



LUDWIG-  
MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN

ÜBERSCHRIFT / TITEL / EINRICHTUNG XY

# MEDIKALISIERUNG ALS FUNKTIONALE DIFFERENZIERUNG

am Beispiel des palliativmedizinischen  
Symptombegriffs

Anna Bauer

DGS/DGMS Frühjahrstagung  
»Die Rolle der Medizin in der modernen  
Gesellschaft – Einblicke aus aktuellen  
Beiträgen zur Medikalisationforschung«  
28.04.2022





LUDWIG-  
MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN

- I. Einleitung: Funktionale Differenzierung**
- II. Die Empirie der Palliativmedizin**
- III. Fazit: Medikalisierung des Sterbens?**



## I. Funktionale Differenzierung

- Komplexitätsreduktion
- Evolutionärer Prozess der Autonomisierung von Anschlussfähigkeiten
- Keine »Stoppregeln«
- Ausdifferenzierung operativer Grundlagen und semantischer Potenziale
- »Optionssteigerungen«: Politisierung, Ökonomisierung, Medikalisierung usw.



LUDWIG-  
MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN

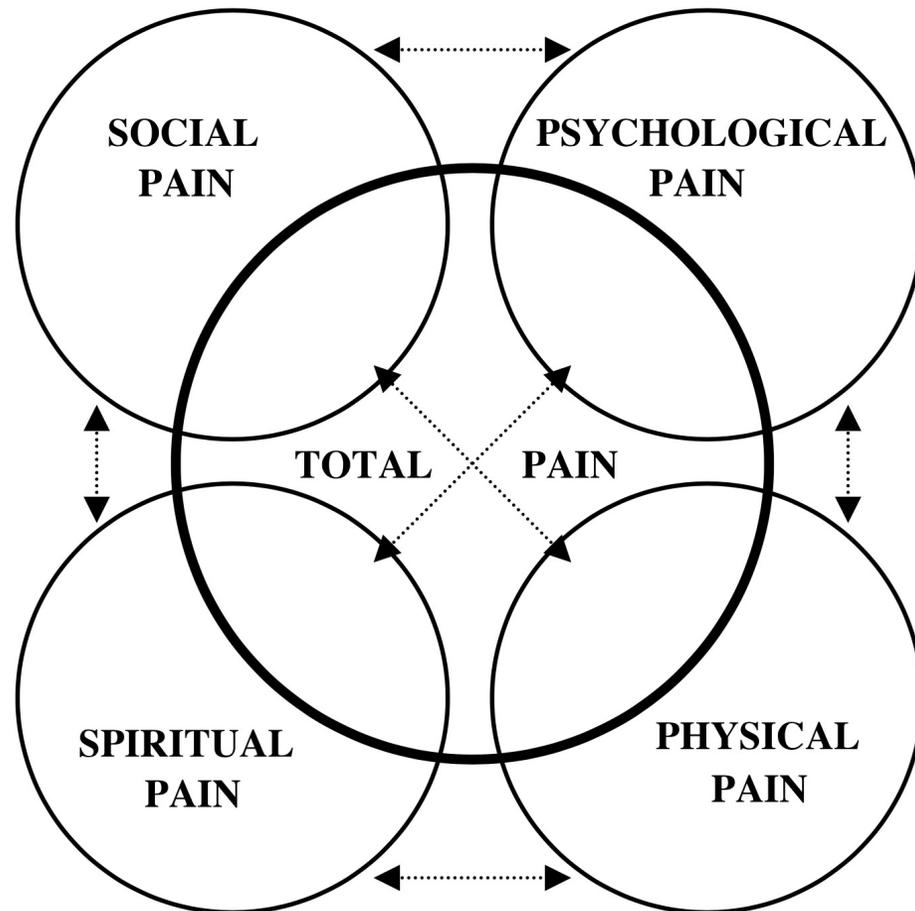
## II. Die Empirie der Palliativmedizin



## Der Schmerz und das Spiel der Zeichen

»Ich erlebe es einfach, dass Patienten, die **bei deutlichen Gründen für körperliche Schmerzen**, auf die oft übliche und normale Schmerztherapie eben wenig oder gar nicht ansprechen. **Wenn man sagt ›Da hilft gar nichts‹, und jetzt hat man schon dies und jenes und nochmal andere Medikamentenkombination eingesetzt und es *hilft* alles nicht so richtig**, dann - dass sind für mich einfach so Momente, wo ich sage ›Da ist offensichtlich mehr, als nur ein körperlicher Schmerz‹, da sind auch noch andere Gründe, warum **jemand den Schmerz noch nicht loslassen kann oder wo etwas ganz anders schmerzt als die Metastasen, die im Dünndarm sitzen, ja?** Und in solchen Situationen ist das Gespräch [...] oft eine ganz wesentliche Hilfe. Und dann kommen eben Situationen, wo jemand dann nach einer Stunde **sein Thema** noch nicht ganz abgehandelt hat [...]. Und oft erlebe ich auch [...] dass [man] dann [...] doch relativ schnell so auch auf die Punkte kommt, **wo sich ein bisschen was bewegen konnte oder welche Wege dann auch gegangen werden können, um die körperlichen und die seelischen Schmerzen zu lindern.**«

## Der Schmerz und das Spiel der Zeichen



»Such pain is a situation rather than an event and the hardest aspect of this situation for the patient is that it seems to be meaningless as well as endless.« (Saunders, C. 1967: The Management of Terminal Illness, p. 14)

Mehta, A. / Chan, L. S. (2008): Understanding of the Concept of ‚Total Pain‘, in: Journal of Hospice and Palliative Nursing, 10.1, 26-32.

## Synästhetische Wahrnehmung – Die Medialität des Blicks

»Ich denke mal, wenn ich so zurückdenke, äh, was vor zehn, fünfzehn oder zwanzig Jahren war, das Wichtigste ist eigentlich immer wieder **das im Gespräch blieben**, das, sagen wir mal, **empathische Aufnehmen der Sorgen**. Das andere ist **notwendiges Beiwerk**. Aber ich glaube, **man kann noch so gute Medikamente haben**, wenn nicht der, sagen wir mal, Konsens in der Behandlung erreicht werden kann [...]. Ich kann mir auch nicht vorstellen, dass eine *Telemedizin* (lacht) am Sterbebett in *irgendeiner* Hinsicht vernünftig ist. [...] Es bleibt was ganz Persönliches, es bleibt der Augenkontakt, es bleibt der Eindruck, wenn man dort ist ›**Was passiert hier?**‹, ›**Was läuft hier?**‹, ›**Wonach riecht es?**‹, ›**Wonach schmeckt es im weitesten Sinne?**‹ (lacht), ne, und ›**Wo kann ich was tun?**‹. Und das kriegt man per Computer nicht hin.«

## Das Zuhause mit ›Symptomcharakter‹ – »in die Tiefe fragen«

»Also, manchmal ist die Situation so angespannt auch noch beim Erstbesuch, dass ich einen Teufel tun werde, da sozusagen **in die Tiefe zu fragen**, ja? Und manchmal ergibt es sich einfach. Also gestern hatte ich eine Neuaufnahme in wirklich guter Atmosphäre, da war **das Wohnzimmer voll mit allen möglichen Reiseutensilien und MitbringseIn aus Afrika und so**. Da ist natürlich klar, dass man da irgendwie drauf kommt, ja, was die dahin gebracht hat und wie das Leben so verlaufen ist und - ja.«

## Taxonomie der Symptome – Plus/Minus

»Also, wenn jemand eine **hohe Symptomlast hat, starke Schmerzen, Verzweiflung, starke Übelkeit, ähm, schweres Erbrechen oder solche Dinge**. Also, wo man merkt, die Situation ist instabil, da muss man *schnell* hin, um das in die Wege zu leiten, bevor da die Situation weiter eskaliert. Und dann gibt es manche, **ich sozusagen für mich bezeichne das immer als ›Minussymptome‹**, also wenn jemand sagt, ah, er wird schon über die Tage und Wochen immer schwächer und kann immer weniger essen, kann sich immer weniger bewegen, ähm - das hat jetzt nicht ganz so Vorrang, als wenn jemand sozusagen **Plussymptome** hat, also Verzweiflung, Schmerzen, Erbrechen und solche Dinge, **die ihn wirklich aufbringen.**«

## Taxonomie der Symptome – Subjektiv/Objektiv

»Es ist natürlich schon **auch ein entscheidendes Moment**, dass die Palliativversorgung zum großen Teil Angehörige unterstützt einfach im Umgang ›Wie händel ich den Umgang mit einem schwer kranken, sterbenden Patienten?‹ usw. Und da ist es natürlich dann auch wieder **fast egal, ob die jetzt eine Tumorerkrankung haben zum einen, das ist eigentlich eh egal**. Und zum anderen ist es auch egal, was die **objektive Symptomlast** ist. Sondern, wenn es drum geht, die Angehörigen zu unterstützen, geht es ja um **die für Patient oder Angehörigen subjektive Symptomlast, ja?** Einfach um die Hilflosigkeit, die die Angehörigen und Patienten haben, auszugleichen.«



LUDWIG-  
MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN

## III. Fazit



## V. Fazit: Medikalisierung des Sterbens?

### Medikalisierung des Sterbens

- Der Arzt als »wilder Leser« (Assmann)
- Medikalisierung »to make medical« (Conrad) über die ärztliche Profession als »Übersetzungselite« (Atzeni/Nassehi): Alles wird »medizinisch«

### Medikalisierung als funktionale Differenzierung

- Palliativmedizin als Produkt der Medizinkritik, als Appell an »ärztliche Mäßigung«
- Autonomisierung von Systembildung
- Medizin gewinnt an Flexibilität und Plastizität
- In den Befunden reformuliert sich Medikalisierung als Ausdruck funktionaler Differenzierung



**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**

**Anna Bauer**  
**Institut für Soziologie**  
**Lehrstuhl für Allgemeine Soziologie und Gesellschaftstheorie**  
**Konradstraße 6 · 80801 München**  
**An.Bauer@lmu.de · www.annabauer.net**

## Literatur

- Atzeni, G. 2016: Professionelles Erwartungsmanagement. Nomos.
- Atzeni, G./Nassehi, A. 2015: Professionelle Übersetzungselite? Soziologische Überlegungen zur Struktur von Wertkonflikten in der modernen Gesellschaft. Zeitschrift für med. Ethik, 61.4, 302-313.
- Clark, D. 1999: ›Total pain‹, disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. Social Science & Medicine, 49.6, 727-736.
- Clark, D. 2002: Between hope and acceptance: the medicalisation of dying. BMJ, 324, 905-907.
- Demand, C. 2021: Homestorys (III): Zeige mir, wie du wohnst. MERKUR, 866, 16-33.
- Foucault, M.: Die Geburt der Klinik. S. Fischer.
- Nassehi, A. 2012: Ökonomisierung als Optionssteigerung. Eine differenzierungstheoretische Perspektive. Soziale Welt, 63.4, 401-418.
- Peter C./Neubert C. 2016: Medikalisierung sozialer Prozesse, in: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Springer, 273-285.
- Timmermans, S. 2005: Death brokering: constructing culturally appropriate deaths. Sociology of Health & Illness, 27.7, 993-1013.