

Ethische Aspekte der Medikalisierung

Johannes Fischer^a

^a Institut für Sozialethik der Universität Zürich

Der Ausdruck *Medikalisierung* wird in der Literatur nicht einheitlich verwendet. So wird in einem weiten Sinne bereits die Tatsache, dass immer mehr Menschen auch ohne eine ärztliche Diagnose und Verschreibung regelmässig Mittel einnehmen, denen sie eine leistungssteigernde oder gesundheitsfördernde Wirkung zuschreiben, als *Medikalisierung* bezeichnet. In einem sehr viel engeren Sinne wird mit diesem Ausdruck eine Entwicklung umschrieben, bei der in zunehmendem Masse individuelle Befindlichkeiten oder Verhaltensauffälligkeiten, die für die Betroffenen mit Beeinträchtigungen ihres Wohlbefindens oder ihrer Leistungsfähigkeit bis hin zu sozialen Nachteilen verbunden sind, die jedoch bislang nicht als Krankheiten gegolten haben, als solche definiert und damit zu ihrer Behandlung an die Medizin delegiert werden.

Begreift man *Medikalisierung* in diesem engeren Sinne, dann rückt der Krankheitsbegriff ins Zentrum aller Überlegungen zu dieser Problematik. Um deren ethische Aspekte in den Blick zu bekommen, soll daher im Folgenden zunächst genauer auf den Begriff Krankheit eingegangen werden. Und zwar sollen hinsichtlich der Frage, wie Krankheit in den Blick rücken und thematisch werden kann, drei Ebenen unterschieden werden, um auf diese Weise das Phänomen der Medikalisierung näher einzugrenzen.

Die elementarste Ebene, wie Krankheit ins Blickfeld rückt, ist diejenige des Erlebens, sei es des Kranken selbst oder seines sozialen Umfelds. Der Kranke verspürt Schmerzen, er fühlt sich unwohl, schwach, niedergeschlagen oder unkonzentriert, er registriert bestimmte somatische Veränderungen oder er bemerkt, dass Dinge, die ihm sonst leichtgefallen sind, plötzlich nicht mehr von der Hand gehen und zu einer hohen Hürde für ihn werden. Vielleicht bemerkt auch sein soziales Umfeld Veränderungen oder Verhaltensauffälligkeiten, die in das gewohnte Bild dieses Menschen nicht passen. Das ist die Ebene, mit der Ärztinnen und Ärzte zuerst konfrontiert werden, wenn Patientinnen und Patienten oder ihre Angehörigen sie zur Konsultation aufsuchen. Die Krankheit wird hier in der Form einer *Schilderung* von solchen Befindlichkeiten, Zuständen oder Verhaltensauffälligkeiten thematisch. Schilderungen oder Narrative vergegenwärtigen Befindlichkeiten oder Auffälligkeiten im Hinblick darauf, wie sie von den Betroffenen erlebt werden.

Die professionelle Aufmerksamkeit heutiger Ärztinnen und Ärzte bei einer solchen Konsultation ist freilich nicht primär auf diesen Erlebensaspekt gerichtet. Vielmehr besteht ihre ärztliche Kompetenz darin, das, was

der Patient oder seine Angehörigen schildern, mit einem bestimmten Krankheitsbild in Verbindung zu bringen. Dies führt zur zweiten der drei Ebenen, wie Krankheit thematisch werden kann. Hier geht es nicht um die Schilderung dessen, wie Krankheit erlebt wird, sondern um die *Beschreibung* der Krankheit, indem ihre Symptome benannt werden und hieraus eine bestimmte Diagnosestellung abgeleitet wird. Der Arztbericht, z.B. zuhanden einer Krankenversicherung, ist im Stil einer solchen Beschreibung abgefasst, und auch die subjektiven Erlebenszustände des Patienten tauchen hier in der distanzierten Form der Beschreibung auf: Der Patient berichtet über rezidivierende rechtsseitige Kopfschmerzen, über Halluzinationen oder über ein permanentes Schwächegefühl usw. Auf dieser zweiten Ebene wird eine Objektivierung der Krankheit vollzogen. Krankheit ist das, was in dieser Weise einem Krankheitsbild zugeordnet und somit als Krankheit beschrieben werden kann. Diese Perspektive haben längst auch die Patientinnen und Patienten internalisiert. Dass sie krank sind und welche Krankheit sie haben, wissen sie erst dann definitiv, wenn der Arzt eine entsprechende Diagnose stellt.

Hinsichtlich des Krankheitsbildes lassen sich zwei Möglichkeiten unterscheiden. Es kann entweder durch ein Bündel von Symptomen definiert sein, ohne dass diese auf eine einheitliche Ursache zurückgeführt werden können. Der Patient muss eine bestimmte Anzahl solcher Symptome aufweisen, um als krank im Sinne dieses Krankheitsbildes zu gelten. Von dieser Art ist zum Beispiel das ADHS- oder das Borderline-Syndrom. Oder das Krankheitsbild kann kausal definiert sein, indem die betreffenden Symptome auf eine einheitliche Ursache zurückgeführt werden wie zum Beispiel im Falle einer Tumorerkrankung. Es gibt heute eine Tendenz hin zur vermehrten Definition von rein symptomorientierten Krankheitsbildern, und das scheint ein nicht unwesentlicher Aspekt jener Entwicklung zu sein, die als *Medikalisierung* bezeichnet wird.

Die entscheidende Frage, die die Unterscheidung zwischen den beiden ersten Ebenen aufwirft, die in der Literatur als *illness* und *disease* unterschieden werden, zielt darauf ab, welche Ebene darüber entscheidet, ob eine Befindlichkeit als Krankheit einzustufen ist. Ist dies unabhängig davon möglich, wie die betreffende Störung durch die betroffene Person erlebt wird bzw. was sie für deren Leben bedeutet? Lässt sich dies allein an bestimmten Symptomen oder Ursachen für somatische oder psychische Zustände festmachen? Man muss sich hier vergegenwärtigen, dass sich auch für viele Be-

findlichkeiten und Zustände, die wir nicht als Krankheit auffassen, sondern die wir noch dem Bereich des Normalen oder Gesunden zuordnen, wie Alterswarzen, Stimmungsschwankungen oder Unruhezustände, somatische oder psychische Ursachen finden lassen. Die bloße Rückführbarkeit auf derartige Ursachen macht sie noch nicht zu Krankheiten. Wenn unsere menschliche Natur genetisch so beschaffen wäre, dass alle Menschen ab dem 60. Lebensjahr eine schwere Demenz bekämen, dann würden wir dies vermutlich als eine normale Entwicklung im Rahmen des Alterungsprozesses und nicht als Krankheit begreifen. Wir haben eine bestimmte Vorstellung davon, wie menschliches Leben verläuft, und auf dem Hintergrund dieser Vorstellung erleben wir bestimmte somatische oder psychische Widerfahrnisse als massive Beeinträchtigungen des normalen Lebensverlaufs oder gar als abrupte Verkürzung des Lebens, und eben dies nennen wir Krankheit. Dem ordnet die Medizin dann objektive Krankheitsbilder zu. Aber dass es sich hierbei um Krankheitsbilder und nicht um Bilder von etwas handelt, das noch im Bereich des Gesunden und Normalen liegt, das hat damit zu tun, wie Menschen solche Widerfahrnisse erleben und was sie für ihr Leben bedeuten. Daher hat man von Krankheit auch schon zu Zeiten gewusst, als es die moderne Medizin mit ihren objektivierenden Diagnosemöglichkeiten noch nicht gab. Diese jedoch haben eine bestimmte Suggestivität geschaffen, als ob es sich bei Krankheit um etwas handele, das gewissermassen objektiv, d.h. unabhängig davon, wie Menschen Befindlichkeiten und Zustände erleben, definiert und festgelegt werden könne. Die Folgen dieser Suggestivität der Diagnostik erleben wir heute zum Beispiel in der *Enhancement*-Debatte, die uns mit der Unmöglichkeit konfrontiert, eine solche objektive Grenze zwischen Krankheit und Gesundheit zu ziehen.

Die dritte Ebene der Thematisierung von Krankheit hat mit der Einführung der solidarischen Krankenversicherung zu tun. Diese hat zur Folge, dass Krankheit zu etwas geworden ist, das auf *Anerkennung* beruht und zwar durch Instanzen, denen hierzu die Befugnis übertragen worden ist. Gewiss war auch schon in früheren Zeiten der Status des Kranken ein sozialer Status, der auf sozialer Anerkennung beruhte. Wer krank war, der genoss einen sozialen Schonraum und war von bestimmten Pflichten entlastet, denen der Gesunde unterworfen war. Deshalb kam man auch damals nicht darum herum festzustellen, ob jemand zum Beispiel bloss simulierte, um in den Vorteil dieses Schonraums zu kommen, oder ob er tatsächlich krank war. Nur demjenigen, der als wirklich krank anerkannt zu werden verdiente, wurde im Nahbereich der sozialen Beziehungen dieser Schonraum gewährt. Demgegenüber wird mit der Einführung der Krankenversicherung die Solidargemeinschaft über den Nahbereich der sozialen Beziehungen hinaus auf die Gesamtheit der Versicherten ausgeweitet. Damit aber bedurfte es, um einer ausufernden oder missbräuchli-

chen Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen vorzubeugen, allgemeiner Festlegungen in Bezug darauf, was als Krankheit anerkannt werden sollte und was nicht.

Das, was heute als *Medikalisierung* diskutiert wird, hat es mit dieser dritten Ebene der Thematisierung von Krankheit zu tun, auf der es also just um deren Anerkennung geht. Der kritische Punkt in dieser Debatte betrifft die Unterscheidung zwischen *Erkennen* und *Anerkennen*. Wenn man an neue Phänomene wie ADHS oder Borderline denkt: Handelt es sich hierbei um etwas, das mit einer rein medizinischen Betrachtungsweise *als Krankheit erkannt* werden kann? Oder werden solche Phänomene erst dadurch zu Krankheiten, dass sie *als Krankheiten anerkannt* werden? Mit dem Begriff des Erkennens verbinden wir die Vorstellung, dass dasjenige, was erkannt wird, schon existiert und lediglich entdeckt werden muss. Der Begriff der Anerkennung bezeichnet demgegenüber einen kreativen Akt, der dasjenige allererst hervorbringt, was anerkannt wird. Eben dies geschieht mit der Anerkennung von Störungen wie ADHS oder Borderline als Krankheiten: Damit wird ein rechterelevanter Status geschaffen, der den Betroffenen einen Anspruch auf Unterstützung durch die Solidargemeinschaft verleiht. Oben war von der diagnostischen Suggestion die Rede, die von der objektivierenden Perspektive der modernen Medizin ausgeht. Man muss sich hierzu Folgendes vergegenwärtigen: Zum Arzt kommen Menschen, die Hilfe suchen, weil sie bestimmte Beschwerden haben. Ihre *Schilderung* dieser Beschwerden versucht der Arzt in entsprechende *Symptombeschreibungen* zu überführen. Er entdeckt dabei, dass es auch andere Patienten gibt, die ähnliche Störungen haben und bei denen sich mehr oder weniger vollständig dieselben Symptome feststellen lassen. Hieraus ergibt sich ein diagnostisches Bild dieser Störung in Gestalt eines Bündels von Symptomen. Aber ist die Störung damit schon eine Krankheit? Oder liegt sie noch im Bereich des Gesunden? Und vor allem: Lässt sich aus diesem diagnostischen Bild, das einen psychischen oder physischen Sachverhalt beschreibt, auf einen sozialen bzw. rechtlichen Sachverhalt schliessen, nämlich darauf, dass die Betroffenen einen Anspruch auf Unterstützung durch die Solidargemeinschaft haben? Ganz offensichtlich ist dies nicht der Fall. Hier klafft eine Lücke, und diese Lücke wird erst durch die *Anerkennung* der betreffenden Störung als Krankheit geschlossen. Erst sie verleiht den Betroffenen den sozialen Status des Krankseins mit den damit verbundenen Rechten auf Unterstützung. Man muss daher der Medizin die Kompetenz absprechen, neue Krankheiten «entdecken» oder «definieren» zu können mit der Folge, dass die Solidargemeinschaft für diese aufzukommen hat. Spätestens mit der Einführung der solidarischen Krankenversicherung ist Krankheit zu einem sozialen Status geworden, der auf gesamtgesellschaftlicher Anerkennung beruht. Nebenbei gesagt, wird hierdurch auch die

Grenze gezogen, jenseits derer das *Enhancement* beginnt.

Erst mit der Destruktion des objektivistischen Scheins, der der Medizin anhaftet, kommen die ethischen Aspekte dessen in den Blick, was man *Medikalisierung* nennt. Wenn die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit über Anerkennung festgelegt wird, dann rückt die Frage nach den Gründen ins Zentrum, aus denen heraus etwas als Krankheit anerkannt werden soll. Und hier geht es zwar nicht nur, aber doch sehr wesentlich auch um moralische Gründe, nämlich um die Erwägung, was es für einen Menschen bedeutet, gravierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausgesetzt zu sein, für die er auf Hilfe angewiesen ist, ohne dass er über die Ressourcen verfügt, um sich solche Hilfe leisten zu können. Mit der Anerkennung solcher Beeinträchtigungen als Krankheit wird den Betroffenen ein individueller, notfalls rechtlich einzuklagender Anspruch auf entsprechende Hilfe zuerkannt. So begriffen fällt die Grenzziehung zwischen Gesundheit und Krankheit nicht in die Kompetenz der Medizin, sondern sie ist im weitesten Sinne eine gesellschaftliche Festlegung, bei der, wie gesagt, ethische Aspekte eine nicht unwesentliche Rolle spielen. Die Medizin kann neue diagnostische Bilder von gesundheitlichen Störungen und Beeinträchtigungen entdecken und beschreiben, die uns vor die Frage stellen, ob wir sie als Krankheit anerkennen sollen, und dafür kann es gute Gründe geben. Insofern hat das, was man *Medikalisierung* nennt, sehr wesentlich mit der Vermehrung des medizinischen Wissens zu tun, und sie ist so gesehen nicht nur eine negative Entwicklung. Aber die Medizin kann nicht darüber entscheiden, ob es sich hierbei um Krankheiten handelt, für deren Kosten die Solidargemeinschaft aufzukommen hat.

Es sei freilich gleich hinzugefügt, dass es bei der Anerkennung eines Zustandes als Krankheit nicht nur und ausschliesslich um moralische oder ethische Aspekte geht. So können zum Beispiel auch reine Nützlichkeits-erwägungen den Ausschlag geben, etwa wenn man die volkswirtschaftlichen Folgekosten einer gesundheitlichen Störung wie zum Beispiel Alkoholismus gegen die Kosten hochrechnet, die eine Behandlung dieser Störung verursacht. Die Anerkennung als Krankheit schafft dann gewissermassen einen Anreiz, diese Störung behandeln zu lassen, und mögen sich dadurch auch die Kosten im Gesundheitswesen erhöhen, so kommt die Sache doch gesamtwirtschaftlich gesehen billiger.

Zur ethischen Dimension der Medikalisierung gehören auch und vor allem Fragen der Gerechtigkeit. Warum wird *diese* gesundheitliche Beeinträchtigung als Krankheit anerkannt und *jene* nicht? So begriffen besteht die erste und wichtigste Herausforderung, vor die das Phänomen der Medikalisierung stellt, darin, ein transparentes Verfahren für die Anerkennung von etwas als Krankheit zu haben. Weder darf es hier einen medizinischen Automatismus geben dergestalt, dass Medizi-

ner neue diagnostische Bilder beschreiben, die dann automatisch als Krankheitsbilder eingestuft werden mit der Folge, dass die Solidargemeinschaft für die Kosten aufzukommen hat. Noch darf dies dem Einfluss einzelner Interessengruppen überlassen bleiben, die von der Klassifizierung von etwas als Krankheit ökonomisch profitieren, was die Gefahr nach sich zieht, dass vor allem das als Krankheit eingestuft wird, woran sich viel verdienen lässt. Es geht hier, wie gesagt, um eine gesellschaftliche Festlegung mit erheblichen Auswirkungen auf die Allgemeinheit, die die Kosten zu tragen hat, und daher darf dies nicht Partikularinteressen überlassen bleiben.

Zweitens aber, und das ist ebenso wichtig, geht es um die Klärung unserer Vorstellungen von Gerechtigkeit. Medikalisierung hat elementar mit Gerechtigkeit zu tun, d.h. mit der Frage, welche Ansprüche und Rechte Menschen haben bzw. haben sollten. Instruktiv ist hier ein Blick auf die philosophische Gerechtigkeitsdebatte. Dort gibt es teilweise ausufernde Vorstellungen von dem, was man «soziale Gerechtigkeit» nennt, die in die Richtung gehen, dass eine Gesellschaft für alle nicht-selbstverschuldeten Handicaps ihrer Mitglieder, also insbesondere für deren naturgegebene Handicaps und Hypotheken, aufzukommen hat mit dem Ziel, grösstmögliche Gleichheit untereinander herzustellen, insbesondere was die Gleichheit der Chancen im gesellschaftlichen Wettbewerb betrifft. Es ist hier nicht Raum, diese Gerechtigkeitsvorstellung zu diskutieren, und so muss die thetische Bemerkung genügen, dass es gute Gründe gibt, sie als völlig überzogen zurückzuweisen.¹ Einen Anspruch auf Unterstützung durch die Solidargemeinschaft kann es nur in Ausnahmefällen geben, nämlich da, wo gesundheitliche Beeinträchtigungen in ihren Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen so schwerwiegend sind, dass wir ihnen aus moralischen Gründen ein Recht auf Unterstützung zuerkennen sollten. Eine der wichtigsten Triebfedern für das, was man *Medikalisierung* nennt, dürfte darin liegen, dass im allgemeinen Bewusstsein die Ausnahme zur Regel geworden ist in Gestalt eines Anspruchsdenkens, das von der Medizin erwartet, dass sie die jeweils eigenen Handicaps behandeln und beheben könne.

Auch Ärztinnen und Ärzte sind in den Prozess der Medikalisierung involviert, und dieser betrifft daher auch das ärztliche Ethos. Sie haben hier einen schwierigen Part, ist doch ihr Beruf mit einem strukturellen Konflikt behaftet. Wie eingangs ausgeführt wurde, sind sie einerseits mit der Erlebensperspektive der Patientinnen und Patienten konfrontiert, wie sie in deren Schilderung von den jeweiligen Beschwerden und der jeweiligen Situation zur Sprache kommt. Diese Erlebensperspektive beansprucht sie mit ihrem inneren Engagement, das darauf gerichtet ist, diesen Menschen

1 Vgl. dazu Fischer J. Verstehen statt Begründen. Warum es in der Ethik um mehr als nur um Handlungen geht. Stuttgart: Kohlhammer; 2012, darin das Kapitel «Menschenwürde, Menschenrechte, Gerechtigkeit: Begründen oder Verstehen?»

im Hinblick darauf, was diese Beschwerden für sie bedeuten, zu helfen. Andererseits gehört es zu ihrer Profession, einen desengagierten, objektivierenden Standpunkt einzunehmen, indem sie das, was die Patientinnen und Patienten ihnen schildern, einem anerkannten, definierten Krankheitsbild zuordnen. Erst dieses berechtigt dazu, die Patientinnen oder Patienten krankzuschreiben und ihnen damit jenen sozialen Schonraum zu gewähren, den wir kranken Menschen zubilligen. Insofern sind Ärztinnen und Ärzte nicht nur ihren Patientinnen und Patienten verpflichtet, sondern auch der Solidargemeinschaft, die über Anerkennung festlegt, was als Krankheit zu gelten hat und was nicht. Hier liegt ein strukturelles Konfliktpotential, und dies nicht zuletzt deshalb, weil Patientinnen und Patienten ja nicht nur zum Arzt gehen, um Hilfe zu bekommen, sondern häufig auch, um krank und arbeitsunfähig geschrieben zu werden. Dadurch können Ärztinnen und Ärzte in einen Zwiespalt geraten zwischen der Hilfe, die die Patientinnen und Patienten von ihnen erwarten, und ihrer Verpflichtung gegenüber der Allgemeinheit, die ihnen zwar die Befugnis übertragen hat, Menschen krankzuschreiben, dies aber an strenge Bedingungen gebunden hat. Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, sich an diese Bedingungen zu halten, und in diesem Sinne stehen auch sie unter dem Postulat der Gerechtigkeit.

Und dann sind da schliesslich die Patientinnen und Patienten. Die Einstufung gesundheitlicher Beeinträchtigungen als Krankheit, für die die Medizin zuständig ist, kann für die Betroffenen zweifellos eine entlastende Wirkung haben. Sie erhalten auf diese Weise ärztliche Hilfe. Aber die Delegierung solcher Beeinträchtigungen an die Medizin kann auch das Selbstverhältnis des Einzelnen in Gestalt von Selbstsorge und Selbstverantwortung bis hin zur Vorstellung davon, wie mit den Handi-

caps des eigenen Lebens umzugehen ist, nachhaltig zum Negativen hin beeinflussen. Sie kann Menschen in einen Zustand der Abhängigkeit versetzen und ihre Fähigkeit zu einer mündigen und selbstverantwortlichen Lebensführung, die die Hypotheken und Handicaps des eigenen Lebens zu akzeptieren bereit ist und diese in das eigene Lebenskonzept zu integrieren vermag, erheblich beeinträchtigen. Und sie kann solchermassen ein latentes *Unglücklichsein* erzeugen aufgrund der Vorstellung, dass wahrhaftes Leben ein Leben ohne derartige Hypotheken und Handicaps wäre, einer Vorstellung, die durch die Erwartung genährt wird, die Medizin könne zu einem solchen Leben verhelfen. So kann es dann dazu kommen, dass Menschen Jahre ihres Lebens am Tropf der Medizin hängen, zum Beispiel, indem sie eine Psychotherapie nach der anderen machen, was dann gewissermassen zu einem Normalzustand ihres Lebens wird. Wird sie in dieser Weise in Anspruch genommen, dann macht die Medizin die Menschen nicht glücklicher, sondern eher unglücklich, und zwar aufgrund uneinlösbarer Erwartungen. Wenn so etwas wie Glück für den Menschen erreichbar ist, dann kann gewiss nur derjenige diesen Zustand erreichen, der die Beschränkungen des eigenen Lebens zu akzeptieren lernt, statt sich der vagen Hoffnung hinzugeben, es könne dank der Medizin Befreiung oder gar Erlösung hiervon geben.

Korrespondenz

Prof. Dr. Johannes Fischer
 Universität Zürich
 Institut für Sozialethik
 Zollikerstrasse 117
 8008 Zürich

E-mail: fischer[at]sozethik.uzh.ch