natürliches Heilen». Die Alternativmedizin grenzt sich von der Schulmedizin ab. Soziale Bewegungen proklamieren die Akzeptanz von Abweichung und wenden sich gegen die Medikalisation und Stigmatisierung, z.B. in der Psychiatrie. Wirksam waren z.B. das «Gay liberation movement», das wesentlich zur De-Medikalisierung der Homosexualität beigetragen hat, sowie die Bewegung «Demokratische Psychiatrie» in Italien, die einen grossen Teil der langjährigen eingesperrten psychisch Kranken in die Gemeinschaft integrieren konnte [16].
- Die Individualisierung der Gesellschaft nimmt weiter zu und ermöglicht eine «Multioptionsgesellschaft», in der aus mehreren Optionen gewählt werden kann – und muss [17].

Der beschriebene soziale Wandel macht deutlich, dass ein Konsens über neue Krankheitsdefinitionen immer schwieriger wird. Oft wird die neue Medikalisation eines (häufig psychosozialen) Problems nicht von allen Akteuren geteilt. Wir sprechen dann von einer «partiellen Medikalisation» als einem nicht vollständig und konsensual vollzogenen Prozess bzw. von einer «umstrittenen Medikalisation», wenn sich bestimmte Akteure explizit dagegen wehren, was immer häufiger vorkommt.

Seltener kommt eine De-Medikalisierung vor, ein Prozess, in dem ein medizinisches Problem (Krankheit, Störung, Risiko) neu als nichtmedizinisches Phänomen definiert und daher nicht mehr medizinisch diagnostiziert und behandelt wird; meist liegt dem ein Normalisierungsprozess zugrunde, in dem das Phänomen nicht mehr als Abweichung, sondern als normal definiert wird. Typische Beispiele für De-Medikalisierung sind die Onanie, die lange als Sünde galt, dann als Krankheit definiert wurde und seit den 1960er Jahren als sehr häufiges, normales Verhalten gilt, oder die Homosexualität, die in den USA im psychiatrischen Diagnosemanual DSM II noch 1968 als psychische Krankheit aufgeführt wurde. 1973 wurde das DSM revidiert und Homosexualität als Krankheit entfernt [18].

Bewertung von Medikalierungsprozessen

Die Ausführungen über die umstrittenen Medikalierungsprozesse haben deutlich gemacht, dass deren Bewertung je nach Akteur und Interessenlage sehr unterschiedlich ausfällt. Es stellt sich nun die Frage, ob alle Medikalierungsprozesse problematisch sind oder ob es eine «objektive», nicht interessengebundene Bewertung von Medikalierungsprozessen gibt.

Medikalierungsprozesse, die Folge des medizinischen Fortschritts sind und durch die offensichtliche Leiden oder Störungen wirksam diagnostiziert und behandelt werden können, sind nicht umstritten. So kann z.B. heute eine Hüftarthrose durch ein künstliches Hüftgelenk erfolgreich behandelt werden, bevor grosse Schmerzen und Behinderungen auftreten. Noch vor weniger als hundert Jahren wurden schwache Hüftschmerzen als normale Begleiterscheinung des Alterns gesehen, und auch schwere Schmerzen und Behinderungen mussten in Kauf genommen werden. Die «Medikalisation der Hüftarthrose» durch frühe und präzise Diagnose sowie durch eine höchst wirksame, risikoarme Behandlung wird von allen beteiligten Akteuren akzeptiert und willkommen geheissen. Die heute meist minimalinvasiv durchgeführte Operation hat einen grossen gesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Nutzen und ist auch ethisch uneingeschränkt positiv zu bewerten. Ein grosser Teil der Medikalierungsprozesse bezieht sich auf solche höchst erwünschten Folgen des medizinischen Fortschritts, weil durch sie schweres Leiden oder starke Funktionseinschränkungen frühzeitig und erfolgreich medizinisch diagnostiziert und behandelt werden.

Andere Medikalierungsprozesse sind problematisch, weil sie leichte Normabweichungen als Krankheit definieren, auch wenn diese Normabweichung für das betroffene Individuum weder mit unmittelbarem Leiden noch mit Funktionseinschränkungen verbunden ist. Übergewicht, leichter Bluthochdruck, schräge Zahnstellungen, Runzeln im Gesicht, leichte Schlafstörungen

oder Hyperaktivität können als Variationen des normalen Lebens gesehen und einfach toleriert werden. Inwiefern solche problematischen Medikalisierungsprozesse negativ zu bewerten sind, hängt ab von der Analyse ihrer gesundheitlichen und sozialen Wirkungen (einschliesslich der unbeabsichtigten Nebenwirkungen), von den Kosten und von der ethischen Beurteilung. Bei fragwürdigem Nutzen für die Gesundheit, bei negativen sozialen Folgen der Medikalisierung (z.B. Diskriminierung und Freiheitsbeschränkung anstelle der früheren Toleranz), bei hohen Kosten und beim Vorherrschen von offensichtlichen Partikularinteressen bei den Akteuren der Medikalisierung wird die ethische Bewertung negativ sein.

Eine systematische Bewertung von Medikalisierungsprozessen ist nicht Aufgabe dieses Artikels. Kritische Bewertungen sind aber Teil des öffentlichen Diskurses geworden und können soziologisch als Folge der Zunahme von problematischen Medikalisierungsprozessen verstanden werden. Der öffentliche, kritische Diskurs beeinflusst seinerseits die zukünftige Entwicklung der Medikalisierung.

Thesen und Postulate für die zukünftige Entwicklung

Die Zukunft der Medikalisierung wird durch die wachsenden Finanzierungsprobleme der Rentensysteme und der Staaten geprägt. Es ist anzunehmen, dass der privat finanzierte Gesundheitsmarkt weiterhin stark wächst und sich vom reglementierten, vom Staat und den Sozialversicherungen (mit)finanzierten Gesundheitswesen zunehmend abkoppelt. Ausgehend von dieser Annahme formuliere ich folgende Thesen für die zukünftige Entwicklung:

- Die Medikalisierung nimmt weiter zu, ist aber vermehrt partiell und umstritten.
- Im öffentlichen, reglementierten Gesundheitswesen, insbesondere im sozialen Grundversicherungsbereich kommt es vermehrt zu Restriktionen gegen weitere problematische Medikalisierungsprozesse. Grundlage solcher Restriktionen ist die Evidence-Based Medicine, die wissenschaftliche Analyse und Beurteilung von Wirkungen, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit, Qualität und Nachhaltigkeit neuer Massnahmen.
- Im Bereich des wenig reglementierten privaten Gesundheitsmarktes wird die partielle Medikalisierung stark zunehmen: Selbstmedikation, Komplementär- und Alternativmedizin, Wellness etc. Von «Medikalisierung» sprechen wir immer dann, wenn Probleme in einer medizinischen Terminologie definiert und mit medizinischen Mitteln und von Health Professionals behandelt werden, auch wenn das Problem selbst mit «Krankheit» wenig zu tun hat.
- Selbstzahlende Kunden des Gesundheitsmarktes wählen beliebig aus verschiedenen Definitionen von

Störungen und Verbesserungspotentialen sowie aus einer Vielfalt von Behandlungen aus.

- Einzelne Ärzte und andere Health Professionals wie z.B. Physiotherapeuten verdienen mehr im Gesundheitsmarkt als durch krankenkassenpflichtige Leistungen. Immer mehr wird neben einem knappen und reglementierten Angebot der sozialversicherten Grundversorgung ein Überangebot im Bereich von Komplementärmedizin, Wellness, Fitness oder Human Enhancement existieren.
- Dadurch entsteht eine zunehmende Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung entsprechend dem Einkommen der Leistungsbezüger. Einkommensstarke Personen beziehen mehr Leistungen des Gesundheitsmarktes. Solange diese Leistungen nutzlos oder sogar schädlich für die Gesundheit sind, führt der Konsum von Produkten des Gesundheitsmarktes durch reiche Menschen nicht zu besserer Gesundheit oder höherer gesundheitlicher Ungleichheit, zumindest falls die für alle Menschen zugängliche Grundversorgung die wirksamen und notwendigen medizinischen Massnahmen abdeckt. Aus ethischen Gründen ist zu fordern, dass medizinischer Fortschritt in Form von wünschenswerten Medikalisierungsprozessen, die erhebliche Leiden und Funktionseinschränkungen betreffen und aus wirksamen Diagnosen und Behandlungen bestehen, auch in Zukunft durch die Grundversicherung gedeckt wird und der ganzen Bevölkerung zugute kommt.

Postulate für eine evidenzbasierte Kanalisierung der Medikalisierung

Zum Abschluss formuliere ich vier Postulate für eine evidenzbasierte Kanalisierung der Medikalisierung:

- 1) Auch bei Leistungen und Produkten ausserhalb des reglementierten Gesundheitswesens soll es für die Anbieter Anreize geben, ihre Innovationen von einer unabhängigen Stelle wissenschaftlich evaluieren zu lassen hinsichtlich kurz- und langfristiger Wirkungen und Risiken. Die Resultate der Evaluationen, aber auch das Fehlen einer Evaluation werden öffentlich gemacht und breit gestreut; eine Deklarationspflicht wäre sinnvoll.
- 2) Der kritische öffentliche und wissenschaftliche Diskurs über problematische Medikalisierungsprozesse wird weitergeführt. Eine wichtige Aufgabe haben dabei staatliche Stellen, Hochschulen, Akademien der Wissenschaften sowie Fach- und Massenmedien.
- 3) Die kritische, wissenschaftliche Nutzen-Risiko-Beurteilung von Screenings, Diagnosen und Behandlungen wird gefördert. Die Resultate werden publiziert und in Aus- und Weiterbildungen vermittelt. Dadurch werden die Health Professionals zu kritisch reflektierenden Praktikerinnen und Praktikern.

- 4) Die Gesundheitskompetenzen von Bürgern und Patienten werden gefördert. Dadurch werden sie zu kritischen, reflektierenden Kunden und Patienten.

Interessenkonflikt: Es bestehen keine Interessenkonflikte, da der Autor keine wirtschaftlichen Interessen vertritt.

Summary

Medicalisation and its social backgrounds

Medicalisation has progressed enormously in the past 50 years. This paper presents the reasons for this increase: medical progress, changes in our management of health and disease, as well as general sociocultural changes in industrialised countries. Medicalisation has not increased continuously, but has undergone transformation. Processes of medicalisation are increasingly controversial, and this leads to definitions and approaches, which are only partly accepted.

Résumé

Evolution socioculturelle de la médicalisation

La médicalisation a progressé au cours des cinquante dernières années de manière extrêmement importante. Cet article présente les raisons à la source de ce phénomène: le développement de la médecine, le rapport à la santé et à la maladie ainsi que l'évolution socioculturelle générale dans les pays industrialisés. La médicalisation n'a pas toujours progressé de manière continue; au contraire, elle s'est modifiée. Les processus de médicalisation font de plus en plus l'objet de discussions controversées; souvent ils ne conduisent qu'à des définitions et à des traitements partiellement acceptés.

Korrespondenz

Prof. Dr. phil. Peter C. Meyer
 Direktor des Departements Gesundheit
 Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
 Technikumstr. 71
 Postfach
 CH-8401 Winterthur
 E-Mail: pc.meyer[at]zhaw.ch

Eingang des Manuskripts: 16.1.2012
 Eingang des überarbeiteten Manuskripts: 23.4.2012
 Annahme des Manuskripts: 26.4.2012

Referenzen

1. Conrad P. Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*. 1992;18:209-232.
2. Conrad P. *The Medicalization of Society*. John Hopkins University Press, Baltimore; 2007. pp. 70-96.
3. Berger PL, Luckmann T. *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie (Original 1966: The Social Construction of Reality)*. Frankfurt/Main: Fischer; 1980.
4. Jonas H. *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*. Frankfurt/Main: Insel; 1979.
5. Neffodow LA. *Der sechste Kondratieff: Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information*. Sankt Augustin: Rhein-Sieg Verlag; 1999.
6. Conrad P. *The Medicalization of Society*. Baltimore: John Hopkins University Press; 2007; Horwitz AV. *Creating Mental Illness*. Chicago: University of Chicago Press; 2002; Horwitz AV, Wakefield JC. *The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford: Oxford University Press; 2007.
7. Villa PI, editor: *Schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*. Bielefeld: Transcript; 2008; Conrad P. *The Medicalization of Society*. Baltimore: John Hopkins University Press; 2007. pp. 70-96.
8. Sennett R. *Der flexible Mensch: die Kultur des neuen Kapitalismus (Original: The corrosion of character, 1998)*. Berlin: Berlin Verlag; 1999.
9. Kickbusch I. *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung; 2006.
10. Conrad P, Schneider JW. *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. St. Louis: Mosby; 1980; expanded edition 1992 with new afterword; Conrad P. *The Medicalization of Society*. Baltimore: John Hopkins University Press; 2007.
11. Conrad P. *The Shifting Engines of Medicalization*. *Journal of Health and Social Behavior*. 2005;46:3-14.
12. Freidson E. *Profession of Medicine*. Chicago: University of Chicago Press, with a New Afterword by the Author. 2nd edition. 1988; McKinlay JB, Marceau LD. *The end of the golden age of doctoring*. In: Conrad P, editor. *Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*. 7th edition. New York: Worth; 2005. p. 189-215; Meyer PC, Denz MD. *Sozialer Wandel der Arztrolle und der Ärzteschaft durch Managed Care in der Schweiz*. *Gesundheitswesen*. 2000;62: 138-142.
13. Conrad P. *The Shifting Engines of Medicalization*. *Journal of Health and Social Behavior*. 2005;46:3-14.
14. Scott S. *The medicalisation of shyness: from social misfits to social fitness*. *Sociology of Health and Illness*. 2006;28:133-153.
15. Kolip P. *Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen*. Weinheim: Juventa; 2000.
16. Obiols J, Basaglia F. *Antipsychiatrie. Das neue Verständnis psychischer Krankheit*. Reinbek b/Hamburg: Rowohlt; 1978; Schmid S. *Freiheit heilt: Bericht über die demokratischen Psychiatrie in Italien*. Berlin: Wagenbach; 1979.
17. Gross P. *Die Multioptionsgesellschaft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp; 1994; Beck U. *Risikogesellschaft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp; 1986.
18. Conrad P. *The Medicalization of Society*. Baltimore: John Hopkins University Press; 2007.