

Anike Krämer & Anne Rauber

Thinking medicalization – Überlegungen zu einem vielverwendeten Begriff

Es wird viel nachgedacht über den Begriff der Medikalisierung und doch bleibt oft unklar, was er genau beschreiben soll. Angeregt von dieser Unklarheit wird in diesem Beitrag über Medikalisierung nachgedacht und sich dem Begriff aus theoretischer wie empirischer Sicht genähert. Dabei zeigen sich verschiedene Fallstricke und Interpretationen des Begriffs. Am empirischen Beispiel der Hormoneinnahme von Mädchen und jungen Frauen wird gezeigt, dass eine sinnverstehende Perspektive für eine Konkretisierung des Begriffs der Medikalisierung gewinnbringend sein kann.

Schlagwörter: Medikalisierung, Ambivalenz, Sinnstrukturen, Hormoneinnahme, Mädchenforschung

1. Einleitung

Einen Beitrag zum Begriff der Medikalisierung zu schreiben, der diesen, seine Facetten und eventuelle Fallstricke beleuchten will, ist eine Herausforderung. Einerseits scheint völlig klar zu sein, was Medikalisierung bedeutet, nämlich »a problem is defined in medical terms, described using medical language, understood through the adoption of a medical framework, or ›treated‹ with a medical intervention« (Conrad, 1970, S. 5). Wenn ein Phänomen also als medizinisch verstanden wird, handelt es sich um Medikalisierung. Andererseits ist der Begriff so undifferenziert, dass er als theoretisches Werkzeug allein wenig taugt, dies konstatieren etwa Claudia Peter und Carolin Neubert (2016, S. 283). Seiner Beliebtheit steht dies allerdings nicht im Wege. Medikalisierung findet sich in psychologischen, gesundheitswissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzungen zu den unterschiedlichsten Themen. Ob ADHS (vgl. Leuzinger-Bohleber et al., 2006; Liebsch, 2009), Sucht (vgl. Schmidt-Semisch, 2016), kosmetischer Chirurgie (Meßmer, 2017) oder Intergeschlechtlichkeit (vgl. Klöppel, 2010; Krämer, 2021b) – um nur einige Beispiele zu nennen – allen Bereichen wird Medikalisierung attes-

tiert. Wie der Begriff allerdings in den verschiedenen Kontexten verwendet wird und welche Funktion er innerhalb der Analyse einnimmt, ist (sehr) unterschiedlich. Mal dient er als Perspektive, mal als Beschreibung eines historischen Wandels, in wenigen Fällen wird eine theoretische Konkretisierung des Begriffs vorgenommen. Er wird sowohl beschreibend verwendet als auch normativ, mal verwoben mit anderen theoretischen Ansätzen, mal ohne. Die Autor*innen, die sich mit Medikalisierung beschäftigen, bieten verschiedene Sichtweisen auf die Frage an, was der Begriff bedeutet, umfasst und mit welcher theoretischen Brille auf Medikalisierung, Medikalisierungsprozesse und medikalisierte Phänomene geschaut werden kann. Vereinfacht können insbesondere zwei Perspektiven unterschieden werden, zum einen eine eher konstruktivistische/wissenssoziologische Perspektive, die insbesondere das Gewordensein von Strukturen in den Blick nimmt und zum anderen eine damit oft verwobene Makro-Perspektive, die insbesondere Macht- und Herrschaftsdimensionen thematisiert und mit Stichwörtern wie Biomacht, Flexibilisierung, Selbstoptimierung, Disziplinierung und Subjektivierung verbunden ist.

Dieser Beitrag kann und will keine umfassende oder gar vollständige Zusammenfassung des Diskurses um den Medikalisierungsbegriff liefern. Es ist ein lautes Denken über die Komplexität des Begriffs. Vielleicht ist es eine Annäherung, vielleicht ist es ein Ordnen; in jedem Fall ist es ein offener und nicht abgeschlossener Diskussionsbeitrag.

Um unsere Gedanken nachvollziehen zu können, beginnt der Beitrag mit einem einführenden Kapitel, indem wir uns den verschiedenen Perspektiven oder Lesarten von und auf Medikalisierung nähern. Im Anschluss werden mögliche Fallstricke verschiedener Perspektiven betrachtet und diskutiert. Im darauffolgenden Kapitel legen wir unsere Überlegungen zu Medikalisierungsprozessen anhand eines konkreten Beispiels dar, nämlich der Hormoneinnahme von Mädchen und jungen Frauen. In einem Fazit werden die wichtigsten Punkte nochmals aufgegriffen. Insbesondere argumentieren wir, dass die Auseinandersetzung mit dem Medikalisierungsbegriff profitiert, wenn das Individuum und seine Relevanzen und Sinnstrukturen genauer untersucht werden und Ambivalenzen in-

nerhalb des Individuums, aber auch im dialektischen Prozess von Individuum und Gesellschaft herausgearbeitet werden.

2. Der Begriff der Medikalisierung

Die Auseinandersetzung mit Medikalisierung ist vor allem durch die Arbeiten von Peter Conrad und Irving K. Zola geprägt. Zudem waren insbesondere die Werke von Ivan Illich und Eliot Freidson richtungweisend für den Diskurs der Medikalisierung. Grundsätzlich bezeichnet Medikalisierung »to make [something A.K./A.R.] medical« (Conrad, 2007, S. 5). Es geht insbesondere um den Prozess der Konstruktion von Krankheit und Gesundheit. Wie Conrad betont ist »the main point in considering medicalization [...] that an entity that is regarded as an illness or disease is not ipso facto a medical problem; rather, it needs to become defined as one« (ebd., S. 5f.). In einer späteren Publikation definiert Conrad mit seinen Kollegen Thomas Mackie und Ateev Mehrotra Medikalisierung als den Prozess »by which non-medical problems become defined and treated as medical problems« (Conrad et al., 2010, S. 1943). Dabei bleibt unklar, ob die Autoren zwischen medikalen und medikalisierten Phänomenen unterscheiden. Der Konstruktionscharakter von Gesundheit und Krankheit steht in beiden Definitionen im Mittelpunkt, ebenso wie die Rolle der Medizin in diesem Prozess.

Als Vordenker der Idee der Medikalisierung kann Eliot Freidson mit seinem Buch *Der Ärztestand* (1979) verstanden werden, da er durch seinen (sozial-)konstruktivistischen Grundgedanken, die Grundlage für den Begriff der Medikalisierung legt. Freidson geht es aber nicht unbedingt um die Ausweitung des Zuständigkeitsgebiets der Medizin – im Gegensatz etwa zu Zola oder auch Conrad –, sondern in einem wissenssoziologischen Sinne um die Sozialität der Medizin bzw. konkreter der Ärzt*innenschaft. Wie der biologische Zustand des Organismus beschaffen ist, ist für Freidson zweitrangig, denn »Diagnose und Behandlung sind keine biologischen Vorgänge, die Mäuse, Affen und Menschen gemein haben, sondern soziale Vorgänge, die allein dem Menschen eigen sind« (Freidson, 1979, S. 175). Er stellt somit keine Hierarchie der »an-

gebrachten« oder »unangebrachten« Medikalisierung her, sondern er verweist auf einen grundsätzlichen sozialen Charakter der Diagnose oder Behandlung.

Irving K. Zola thematisiert insbesondere die Ausweitung des Wirkungsbereichs der Medizin. Er bezeichnet die Medizin als die zentrale Institution sozialer Kontrolle in modernen Gesellschaften (vgl. Zola, 1976, S. 210). Dies habe zur Folge, dass immer mehr Bereiche des täglichen Lebens in den Zuständigkeitsbereich der Medizin fallen und die Labels »gesund« und »krank« für immer mehr Bereiche menschlicher Existenz relevant werden würden (ebd.). Zola spricht sowohl von den Potenzialen als auch von den weitreichenden Konsequenzen, die die Ausweitung des medizinischen Zuständigkeitsbereichs und die Verfügbarkeit medizinischer Optionen auf das Individuum haben kann. Etwa, dass dadurch die Sorge vor Krankheiten stimuliert oder auch der Druck auf das Individuum erhöht wird, immer noch gesünder zu sein und besser funktionieren zu können (ebd., S. 211). Ebenso beschreibt Zola den Einfluss der modernen Medizin auf das Verhalten des Individuums, indem die Frage danach, ob bestimmte Verhaltens- und Sichtweisen gesundheitsförderlich sind oder nicht, zum alles entscheidenden Maßstab werden (ebd., S. 210).

Auch Ivan Illich schließt sich der Grundannahme an, dass Diskurse um Krankheit und Gesundheit Ergebnisse menschlichen Handelns sind und kritisiert – in der Folge – vor allem das System Medizin. Er stellt fest, dass die Medizin (mindestens in den 1970er Jahren) durch das Einwirken von ärztlichen Maßnahmen, neue Krankheiten und Krankheitsbilder erst entstehen lasse und Abhängigkeiten schaffe (vgl. Illich, 1977, S. 48). In *Die Nemesis der Medizin* (1977) geht es ihm, im Anschluss an Zola, vor allem um eine Kritik der Ausbreitung des medizinischen Wirkungsbereichs.

Conrad benennt verschiedene Möglichkeiten, wie Medikalisierung auftreten kann, etwa die Definition von einem Phänomen mit medizinischen Begriffen, die Beschreibung durch medizinische Sprache, das Verstehen durch einen medizinischen Rahmen oder die Behandlung mit medizinischen Eingriffen (vgl. Conrad, 2007, S. 5). Zudem listet Conrad

vier verschiedene Charakteristika der Medikalisation auf, die Claudia Peter und Carolin Neubert kurz zusammenfassen:

- Rückkopplung auf allgemeine Einstellungen: Er verweist auf Erkenntnisse von Barsky und Boros (1995), dass Medikalisation als veränderte Deutung der konkreten Problematik auch auf weitere allgemeine Einstellungen zurückwirken kann. Mit der favorisierten Festschreibung als behandelbares Problem werden diese Symptome anders wahrgenommen und eingeordnet. Ihre soziale Tolerierbarkeit sinkt, weil Möglichkeiten der Verhinderung dieser Symptome zur Verfügung stehen. Oft werden die medizinischen Möglichkeiten dann im unkritisch-konsumatorischen Stil genutzt. Der Einsatz von Ritalin ist dafür ein bekanntes Beispiel.
- Medikalisation kann bei den einzelnen Phänomenen graduell verschieden ausgeprägt sein: Voll medikalisierte Phänomene wie das Sterben oder Gebären (Gegenteil: natural childbirth) oder bestimmte psychische Erkrankungen können von partiell medikalisierten Phänomenen wie Sucht oder Menopausebeschwerden und wenig medikalisierten Phänomenen wie Sexsucht oder Missbrauch unterschieden werden.
- Medikalisationsprozesse entwickeln sich in einem Zwischenraum von unterstützenden und hemmenden Kontextbedingungen [...], die ihrerseits historischen und anderen Veränderungen unterworfen sind.
- Medikalisationen sind reversible und multidimensionale Prozesse: Abhängig von medizinischen Definitionen und Kategorien, die dem Erkenntniswandel der Medizin unterliegen, ändern sich die Praktiken der Medikalisation. So wie Phänomene zu medizinischen Problemen gemacht werden können, können sie auch wieder aus dem Zuständigkeitsbereich der Medizin geraten. Wurde die Onanie im 19. Jh. pathologisiert, gilt sie heute als nicht behandlungsbedürftiger Bestandteil normalen sexuellen Verhaltens. [...]. (Peter & Neubert, 2016, S. 274f.)

Diese Charakteristika zeigen, dass Medikalisation ein Begriff für sehr vielfältige Ausgestaltungen ist. Medikalisation beschreibt einen Prozess, der historisch geformt ist, mehr oder weniger stark ausgeprägt sein kann und vom Individuum angenommen wird oder werden kann und der auch reversibel ist. Daher unterscheidet sich die Medikalisation von beispielsweise Alkoholismus stark von der des Sterbens.

Ein weiterer zentraler Aspekt für das Verständnis von Medikalisation liegt darin, dass nicht nur die ärztliche Profession allein die zentrale Antriebskraft von Medikalisation ist. Stattdessen geraten zunehmend andere Akteur*innen wie beispielsweise Pharmaunternehmen, aber auch Individuen selbst in den Blick (vgl. Conrad, 2007, S. 9). Insbesondere die Selbstmedikalisation betroffener Individuen gewinnt dabei eine zunehmend entscheidende Rolle, etwa durch Patient*innenorganisationen, Selbsthilfegruppen oder auch den Konsum gesundheitsversprechender (Life-Style-)Präparate¹. Anna-Katharina Meßmer arbeitet heraus, dass die Selbstmedikalisation oder auch Selbstmedikation auch mit einer Selbstbeobachtung des Individuums einher geht (vgl. Meßmer, 2013, S. 18). Auch in anderen Publikationen wird darauf hingewiesen, dass angeleitet durch Ratgeberliteratur, Selbsttest, Medien, Werbung oder auch das Internet, Individuen zunehmend dazu angehalten werden, ihre eigenen Befindlichkeiten zu beobachten, zu interpretieren und letztendlich zu behandeln (vgl. Wehling et al., 2007, S. 554; Liebsch, 2020, S. 4). Meßmer beschreibt diese Selbstbeobachtung des Körpers als eine Internalisierung des »ärztlichen Blicks« (Meßmer, 2013, S. 16) und bezieht sich damit auf Foucault (1991) und seine Ausführungen zur Etablierung der Klinik. Der Autorin zur Folge übernimmt das vermeintlich autonome, selbstbestimmte Individuum den »ärztlichen Blick« auf den eigenen Körper und nimmt damit gewissermaßen die Rolle der*des Mediziner*in ein, die*der über gesund oder krank, behandlungsbedürftig oder nicht entscheidet (vgl. Meßmer, 2013, S. 18). Zwar sind Ärzt*innen durch ihre Diagnostik, den Zugang zu Medikamenten oder der Bewilligung von Operationen, nach wie vor die zentralen »Gatekeeper*innen« für eine medizinische Behandlung, ihr Einfluss hat sich jedoch zunehmend ver-

mindert (vgl. Conrad & Leiter, 2004, S. 171; Wehling et al., 2007, S. 554; Liebsch, 2020, S. 4).

Es gibt verschiedene Versuche, sowohl den Begriff der Medikalisation theoretisch zu fassen und zu beschreiben als auch unterschiedliche Ebenen von Medikalierungsprozessen analytisch zu ordnen. Bei Hehlmann et al. (2018) steht besonders die Ausweitung des medizinischen Wirkungsbereichs im Zentrum ihres Medikalisierungsbegriffs. Sie verstehen Medikalisation dadurch vor allem als eine neue medizinische Definition von Problemen und Auffälligkeiten, beispielsweise von Leistungseinschränkungen, die von der sozialen Norm abweichen, etwa in Bezug auf den Umgang mit Ängsten, Leistungsstress oder auch Selbstoptimierung. Sie unterscheiden vier Bereiche, anhand derer »der Trend zur Medikalisation« (Hehlmann et al., 2018, S. 125) beobachtet werden kann:

- in Bezug auf Prävention, etwa indem präventive Anstrengungen aus medizinischen Maßnahmen bestehen, etwa die prophylaktische Einnahme von Medikamenten gegen Krankheiten, die noch nicht oder sogar nie diagnostiziert werden oder auch Operationen, wie beispielsweise die präventive Mastektomie aufgrund eines erhöhten Brustkrebsrisikos (ebd., S. 126)
- im Lebenslauf, wenn etwa die Themen Schwangerschaft und Geburt, Verhütung und Fortpflanzung, Unfruchtbarkeit, Wechseljahre, aber auch die Lebensphasen Kindheit, Jugend oder das höhere Lebensalter, zunehmend medizinische Begleitung erfahren,
- bei sozialen und rechtlichen Fragen beispielsweise wenn medizinische oder psychologische Gutachten Sozial- und Versicherungsleistungen garantieren, vor Strafe schützen oder Aufenthaltsrechte gewähren können. Diese werden dann zu »Gnadeninstanzen« (ebd., S. 134),
- bei abweichenden Verhaltens, wobei dieser Bereich einer besonderen Dynamik unterliegt, da es von vorherrschenden Norm- und Wertvorstellungen und einem gewissen ›Zeitgeist‹ einer Gesellschaft abhängt, welche Verhaltensweisen als krankhaft ange-

sehen werden und welche nicht. Die Diagnose ADHS ist hier ein zentrales Beispiel (vgl. Hehlmann et al., 2018, S. 142).²

In der Auseinandersetzung mit Medikalisierung sind uns verschiedene Aspekte immer wieder aufgefallen, die unserer Meinung nach einer genaueren Betrachtung bedürfen. Diese betreffen insbesondere drei Aspekte, die wir als mögliche Fallstricke bezeichnen: Perspektiven, Ambivalenzen und Normativität.

3. Fallstricke

Auffällig ist, dass in vielen Publikationen Medikalisierung per se als einseitiger Machtmechanismus charakterisiert ist, der auf das (passive) Individuum wirkt und es sich unterwirft. Dabei schwingt immer eine Kritik an diesen Mechanismen mit, die mal mehr, mal weniger begründet wird. Eine De-Medikalisierung scheint dagegen immer mit einem Zugewinn von Freiheit und Selbstbestimmung verbunden zu sein. Die Analysen sind keineswegs falsch. Wir wollen dennoch versuchen einige Fallstricke zu diskutieren, die es vielleicht Wert sind im Kontext von Medikalisierung beachtet zu werden.

3.1 Perspektiven

Auffällig ist, dass Medikalisierung in einigen Veröffentlichungen insbesondere (oder gar ausschließlich) als Ausweitung des medizinischen Wirkungsbereichs definiert wird.

Dies ist unserer Auffassung nach eine irreführende Definition, die mit einer Perspektivenverschiebung einhergeht. Diese alleinige Idee der Ausweitung verschleiert die komplexen Entwicklungen in Bezug auf die Etablierung der Medizin und dem Durchsetzen von Diagnosen, deren Umdeutung und auch Abschaffung. Die Etablierung des ›medizinischen Blicks‹ und der Klinik, wie es etwa Foucault (1991) beschreibt, sind nicht das Ausschlaggebende um von Medikalisierung zu sprechen. Conrad betont insbesondere den Aspekt, etwas als medizinisches Phänomen zu fassen. Die Ausweitung mag ein Aspekt der Medikalisierung sein, kann aber nicht darauf begrenzt werden. Viel wichtiger ist unserer Meinung

nach über konkrete Folgen zu sprechen und die Komplexität eines solchen Prozesses wahrzunehmen und zu beschreiben.

Es ist nicht verwunderlich, dass im Kontext von Medikalisation insbesondere auf die damit einhergehenden Machtstrukturen fokussiert wird. Die Medizin ist in dieser Gesellschaft die anerkannte Machtinstanz in Bezug auf die Diagnosestellung, die Behandlung, die Bestimmung, was als krank und was als gesund gilt, und den damit einhergehenden Verhaltensweisen der Patient*innen³ (vgl. Freidson, 1979). Mit der Beschreibung der Machtverteilung wird zudem die Ökonomisierung von Gesundheit thematisiert (vgl. Sabisch-Fechtelpeter, 2012). Ob es Krankenhäuser, Kliniken oder die Pharmaindustrie ist, sie profitieren finanziell von Medikalisation. Dies ist in einem kapitalistisch organisierten System, allerdings keine Überraschung und steht zudem neben den Einnahmen aus den Gegenentwürfen zur Medikalisation, wie etwa Naturheilkunde, homöopathischen Arzneimittel oder anderer alternativmedizinischen Heilverfahren.

Wie schwierig eine einseitige Perspektive auf Medikalisation werden kann, zeigt sich derzeit etwa an Diskussionen um das Impfen – auch, aber nicht nur bei den Impfungen gegen Covid 19. Schaut man sich die aktuelle Corona Pandemie in Bezug auf Medikalisation an, zeigen sich einige typische Aspekte. So wird das Virus in einem medizinischen Bezugsrahmen definiert und beschrieben und nicht etwa in einem religiösen oder anderen Rahmen. Die Medizin und konkret die Virologie genießt eine besondere Vormachtstellung in Bezug auf das Wissen über die Ausgestaltung, die Symptomatik bei einer Erkrankung, die Verbreitung des Virus und die Vermeidung der Ansteckung. Die Hersteller der Impfstoffe verdienen finanziell durch die Verbreitung, usw. In der Folge werden auch weitere Bereiche des Lebens medikalisiert, etwa das Treffen in Gruppen oder Veranstaltungen. Auch das eigene Verhalten (etwa das Tragen von Masken, regelmäßige Testungen usw.) wird in einem medizinischen Bezugsrahmen gedeutet. Dem Individuum wird die Verantwortung übertragen, nicht nur auf die eigene Gesundheit zu achten, sondern auch nicht gefährdend für andere zu handeln. Dies alles sind Aspekte der Medikalisation und kann etwa mit klassischen Gouvernmentalitätsansät-

zen beschrieben werden (wenn man wollte). Was diese Perspektive aber nicht zulässt, sind die weitreichenden Folgen, die das Ablehnen der Deutungsmacht der Medizin und das Verwehren gegen empfohlene (medizinisch gedeutete) Maßnahmen mit sich bringt. Etwa verschwörungsideologische Erklärungsmodelle, dass das Virus nicht existiere, dass die Medizin und/oder die Pharmaindustrie das Virus gezüchtet hätten, dass einzelne Staaten oder Gruppen hinter der Verbreitung stecken würden usw. Bleibt man bei den Argumenten der Kontroll- und Gewinnmaximierung stehen, wie es in Bezug auf andere Impfungen bereits diskutiert wurde (vgl. Sabisch-Fechtelpeter, 2012), fehlen wichtige Perspektiven, die womöglich zu einem anderen Gesamtbild beitragen können.

3.2 Normativität

Medikalisierung hängt oft ein ›negativer Touch‹ an. Auch wenn Conrad, Mackie und Mehrotra betonen, dass Medikalisierung weder schlecht noch gut sei (vgl. Conrad et al., 2010, S. 1943). So geht Illich beispielsweise davon aus, dass die moderne Medizin selbst pathogen, also krankmachend sei und durch ihre Diagnosen erst Therapien und Medikamente produziere, die dem kapitalistischen Medizinbetrieb und den Pharmafirmen zuträglich seien (vgl. Illich, 1977, S. 10). Wenn Illich also vom ›medical imperialism‹ bzw. der »Monopolisierung des Gesundheitswesens« (Illich, 1977, S. 11) phantasiert, hat dies nichts mehr mit einer differenzierten soziologischen Analyse zu tun. Diese fordert Parens, indem er in gute und schlechte Formen von Medikalisierung unterscheidet, statt Medikalisierung per se als etwas schlechtes anzusehen (Parens, 2013, S. 2). Zwar gäbe es offensichtliche ›schlechte‹ Formen von Medikalisierung – beispielsweise die hohen Kosten für medizinische Behandlungen, der medizinische Blick auf Menschen als Objekte, statt Subjekte, die frei entscheiden können oder auch die Individualisierung von ›Problemen‹, statt diese strukturellen oder sozialen Gegebenheiten zuzuschreiben (ebd.). So verhindere beispielsweise die Medikalisierung und Medikamentierung von Schüchternheit, die Akzeptanz unterschiedlichen menschlichen Verhaltens (ebd.). Medikalisierung trage hier also zur

Normalisierung bestimmter Verhaltensformen bei, welche als eine ›schlechte‹ Form von Medikalisierung angesehen werden könnten (ebd., S. 4). Was aber eher wenig in den Fokus der Betrachtung rückt, ist dass Medikalisierung auch ›gute‹ Formen umfasst: »While there may be no better arena than what gets called ›women’s health‹ to witness disempowering forms of medicalization, there may also be no better place to see empowering forms« (ebd., S. 6). ›Gute‹ Formen von Medikalisierung liegen Parens zur Folge genau da, wo die meiste (wenn auch berechtigte) Kritik herkommt – nämlich in der medizinischen Möglichkeit, Kontrolle über sein Leben bzw. seine Familien- und nicht-Familienplanung überhaupt übernehmen zu können (ebd.). So liegen nach Parens die zentralen ›guten‹ Formen von Medikalisierung sowohl in der Option, eine Familienplanung zu ermöglichen, etwa durch künstliche Befruchtung, als genau diese zu verhindern, nämlich durch Verhütung oder Vasektomie (ebd.).

Insbesondere in Verbindung mit gouvernementalitätstheoretischen Ansätzen werden medikalisierte Phänomene besonders auf die Disziplinierungs-, Macht- und Kontrollaspekte hin untersucht. Die Medizin, die Pharmaindustrie und der Staat sind hierbei oft die Akteure, die das Individuum unterwerfen. Dieses kann sich dann fügen (Stichwort: Selbstmedikalisierung) oder ist Repressionen unterworfen. Medikalisierung, so der Zwischenton, ist also grundsätzlich etwas schlechtes, weil es eine Machtasymmetrie zugunsten der Medizin mit sich bringt. Diese Kritik ist nicht immer als solche formuliert. Manchmal versteckt sie sich auch in einer (tendenziösen) Beschreibung oder in einer alleinigen Feststellung dieser Machthierarchie. Insbesondere durch das Fehlen einer Perspektive, die dieser einfachen – und oft einfalllosen – Erklärung im Sinne der Gouvernementalität etwas gegenübergestellt, wird die normative Haltung deutlich. Unklar bleibt allerdings worin genau die Kritik begründet ist. Zentral scheinen vor allem die Argumente der Disziplinierung und der Kontrolle zu sein. Doch auch diese sind bereits normativ aufgeladen. Ausführungen oder auch nur Verweise darauf, warum diese Mechanismen zu kritisieren sind, finden sich kaum.

3.3 Ambivalenzen

Der Begriff der Medikalisierung bringt – wenn man ihn ernst nimmt – auch Ambivalenzen mit sich, die nicht immer herausgearbeitet werden. Im Folgenden möchten wir exemplarisch einige diskutieren.

Wie Conrad (2007) bereits deutlich macht, kann Medikalisierung »bidirectional« (ebd., S. 7) sein. Medikalisierungsprozesse und Demedikalisierungsprozesse können also gleichzeitig ablaufen, etwa kann die Medikalisierung in Bezug auf Sucht zunehmen, Homosexualität kann aber zur selben Zeit nicht mehr medizinisch definiert werden. Zudem kann sich der Grad der Medikalisierung zwischen unterschiedlichen Phänomenen unterscheiden. So kann etwa ein Schlaganfall sehr stark im medizinischen Bezugsrahmen gedeutet werden und Sexsucht weniger. Der konkrete Medikalisierungsprozess, so kann daraus gefolgert werden, muss also immer genau beschrieben werden. Zudem befindet sich das Individuum im Spannungsfeld verschiedenster Medikalisierungsdiskurse. So können Verhütung, Geburt, ADHS und weitere medikalisierte Phänomene im Leben eines Menschen zusammenfallen und diese können dann einzeln unterschiedlich bewertet, mit Sinn versehen und ausgestaltet werden.

Zudem können normative Bewertungen auch innerhalb eines Phänomens ambivalent sein. So führt die Medikalisierung dazu, dass etwa Diagnosen gestellt werden und auf Grund von diesen, Verfahren zur Verbesserung des Zustands ermöglicht werden. Dazu zählt beispielsweise der Zugang zu Medikamenten, die finanzielle Kostenübernahme bzw. die finanziellen Zuschüsse zu Behandlungen, die Möglichkeit der Beantragung eines Nachteilsausgleich (durch die Anerkennung des Grades der Behinderung) oder auch die Übernahme von Kuren, spezieller Ausstattung usw. Auf der anderen Seite kann Medikalisierung auch zu Stigmatisierung oder Ausgrenzung führen, ebenso wie zu traumatischen Erfahrungen etwa in Bezug auf fehlende Selbstbestimmung und übergriffigem Verhalten⁴. Medikalisierung kann sowohl mit einer Selbststigmatisierung einhergehen, als auch mit einem primären oder sekundären Krankheits-

gewinn (vgl. Laplanche & Pontalis, 1973), der zu einer Entlastung des Individuums führen kann.

Diese Ambivalenz kann sich auf einer Mikroebene etwa darin zeigen, dass man einerseits durch eine Diagnose stigmatisiert wird oder sich gar selbst stigmatisiert und andererseits die Feststellung einer Krankheit/Störung auch dazu führen kann, dass man sich und den eigenen körperlichen oder psychischen Zustand von einer Fachperson ernst genommen fühlt. Diese Verifikation oder auch Legitimation des eigenen Verhaltens oder der eigenen Selbsteinschätzung kann entlastend für das Individuum sein, die damit vielleicht einhergehende Stigmatisierung kann sich gleichzeitig aber auch als belastend herausstellen. Die subjektive Ausgestaltung eines Zustands der als Krankheit gilt, kann sehr unterschiedlich sein. Daher plädiert Martina Schmidhuber auch für ein Ernstnehmen des subjektiven Leidens, statt alleine auf einer objektivierten Ebene Medikalisierungsprozesse zu untersuchen (vgl. Schmidhuber, 2016).

Auch auf der Mesoebene können sich vielfältige Ambivalenzen zeigen. So führt die Struktur des Krankenhauses auf der einen Seite zu sicheren Abläufen und Professionalität, auf der anderen Seite macht die in der Organisation bestehende Hierarchie Grenzüberschreitungen erst möglich und fördert Gefühle des Ausgeliefertseins (vgl. zum Krankenhaus als Organisation Rohde, 1962; Iseringhausen & Staender, 2012).

Die Ambivalenzen von Medikalisierung auf einer Makroebene, werden am Beispiel Trans* offensichtlich. Die rechtlichen Vorgaben und Regelungen und die medizinische Pathologisierung führen zu einer eingeschränkten Selbstbestimmung, zu Zwangsmaßnahmen und zu Fremdbestimmung, etwa durch die bestehende Gutachtenpflicht (vgl. Schirmer, 2012). Gleichzeitig führt die Pathologisierung dazu, dass gewünschte geschlechtsangleichende Operationen und Hormonvergaben in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen fallen und so eine Kostenübernahme stattfinden kann.⁵

Wie Medikalisierungsprozesse sich zeigen ist, wie deutlich wurde, vielfältig, komplex und ambivalent. Die Fallstricke die mit der Nutzung dieses Begriffs einhergehen können, sind nicht minder kompliziert. Dies

liegt unter anderem an der unspezifischen Definition des Begriffs. Wie Peter und Neubert resümieren, sagt Medikalisierung »[...] deshalb mindestens so viel über die Gesellschaft aus, die dieses Wort braucht, als dass damit schon wissenschaftlich gesehen klar wäre, was in einem solchen Prozess genau vor sich geht. Es ist ein Schlagwort, das den eben beschriebenen Empfindungen Ausdruck verleiht. Als Fachbegriff taugt es dagegen nicht, aber als Anlass, solide medizinsoziologische Studien durchzuführen.« (Peter & Neubert, 2016, S. 283). In diesem Sinne möchten wir im Folgenden am Beispiel einer qualitativ empirischen Arbeit zur hormonellen Verhütung von Mädchen und jungen Frauen zeigen, wie gewinnbringend eine sinnverstehende Analyse der Lebenswelt dieser Gruppe auch für das Verständnis von Medikalisierung sein kann.

4. Sinnverstehende Perspektiven auf Medikalisierung

Qualitative Studien verwenden Medikalisierung oftmals als Analysebegriff um die empirisch beobachteten Phänomene auf einer Makroebene zu verstehen und zu erklären. Um mögliche Schattierungen, Nuancen und auch Ambivalenzen des konkreten Medikalisierungsprozesses zu erkennen, können sinnverstehende Perspektiven helfen. Dazu ist es notwendig Medikalisierung nicht als Analysebegriff zu verwenden und mit diesem Blick Phänomene zu untersuchen, sondern, wie Peter und Neubert fordern »stattdessen den konkret empirisch erforschbaren Phänomenen oder Prozessen zuzuwenden und sie in akribischen, Details und Nuancen schätzenden Analysen bottom-up zu untersuchen« (Peter & Neubert 2016, S. 277).

Eine sinnverstehende, an der Lebenswelt angelehnte Perspektive scheint uns dabei besonders gewinnbringend. Wenn wir davon ausgehen, dass die Lebenswelt des Alltags »die vornehmliche und ausgezeichnete Wirklichkeit des Menschen« (Schütz & Luckmann, 2003, S. 29) ist, dann zeigen sich eben dort die individuellen Sinnzuschreibungen. Diese können Aufschluss über den Wissensvorrat und somit über die Erfahrungen, das Erleben und die Bezugnahmen der Individuen geben. In Bezug auf Medikalisierung bedeutet dies, dass ein sinnverstehendes und sinnre-

konstruierendes Vorgehen dazu führen kann, dass Medikalierungsprozesse differenziert betrachtet werden können und somit dazu beitragen können, nicht nur das Phänomen selbst besser zu verstehen, sondern auch Medikalierung greifbarer und konkreter zu fassen.⁶

Am Beispiel von Ausschnitten aus Gruppendiskussionen von Mädchen und jungen Frauen zum Thema (hormonelle) Verhütung wollen wir dies – nach einer kurzen Einführung ins Thema – deutlich machen.⁷

4.1 Die Lebensphase Jugend und Verhütung

Die Jugend ist – wie auch andere Phasen im Leben eines Menschen – eine körperliche Umbruchphase, innerhalb derer markante körperliche Veränderungen stattfinden. Unter anderem die Frage danach, wie mit den körperlichen Veränderungen in der Jugend und insgesamt mit dem Körper in dieser Lebensphase umgegangen wird, ist Gegenstand der Jugendforschung (vgl. King & Benzel, 2019). In Bezug auf ein verändertes Gesundheitsverständnis in der Kinder- und Jugendgesundheit⁸, spricht Stephan Sting davon, dass der Körper in der Jugendphase »zu einer bedeutenden Instanz der Selbstvergewisserung und Identitätsbildung aufgestiegen ist« (Sting, 2018, S. 905). Vor diesem Hintergrund ließe sich die zunehmende Verbreitung jugendlicher Selbstpraktiken wie Rauschtrinken, Drogenkonsum, oder selbstverletzendes Verhalten, aber auch ›Body modification‹ durch Bodybuilding, Tattoos, Piercing, Diäten und Fitness sowie ›Schlankheits- und Optimierungswahn‹ oder Schönheitsoperationen, als Ausdruck identitätsrelevanter Grenzerfahrung und körperlicher Selbstgestaltung in der Jugend verstehen (ebd.), die Sting zufolge auch aus einem veränderten Gesundheitsverständnis resultieren. Auch Hehlmann et al. argumentieren, dass die Jugend ein Bereich zunehmender Medikalierungsprozesse ist (vgl. Hehlmann et al., 2018, S. 132). Vor dem Hintergrund eines veränderten Gesundheitsverständnisses, werden auch andere Optimierungspraktiken in der Jugend kritisch diskutiert – so wie beispielsweise das Thema der hormonellen Hormonpräparate - ›die Pille - die zunehmend auf Grund ihrer »positiven Nebenerscheinungen« wie die Verbesserung des Hautbilds, Gestaltung des Zyklus oder gegen

Menstruationsschmerzen verwendet wird (vgl. Hartmann, 2021, S. 197). Speziell Mädchen und junge Frauen geraten dabei immer wieder in den Mittelpunkt der mitunter populärwissenschaftlich und auch feministisch geführten Debatte. So würden diese die Pille als ›Life-Style‹-Medikament für reine Haut einnehmen (vgl. Wegner, 2015), nicht über Risiken und Nebenwirkungen informiert sein (vgl. Oppelt, 2018, S. 999), zum einen verstärkt auf die Pille zurückgreifen und andere Verhütungsmittel nicht kennen (vgl. Bode & Hefling, 2015, S. 156), zum anderen, wie in der neusten BZGA-Jugendsexualitätsstudie gezeigt, immer skeptischer über Hormonpräparate nachdenken (vgl. Scharmanski & Hessling, 2021). Auf der einen Seite gilt die Verfügbarkeit als emanzipatorischer Schritt, da die Pille die Entkopplung von Sexualität und Schwangerschaft und dadurch eine Liberalisierung von Frauen mit sich gebracht hat. Auf der anderen Seite wird argumentiert, Frauen würden damit zur ständigen Verfügbarkeit angeleitet und seien zu wenig vor Nebenwirkungen geschützt.⁹ Insbesondere die feministische Kritik an der Pille hat sich in den letzten Jahren auf die Kritik an den Nebenwirkungen fokussiert, diese seien unberechenbar und weitreichend. Zudem würde zu wenig über mögliche Nebeneffekte aufgeklärt werden (vgl. Bentz & Engineer, 2020, S. 7f.; Hartmann, 2021, S. 11f.). Die feministische Kritik baut ganz zentral auf einer Kritik am medizinischen Zugriff auf den weiblichen Körper auf, hier ist Medikalisierung ein wichtiges Schlagwort. Die »Freiheit von der Pille« (Kray, 2017) sei daher die einzig richtige Form der Selbstbestimmung.

Während beispielsweise repräsentative Erhebungen zur Jugendsexualität, untersuchen, inwiefern sich das Sexualitäts- und Verhütungsverhalten von Jugendlichen verändert (vgl. Scharmanski & Hessling, 2021), oder Diskursanalysen anhand von sexualpädagogischen Ratgebern (vgl. Hofarth & Reuter, 2020) oder hormonellen Kontrazeptiva (vgl. Hartmann, 2021) vorherrschende Macht- Geschlechter und Generationenverhältnisse untersuchen, fokussiert sich diese Arbeit auf das Erleben der Jugendlichen.¹⁰

Die Deutungsweisen von Mädchen und jungen Frauen sind, wie sich in der folgenden Analyse zeigen wird, sehr viel komplexer als die beiden

Pole der Diskussion. Die Frage danach, welche Bedeutung verhütende Hormonpräparate für sie haben und was sie in Bezug auf die Pille denken, fühlen und meinen, wird im Folgenden nachgezeichnet.

4.2 Die Pille als streitbares Ding

Die Forschungsperspektive der Mädchenforschung, die sowohl in der Geschlechterforschung (vgl. Sriskandarajah, 2020, S. 129) als auch in der Jugendforschung eher vernachlässigt und oftmals unbedacht bleibt (vgl. Ostner, 1986; Meuser, 2010), hat einen wertschätzenden und partizipativen Blick auf Mädchen als Subjekte, »die sich ihre Lebenswelt aktiv aneignen und diese mitgestalten« (Brüggemann & Weber, 2020, S. 98). Im Fokus stehen dabei die Sichtweisen und Bewältigungsleistungen von Mädchen und jungen Frauen als aktive Gestalterinnen der eigenen Lebensrealität (vgl. Hoffarth, 2020, S. 131). Aus dieser Perspektiver heraus wird deutlich, dass Mädchen und junge Frauen im Spannungsfeld aus Selbst- und Fremdbestimmung – und in diesem Beispiel auch im Umgang mit der Pille – eigene Deutungsmuster und Handlungsspielräume für sich entwickeln.

Eine zentrale Beobachtung der Gruppendiskussionen ist, dass die Mädchen der Pille unterschiedliche Deutungen bzw. Relevanzen zuschreiben und dass sich dadurch ein Spannungsfeld auftut. Für die einen Mädchen ist sie ein probates und lebenserleichterndes Mittel etwa für die Kontrolle und Gestaltung des Zyklus oder um sich von Problemen wie Akne zu befreien. Von Anderen wird die Pille als ein Eingriff in den Körper angesehen, der als unnatürlich wahrgenommen wird und damit genau diese Gestaltbarkeit von als »normal« beschriebenen Problemen wie Zyklus- oder Hautprobleme während der Pubertät in Abrede stellt. Diese Gestaltbarkeit steht – wie sich in der Diskussion in der Mauersegler-Gruppe zeigt – der Natürlichkeit bzw. der Spiritualität diametral gegenüber:

So meint Pia:

[...] ich (.) sehs eigentlich als ganz positiven Punkt das wenn ich jetzt die Minipille mal kriege irgendwann (.) ehm ich dann so gese-

hen meine Urlaube oder so freilegen kann [...] da fänd ich das einfach so ganz entspannt wenn ich dann sagen könnte ok heute nicht morgen @(.)@“. Dazu meint Andrea unmittelbar: „Ehm ja also ich glaube ich hab da ne relativ radikale Meinung zu? weil ich halt irgendwie mich ehm @ich bin im Augenblick@ synchronisiert mit dem Mond und das fand ich mega cool (.) und ehm [...] ich fühle mich halt mit meinem Körper verbunden dadurch [...] also ich hab da irgendwie so n sehr spirituellen Take und deshalb würde ich die Pille auch (.) also ich bin sowieso eigentlich dagegen das ich die Pille nehme aber falls ich sie irgendwann nehmen werde werde ich sie definitiv nicht durchnehmen ja [Mauersegler-Gruppe, 15/16 Jahre].

Während für Pia auf der einen Seite die Funktionalität der Minipille im Fokus steht, bedeutet für Andrea genau diese Funktionalität einen Eingriff in ihre, wie sie sagt, spirituelle Verbindung aus Natur und Körper. Geht es um die Funktionalität der Pille, so wird auch des Öfteren auf die Behandlung von Problemen wie Akne durch die Pille eingegangen, die als Erleichterung wahrgenommen wird.

So meint Ilona:

[...] ich hatte ne ganz ganz schlimm also Pickelprobleme ganz schlimm [...] und ich hab mich da überhaupt nicht mehr wohl gefühlt [...] und dann hab ich eben so ne Pille bekommen die eben speziell auch dafür ehm eh irgendwie mitwirkt und dann ist es auch deutlich besser geworden“. Dazu meint Bea: „Aber ich muss sagen wenn das so ne aktive Entscheidung von dir war mit keine Ahnung 16 oder wie alt du da halt warst so ok cool aber jeder von uns kennt ja auch so diese (.) klassisch eben 13 14 jährigen denen das einfach also die man nicht mal richtig belehrt sondern wo das nur so reingeballert wird und (.) und ich mein sorry aber Hautprobleme sind halt so normal während Pubertät [...] und es gibt ja auch echt viel natürliche Sachen die man da machen kann [Rotkehlchen-Gruppe, 19/20 Jahre].

Auch in der Rotkehlchen-Gruppe zeigen sich diese beiden Deutungsweisen und Relevanzen. Während Ilona vor allem die Pille dazu nutzt um sich ›wohl zu fühlen‹ betont Bea vor allem die Natürlichkeit von Hautproblemen. Der Effekt der Medikalisierung wird hier ganz konkret als solcher erkannt und kritisiert. Für Bea ist es vor allem vom Alter abhängig, wie bewusst die Entscheidung der Pilleneinnahme getroffen wurde. Das Alter wird hier als Marker für Bewußtheit gesetzt und legitimiert so die Einnahme der Pille. Zudem thematisiert Bea hier noch einen weiteren Aspekt der Medikalisierung, nämlich die Frage nach der Aufklärung durch höhere Instanzen. Unklar bleibt, ob die ›richtige Belehrung‹ von Seiten der Medizin oder gar von den Eltern hätte kommen sollen. Das Szenario des unaufgeklärten jungen Mädchens, welches die Pille gegen Hautprobleme verschrieben bekommt, obwohl es ›natürliche‹ Behandlungsmöglichkeiten gäbe, steht hier für die Machtmechanismen innerhalb dieses Medikalisierungsprozesses. Für andere Mädchen ist die Einnahme der Pille positiv besetzt und gar ein emanzipatorischer, weil enttabuisierender Akt.

So meint Leonie beispielsweise:

Ja und ich finde auch so schlimm ist das gar nicht am Tag ne Pille zu nehmen also ich find das sogar (.) meistens ganz cool weil ich mich dann immer so eh vor allem wenn ich halt so mit ehm also vor Corona war das halt noch mehr das ich dann ehm (.) keine Ahnung an Weihnachten abends noch mit meiner Familie zusammen saß und dann hat mein Wecker geklingelt und dann hab ich die halt genommen und damit konnte ich so (.) meistens ist es ja dann bei Mädchen immer so das sie das so still und heimlich machen müssen oder nicht müssen aber halt machen (.) und eh ich kann halt dann irgendwie dazu beitragen das zu normalisieren und das find ich ganz cool [Mauersegler-Gruppe, 15/16 Jahre].

Die Normalisierung des weiblichen Körpers, bzw. der Macht, den eigenen Körper zu kontrollieren und selbstbestimmt zu handeln wird in diesem Fall als emanzipatorischer Akt erlebt, in dem zudem das Subjekt eine Vorbildfunktion für andere einnehmen kann. Insgesamt zeigt sich

bereits in den wenigen Ausschnitten, dass die individuellen Deutungen der Pille, die Beweggründe und Relevanzen sehr unterschiedlich für die einzelnen Mädchen sind. Während auf der einen Seite das Einnehmen der Pille in Verbindung damit steht, dass sie sich in ihrem Körper wohler fühlen, sie selbstbestimmter handeln können, Wahlfreiheiten eröffnet werden und sie sogar einen gesellschaftlichen Beitrag zur Normalisierung und zur Regulation des eigenen Körpers leisten können, stehen auf der anderen Seite Stimmen, die etwa die Medikalisierung von ›normalen‹ körperlichen Entwicklungen kritisieren, die mit einer Kontrolle über unmündige junge Mädchen einhergeht oder die die Unnatürlichkeit und die damit für sie einhergehende Verbindung zum eigenen Körper betonen.

Auf der Mikroebene ist der allgemeine Prozess der Medikalisierung durch die Pille also unterschiedlichen Deutungen unterworfen. In den Diskussionen zeigen sich allerdings auch Aspekte, die die Meso-, als auch die Makroebene betreffen. Auf diese wird im Folgenden eingegangen.

4.3 Gatekeeping und Generation

In den Diskussionen werden neben den eigenen Handlungsweisen und Sinnzuschreibungen der Pille selbst auch die Gatekeeper*innen immer wieder thematisiert. Neben den Eltern – insbesondere der Mutter – sind dies vor allem die Gynäkolog*innen. Während die Rolle der Gynäkolog*in vor allem daraus besteht, dass sie diejenige ist, die die Pille verschreiben kann, also in letzter Instanz über die Möglichkeit einer Einnahme entscheidet, ist die Rolle der Mutter vielschichtiger. Sie ist bei vielen Mädchen die zentrale Ansprechperson für Fragen rund um die Verschreibung der Pille, ob, ab wann und wie lange sie genommen werden soll, sie ist die Begleitung zur gynäkologischen Praxis und Beraterin und Vertrauensperson wenn es um den ersten Sex oder allgemein um Sexualität geht. Die Mutter wird hier also zu einer Art ›besten Freundin‹ oder ›Beraterin‹, was in den Erziehungswissenschaften auch als ›Intimisierung‹ in der Beziehungsgestaltung bezeichnet wird (vgl. Ecarius, 2020, S. 47; Schierbaum, 2021, S. 9). Andererseits wird die Mutter auch als

Machtfigur beschrieben, die beispielsweise in Entscheidungsprozesse eingreift indem sie der Tochter die Einnahme der Pille vorschreibt, wenn sie bei ihrem Partner übernachten will. In einem anderen Beispiel setzt sie die Begleitung zur Gynäkologin durch um sicherzugehen, dass die Tochter die Pille ›nur‹ wegen Menstruationsschmerzen verschrieben bekommt und nicht zu Verhütungszwecken.

Die doppelte Funktion der Mutter als Vertrauensperson und Beraterin auf der einen Seite und der Gatekeeperin auf der anderen Seite, resultiert auch aus einem gesellschaftlichen Wandel, der sich darin zeigt, dass Jugendliche mehr und intensiver mit ihren Eltern über Verhütung und Sexualität kommunizieren und diese so zu Berater*innen werden (vgl. Ecarius, 2020, S. 47). Allerdings ist dieses neue Verhältnis nicht konfliktfrei, sondern auch ambivalent. Denn die Intimisierung geht auch mit mehr Wissen der Eltern über ihre Kinder einher, was dazu führen kann, dass es mehr Kontrolle oder auch Disziplinierung geben kann.

Wie sich bereits am veränderten Verhältnis von Eltern und Kindern zeigt, spielt auch die gesellschaftliche Ebene im Kontext der Pille eine Rolle. Die Möglichkeiten der Verhütung haben sich in den letzten Jahrzehnten erweitert, ebenso wie die Diskussion über die Nebenwirkungen von Hormonpräparaten. Auch die Sexualität selbst, so wie das Verhütungsverhalten, unterliegt gesellschaftlichem Wandel. All dies hat wiederum Auswirkungen auf die Ausgestaltung der Medikalisierung. Nämlich in welchem Kontext die Pille eingenommen wird, mit welchem gewollten Effekt, mit wem darüber gesprochen wird und wie die Einnahme von welcher Instanz legitimiert wird. Die Pille bedeutet für die Mädchen ein Eingriff in den Körper der entweder vermieden wird oder begründet und bewusst geschieht. Hierbei geht es ihnen etwa um Sicherheit und Kontrolle und zwar nicht nur in einem ›Life-Style/Optimierungsverständnis. So zeigt die Perspektive der Mädchen selbst, dass sowohl die bewusste Nicht-Einnahme der Pille und eine damit einhergehende kritische Haltung zu dieser als auch die bewusste und teils öffentliche Einnahme der Pille für beispielsweise die Kontrolle und Gestaltung des Zyklus, von Mädchen und jungen Frauen als empowernder und gestalterischer Moment ihrer eigenen Lebensrealität verstanden werden kann. Der Aspekt

der Kontrolle und Sicherheit durch die Pille ist für Mädchen und junge Frauen besonders relevant. Medikalisierung bedeutet hier also nicht nur die reine medizinische Beobachtung (vgl. Sabisch-Fechtelpeter, 2012), sondern ermöglicht die eigene Sexualität als auch den eigenen Körper (Zyklus, Haut, Schwangerschaft) als gestaltbar wahrzunehmen. Diese Gestaltbarkeit ist für die Mädchen und jungen Frauen bedeutsam und sinnvoll und kann nicht als reine Praktik der Körperoptimierung gelabelt werden, so wie dies beispielsweise bei Wegner sich anmuten lässt (vgl. Wegner, 2015).

Auch auf anderen Ebenen zeigt sich der Medikalisierungsprozess als komplexes und vielschichtiges Phänomen. Dies zeigt sich auch in den unterschiedlichen Rollen, die Eltern, insbesondere Mütter, einnehmen. Sie sind Unterstützerinnen, Vertraute, Beraterinnen aber auch Kontroll- und moralische Instanz. Sie begleiten ihre Kinder in die gynäkologische Praxis und geben ihnen dadurch Sicherheit, wollen aber in machen Fällen gleichzeitig auch die Sexualität ihrer Kinder kontrollieren. Die »advocates« (Conrad, 2007, S. 6) der Medikalisierung, also diejenigen, die diese vorantreiben, können im Falle der Pille nicht eindeutig ausgemacht werden. Zum Teil sind es die Mädchen und jungen Frauen selbst, die so ihren persönlichen Gestaltungsspielraum erweitern möchten, bzw. selbstbestimmt handeln möchten. In Teilen sind es die Eltern/Mütter, die so die Folgen der Sexualität (mit)kontrollieren wollen. Doch auch Gynäkolog*innen empfehlen weiterhin die Einnahme der Pille, ob zur Verhütung, als Mittel gegen Periodenschmerzen oder gegen unreine Haut. Die Antwort auf die Frage, ob es sich bei der Medikalisierung der Pille nun um eine »gute« oder »schlechte« Form der Medikalisierung handelt, wie Parens es diskutiert, muss hier offen bleiben. Festgestellt werden kann allerdings, dass die Pille – auch heute noch – für Mädchen und junge Frauen ein Mittel ist, selbstbestimmt handeln zu können, ihnen Freiheiten gibt, wenn es um das Ausleben der Sexualität geht oder auch um die Gestaltung der Freizeit oder ihres Aussehens. Gleichzeitig wird die Pille und insbesondere deren Nebenwirkungen immer mehr kritisch diskutiert und die Alternativen werden mehr und mehr genutzt (vgl. Scharmanski & Hessling, 2021).

5. Fazit

Medikalisierung, das hat der Beitrag zeigen wollen, ist und bleibt ein Begriff um den gerungen werden muss – zumindest wenn man versucht, der Beschreibung der Wirklichkeit näher zu kommen. Denn schaut man sich medikalisierte Phänomene konkret an, so wird deutlich, dass sie facettenreich in ihren Medikalisdimensionen und komplex in der konkreten Ausgestaltung sind. Medikalisierte Phänomene gehen nicht in einseitigen Machtmechanismen auf. Selbstoptimierung, Gouvernmentalität und Biomacht sind Schlagwörter, die Aspekte der Medikalisierung aufgreifen, aber immer nur einen bestimmten Aspekt des tatsächlichen Phänomens – in der Regel recht einseitig – aufgreifen.

So unspezifisch der Medikalisierungsbegriff auch ist, so ist der keineswegs unbrauchbar für Gesellschaftsanalysen. Denn er hilft den Konstruktionscharakter von Gesundheit und Krankheit zu beschreiben und, wie Schneider und Strauß herausstellen, muss

[d]ie kritische – gesellschaftliche und individuelle – Reflexion über die fließenden Grenzen zwischen psychischer, sozialer und körperlicher Gesundheit und Krankheit [...] in Beziehung zu den relevanten gesellschaftlichen Kontexten gestellt werden, wenn wir nicht Gefahr laufen wollen, dass primär soziale Problemstellungen in die Sprache der Medizin oder Psychiatrie/Psychosomatik übersetzt werden. (Schneider & Strauß, 2013)

Allerdings, so möchten wir hinzufügen, müssen nicht nur die gesellschaftlichen Kontexte reflektiert, sondern eben die konkrete Ausgestaltung analysiert werden. Wie im letzten Kapitel deutlich wurde, kann das empirische, sinnverstehende Arbeiten neue Erkenntnisse bringen, wie beispielsweise die veränderte Beziehungskonstellation, die sich aus der Analyse der Gatekeeper*innenfunktion der Mutter abzeichnet oder die verschiedenen emanzipatorischen Zuschreibungen zur Einnahme bzw. Nicht-Einnahme der Pille, zeigen. Doch auch weitere Facetten der Medikalisierung können durch empirisches Arbeiten sichtbar werden, etwa der Aspekt der Macht und der Institutionalisierung, der Verantwor-

tungsübernahme oder auch der psychologischen Effekte, wie der Entlastung.

Das Ernstnehmen des empirischen Materials ermöglicht auch eine spezifischere Diskussion darum, welche Medikalisierungsprozesse wie normativ zu bewerten sind. Denn auch das wird in unserem Beispiel der Pille deutlich: manche Facetten wirken sich negativ auf das Individuum aus und schränken es ein, andere ermöglichen Selbstbestimmung – und dies gilt sowohl auf einer subjektiven Mikroebene, als auch auf einer gesellschaftlichen Makroebene. Peter und Neubert warnen davor »Totalurteile aussprechen zu wollen (...)« (Peter & Neubert, 2016, S. 277) und plädieren eben dafür Phänomene »in akribischen, Details und Nuancen schätzenden Analysen *bottom-up* zu untersuchen« (ebd.). Denn auch für den Medikalisierungsbegriff selbst ist es gewinnbringend empirisch zu arbeiten. So können unterschiedliche Facetten und Dimensionen des Begriffs ausdifferenziert werden und ein Beitrag zur Konkretisierung des Begriffs geleistet werden.

Medikalisierung bleibt ein Begriff der in seiner Unkonkretheit zum Diskutieren einlädt. Denn nicht überall wo Medikalisierung drinsteckt, findet man das, was man selber unter dem Begriff versteht. So wird es – hoffentlich – immer auch ein Ringen um Verstehensprozesse geben wobei es unserer Ansicht nach helfen kann, auf die oben benannten Fallstricke zu achten und sich empirisch einzelne Phänomene und deren Vielschichtigkeit anzuschauen.

► Anmerkungen

- 1 Die Verschiebung von Verantwortung auf das Individuum, für die eigene Gesundheit zuständig zu sein, wurde vielfach in Studien zur Biopolitik/Gouvernementalität untersucht. Hier wurde u.a. herausgearbeitet, dass die Bearbeitung/Optimierung des Körpers beispielsweise mit medizinischen (»Life-Style«-)Mitteln/Selbstmedikation, als Selbsttechnologien des Individuums verstanden werden können und auch mit vorherrschenden (geschlechtsspezifischen) Schönheitsidealen nach Attraktivität, Fitness, Schlankheit oder auch Hygiene einhergehen können (vgl. Sänger & Rödel, 2012; Villa, 2017; Meßmer, 2013; Rauber, 2021 uvm.). Insbesondere in der Geschlechterforschung ist ein »expanderender« Gebrauch dieser Perspektive zu beobachten.

- 2 Das Beispiel ›Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung‹ (ADHS) wird im Kontext von Medikalisierung viel verwendet. ADHS stellt eine der inzwischen am häufigsten gestellten Diagnosen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dar. Dieses Beispiel zeigt, inwiefern medizinische Diagnose kindliches Verhalten pathologisieren und normalisieren und sich dadurch neue Formen sozialer Ungleichheit auftun (vgl. Liebsch, 2020; Liebsch, 2009; Leuzinger-Bohleber et al., 2006).
- 3 Man denke hier etwa auch an die ›apostolische Funktion‹ wie sie Balint beschrieben hat (vgl. Balint, 1970).
- 4 Dies zeigt sich beispielsweise bei Eltern von intergeschlechtlichen Kindern, die im medizinischen System solche Grenzüberschreitungen erlebt haben (vgl. dazu Krämer, 2021a).
- 5 Die Beispiele sind hier exemplarisch. Die konkrete Ausgestaltung ist selbstverständlich komplexer als hier dargestellt. Insbesondere beim Thema Trans* ist die Situation sehr viel komplexer als hier dargestellt. Zum Thema menschenrechtsorientierte Gesundheitsversorgung von trans* Personen siehe etwa Hamm & Sauer, 2014.
- 6 Einen bemerkenswerten Beitrag dazu leistet etwa Liebsch 2009; Liebsch 2020.
- 7 Die Gruppendiskussionen und Einzelinterviews fanden im Rahmen des Dissertationsprojekts ›Medikalisierung am Beispiel der Lebensphase Jugend – Alltagspraktiken der Hormoneinnahme bei Mädchen‹ von Anne Rauber mit Mädchen und jungen Frauen zwischen 14 und 21 Jahren statt. Die Erhebung erfolgte 2020/2021.
- 8 Sting spricht von zwei Entwicklungen in den letzten Jahrzehnten, die zu einer Veränderung des Gesundheitsverständnis in der Gesellschaft geführt haben. Dies ist zum einen, dass der Einzelne als ›aktiver‹ und ›bewusster‹ Gestalter* in stärkerer für seine Gesundheit/gesunde‹ Lebensweise in Verantwortung gezogen wird. Zum anderen sei ein ›Wandel der somatischen Kultur‹ zu beobachten – Körper und Gesundheit werden zu ›Manifestationen des Selbst‹ (Sting, 2018, S. 904), wodurch körperbezogene Selbstinszenierungen (z.B. Fitness, Ernährung, Attraktivität, Erfolg, Jugendlichkeit, Gesundheit) zum Idealbild stilisiert werden (ebd.).
- 9 Zur (historischen) Auseinandersetzung mit der Pille und wie diese in gesellschaftliche Machtverhältnisse, Normierungsbestrebungen und Emanzipationsvorstellungen eingebunden ist, siehe Hartmann, 2021.
- 10 Einen bemerkenswerten Beitrag zur Rekonstruktion der individuellen Bedeutung der Pille für Mädchen leistete etwa Helfferich, 1996.

► Literatur

- Balint, Michael (1970). *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Frankfurt a. M./London: Fischer Verlag.
- Barsky, Arthur J. & Boros, Jonathan F. (1995). Somatization and Medicalization in the Era of Managed Care. *Journal of the American Medical Association* 274, 1931-1934.
- Bentz, Petra & Engineer, Taina (2020). Den Menstruationszyklus beobachten. *clio. Zeitschrift für Frauengesundheit* 45 (91), 7-12.
- Bode, Heidrun & Heßling, Angelika (2015). *Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. Online-Publikation. <https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Jugendbericht%2001022016%20.pdf> (Stand:12.01.2022).
- Brüggemann, Mirka & Weber, Monika (2020). Editorial. *betrifft Mädchen* 33(3), 98-99.
- Conrad, Peter (2007). *The Medicalization of Society. On the Transformations of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Conrad, Peter & Leiter, Valerie (2004). Medicalization, markets and consumers. *Journal of Health and Social Behavior* 2004, H. 45, 158-176.
- Conrad, Peter, Mackie, Thomas & Mehrora, Ateev (2010). Estimating the cost of medicalization. *Social Science & Medicine* 12, H. 70, 1943-1947.
- Ecarius, Jutta (2020). Jugend: Moderne und spätmoderne Generationsmuster. In Cathleen Grunert et al. (Hrsg.), *Erziehungswissenschaftliche Jugendforschung. Ein Aufbruch*. (S. 35-52) Wiesbaden: Springer VS.
- Foucault, Michel (1991). *Die Geburt der Klinik*. Frankfurt a Main: Fischer.
- Freidson, Eliot (1979). *Der Arztstand*. Stuttgart: Enke.
- Hamm, Jonas A. & Sauer, Arn Thorben (2014). Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. *Z Sex Forsch* 27, H. 1, 4-30.
- Hartmann, Kris Vera (2021). *Pille Macht Diskurs. Hormonelle Kontrazeption im (post-)fordistischen Sexualitätsdispositiv*. Opladen, Berlin, Toronto: budrich academic press.
- Hehlmann, Thomas, Schmidt-Semisch, Henning & Schorb, Friedrich (2018). *Soziologie der Gesundheit*. München: UVK.

- Helfferrich, Cornelia (1996): Mehr als nur eine Pille. Zur subjektiven Bedeutung der Pille für Mädchen und junge Frauen. In Gisela Staupe & Lisa Vieth (Hrsg.), *Die Pille: Von der Lust und von der Liebe* (S. 215-227). Berlin: Rohwolt.
- Hoffarth, Britta (2020). Mädchen* kulturforschung und Aufmerksamkeit für Differenzen. *betrifft Mädchen 33, H. 3*, S. 131-132
- Hoffarth, Britta & Reuter, Eva (2020). Narrative sexueller Bildung. Zwischen den Generationen, *Jahrbuch erziehungswissenschaftliche Geschlechterforschung, Jg. 16*, 79-93.
- Illich, Ivan (1977). *Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens*. Reinbek bei Hamburg: Rohwolt.
- Iseringhausen, Olaf & Staender, Johannes (2012). Das Krankenhaus als Organisation. In Maja Apelt und Veronika Tecke (Hrsg.), *Handbuch Organisationstypen*. (S. 185-203) Wiesbaden: Springer.
- King, Vera & Benzel, Susanne (2019). Adoleszenz: Lebensphase zwischen Kindheit und Erwachsensein. In Beate Kortendiek, Birgit Riegraf, Katja Sabisch (Hrsg.), *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung* (S. 1075-1082), Wiesbaden: Springer VS.
- Klöppel, Ulrike (2012). »Leben machen« am Rande der Zwei-Geschlechter-Norm. Biopolitische Regulierung von Intersex. In Eva Sängler, Malaika Rödel (Hrsg), *Biopolitik und Geschlecht. Zur Regulierung des Lebendigen* (S. 220-243), Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Klöppel, Ulrike (2010). *XX0XY ungelöst*. Bielefeld: transcript.
- Krämer, Anike (2021a). *Geschlecht als Zäsur. Zum Alltagserleben von Eltern intergeschlechtlicher Kinder*. Wiesbaden: Springer.
- Krämer, Anike (2021b). Die Konstruktion der medizinischen Deutungsmacht auf Inter*. In Esto Mader, Joris A. Gregor, Robin K. Saalfeld, René Rain Hornstein, Paulena Müller, Marie C. Grasmeyer, Toni Schadow (Hrsg.): *Trans* und Inter* Studies - Aktuelle Forschungsbeiträge aus dem deutschsprachigen Raum* (S. 32-54), Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Kray, Sabine (2017). *Freiheit von der Pille. Eine Unabhängigkeitserklärung*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Laplanche, Jean & Pontalis, Jean-Bertrand (1973). *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt a. Main: suhrkamp.
- Leuzinger-Bohleber, Marianne Brandl, Sarah Yvonne & Hüther, Gerald (Hrsg.) (2006). *ADHS. Frühprävention statt Medikalisierung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Liebsch, Katharina (2009). Zwischen Enhancement und Stigmatisierung: Medikalisierung kindlichen Verhaltens als (neue) Umgangsform mit sozialer Selektion und Exklusion. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, 4, H. 4, 499-511.
- Liebsch, Katharina (2020). Medikalisierung als Spannungsfeld von sozialer Kontrolle und Problembearbeitung: das Beispiel ›Medikalisierung des Kindesalters‹. In Annette Riedel, Sonja Lehmeier (Hrsg.), *Ethik im Gesundheitswesen*. Berlin/Heidelberg: Springer
- Meuser, Michael (2010). Geschlechtersoziologie. In Georg Kneer, Markus Schroer (Hrsg.), *Handbuch Spezielle Soziologien* (S. 145-162), Wiesbaden: Springer VS.
- Meßmer, Anna-Katharina (2013). »Und gut, dann ändert man halt seinen Körper«: Intimchirurgie zwischen Medikalisierung und Rohstoffisierung. *Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft* 5, H. 1, 9–23.
- Meßmer, Anna-Katharina (2017). *Überschüssiges Gewebe. Intimchirurgie zwischen Ästhetisierung und Medikalisierung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Oppelt, Patricia G. et al. (2018). Situation of Adolescent Contraceptive Use in Germany. Verhütungssituation von Adolescententinnen in Deutschland. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 78, H. 10, 999-1007.
- Ostner, Ilona (1986). Die Entdeckung der Mädchen. Neue Perspektiven für die Jugendsoziologie. In *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 38, 352-371.
- Parens, Erik (2013). On good and bad forms of medicalization. *Bioethics* 27, H. 1, 28-35.
- Peter, Claudia & Neubert, Carolin (2016). Medikalisierung sozialer Prozesse. In Matthias Richter, Klaus Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Krankheit und Gesundheit* (S. 273-285), Wiesbaden: Springer VS.
- Rauber, Anne (2021). Gendered Hygiene – Medikalisierte Weiblichkeit durch Intimhygiene; *Gender(ed) Thoughts, Working Paper Series*, H. 1.
- Rohde, Johann Jürgen (1962). *Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin*. Stuttgart: Enke.
- Sabisch-Fechtelpeter, Katja (2012). Das Leben singen. Biopoluläre Kulturen in der öffentlichen Debatte über die »Impfung gegen Krebs«. In Anne Sieben, Katja Sabisch-Fechtelpeter, Jürgen Straub (Hrsg.), *Menschen machen. Die hellen und die dunklen Seiten humanwissenschaftlicher Optimierungsprogramme* (S. 143-165), Bielefeld: transcript.
- Sänger, Eva & Rödel, Malaika (2012). *Biopolitik und Geschlecht. Zur Regulierung des Lebensingen*. Münster: Westfälisches Dampfboot.

- Scharmanski, Sara & Heßling, Angelika (2021). Sexual- und Verhütungsverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Aktuelle Ergebnisse der Repräsentativbefragung »Jugendsexualität«. *Bundesgesundheitsbl* (2021).
- Scheff, Thomas J. (1980). *Das Etikett ›Geisteskrankheit‹*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Schierbaum, Anja (2021). Zur Geschichte von Familie und Gesellschaft. In: Jutta Ecarius & Anja Schierbaum (Hrsg.), *Handbuch Familie*. (S. 1-22), Wiesbaden: Springer VS.
- Schirmer, Uta (2012). Möglichkeiten, vergeschlechtskörper in der Welt zu sein: Neuverhandlungen geschlechtlicher Subjektivierungsweisen im Kontext des medizinisch-rechtlichen Regimes der Transsexualität. In: Sänger, Eva; Rödel, Malaika (Hrsg.): *Biopolitik und Geschlecht. Zur Regulierung des Lebendigen* (S. 244-265). Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Schmidhuber, Martina (2016). Ambivalenzen der Medikalisierung. Ein Plädoyer für das Ernstnehmen der subjektiven Perspektive im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. In Andreas Frewer, Heiner Bielefeldt (Hrsg.), *Das Menschenrecht auf Gesundheit* (S. 195-213), Bielefeld: transcript.
- Schmidt-Semisch, Henning (2016). »Sucht« als leerer Signifikant: Zur Pathologisierung und Medikalisierung von Alltagsverhalten. In Roland Anhorn & Marcus Balzereit (Hrsg.), *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit* (S. 837-852), Wiesbaden: Springer.
- Schneider, Wolfgang & Strauß, Bernhard (2013). Medikalisierung. *Psychotherapeut* 3.
- Schütz, Alfred & Luckmann, Thomas (2003). *Strukturen der Lebenswelt*. Konstanz: UVK.
- Sriskandarajah, Anuppiya (2020). Mädchenforschung in komplexen globalen Realitäten. In: *betrifft Mädchen* 33(3), S. 129-130
- String, Stephan (2018). Gesundheit - Krankheit - Sucht. In Karin Böllert (Hrsg.), *Kompendium Kinder- und Jugendhilfe* (S. 901-920), Wiesbaden: Springer VS.
- Villa, Paula-Irene (2017). »Haut und Haare als Visitenkarte«. Ein Gespräch mit Paula-Irene Villa. *sozialmagazin. Die Zeitschrift für Soziale Arbeit* 42, H. 1-2, 6-13.
- Wegner, Katrin (2015). *Die Pille und ich: Vom Symbol der sexuellen Befreiung zur LifestyleDroge*. München: C.H.Beck-Verlag.
- Wehling, Peter et al. (2007). Zwischen Biologisierung des Sozialen und neuer Bi-sozialität: Dynamiken der biopolitischen Grenzüberschreitung. *Berliner Journal für Soziologie* 17, H. 4, 547-567.
- Zola, Irving Kenneth (1976). Medicine as an institution of social control. *Eskitis* 41, H. 245, 210-214.

