



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Die Medikalisierung der erektilen Dysfunktion und der
Andropause - zwei Erfolgsgeschichten“

verfasst von / submitted by

Felix Sisenop, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2016 / Vienna 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066/905

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Soziologie

Betreut von / Supervisor:

Doz. Dr. Karl Krajcic

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	4
2 Definitionen.....	5
2.1 Erektile Dysfunktion	5
2.2 Andropause.....	7
3 Foucaults Biopolitik	8
4 Medikalisierung.....	13
4.1 Geschichte	13
4.2 Definition	16
4.3 AkteurInnen der Medikalisierung	18
4.4 Medikalisierung alter(nder) männlicher Körper	22
5 Medikalisierung und Biopolitik	24
6 Medikalisierung der erektilen Dysfunktion.....	30
6.1 Geschichte	31
6.2 AkteurInnen.....	33
6.2.1 Pharmaindustrie.....	34
6.2.2 Werbung.....	35
6.2.3 ÄrztInnen.....	37
6.2.4 Medien.....	39
6.2.5 Patienten.....	40
6.2.6 Krankenversicherungen.....	42
6.3 Zwischenfazit	44
7 Medikalisierung der Andropause	48
7.1 Geschichte	49
7.2 AkteurInnen.....	51
7.2.1 Patienten.....	51
7.2.2 ÄrztInnen.....	54

7.2.3 Pharmaindustrie.....	56
7.2.4 Medien.....	57
7.2.5 Wissenschaft.....	58
7.3 Zwischenfazit	60
8 Vergleich der beiden Medikalisierungen	62
9 Fazit.....	65
Literaturverzeichnis.....	70
Ehrenwörtliche Erklärung	76
Anhang	77
Abstract	77

1 Einleitung

Was macht die Medizin mit uns und unseren Körpern? Diese Frage wird seit den 1970er Jahren im wissenschaftlichen Diskurs mit dem Begriff der Medikalisierung bearbeitet. Anfänglich als Kritik an der medizinischen Profession und deren Imperialismus verstanden, habe sie sich in Richtung der Analyse von Ursachen und Folgen gewandelt (vgl. Conrad/Schneider 1992, 272). Heutzutage scheinen mehr Lebensbereiche denn je in den Bereich der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten zu fallen. Gleichzeitig ist es nicht mehr bloß die Medizin, die für eine Expansion der medizinischen Begriffe sorgt. So werden in der Medikalisierungsdebatte verschiedene AkteurInnen dieser Entwicklung in ihren Wirkungen und Zusammenhängen von Interesse. Der Begriff der Medikalisierung beschreibt einen Prozess, in dem nicht-medizinische Probleme als medizinische definiert und behandelt werden (vgl. Conrad 2007, 4). Im Zuge dessen gerieten meist auch soziale und psychische Ursachen aus dem Blickfeld (vgl. Wehling et al. 2007, 553). Die Kräfte, welche hier wirken, können gut mithilfe des Konzepts der Biopolitik von Foucault beschrieben werden. So werden Medikalisierungsprozesse als Machtausübung begriffen, bei denen die Macht vielfältige Formen annehmen kann. So ist Macht nicht bloß Quelle der Wirkung, sondern auch Empfänger, bleibt also im Prozess wandelbar.

Um eine Analyse von AkteurInnen erfolgreich durchführen zu können, werden die Bereiche der Medikalisierung eingegrenzt. In dieser Arbeit erfolgt dies durch die Beschränkung auf die Phänomene der erektilen Dysfunktion sowie der Andropause. Die These, begründet durch Literaturrecherche, war zu Beginn, dass sich die Andropause auf einer niedrigeren Stufe im Medikalisierungsprozess befindet als die erektile Dysfunktion. Zudem werden hier Lebenswelten der Menschen berührt. Grenzen von Krankheit und Gesundheit werden nicht bloß diffuser, sondern auch vielfältiger. Vorstellungen über Männlichkeit, das Älterwerden und Alter und der generellen Leistungsfähigkeit werden verhandelt. Auf einer allgemeineren Ebene treten Fragen nach Machbarkeit und der Selbstbestimmung auf. Was ist Behandlung und was ist Enhancement (vgl. auch ebd., 548)? Insofern war der Wunsch Entwicklungslinien vergleichen zu können. Methode hierbei war die Analyse von AkteurInnen, welche an den jeweiligen Medikalisierungsprozessen beteiligt waren und sind. So ergab sich die Forschungsfrage:

Welche AkteurInnen sind an der Medikalisierung der erektilen Dysfunktion sowie der Andropause beteiligt? Wo werden Zusammenhänge deutlich und wie hilft die Analyse dabei mit Medikalisierungstendenzen umzugehen?

Es geht im Sinne der Biopolitik nicht bloß um eine Abschätzung möglicher sozialer Folgen von Medikalierungsprozessen (vgl. auch Wehling 2008, 265). Es geht auch um

„die unterschiedlichen Versuche sozialer Akteure, Fähigkeiten und Funktionen des menschlichen Körpers und der menschlichen Natur öffentlichkeitswirksam unter dem Gesichtspunkt der Verbesserung und Nutzensteigerung darzustellen“ (ebd.).

Das Sichtbarmachen der Funktionsweise biopolitischer Diskurse und der Ausübung von Biomacht seien zentrale Element einer biopolitischen Analyse (vgl. ebd., 265f.). Diese Sichtweise teilt die Masterarbeit und richtet daher den Blick auf die einzelnen AkteurInnen, um so die Funktionsweisen erkennen zu können. In der Diskussion um das heutige Verständnis von Biopolitik kommen vor allem Artikel von van den Daele und Wehling zum Tragen, welche in ihren Artikeln eine lebhafte Debatte führen (Daele 2005; Daele 2009; Wehling et al. 2007; Wehling 2008).

Zu Beginn werden die erektile Dysfunktion und die Andropause definiert sowie Foucaults Biopolitik vorgestellt. Darauf folgt eine Darstellung des Konzepts der Medikalisierung, seiner Geschichte und eine allgemeine Darstellung der AkteurInnen. Die Themen Alter, Älterwerden und Männlichkeit werden ebenfalls in den Kontext der Medikalisierung gebracht, sowie eine Darstellung der Biopolitik im Zusammenhang der Medikalisierung erfolgt. Im Hauptteil werden die beiden Medikalisierungen vorgestellt und wirkende AkteurInnen identifiziert und analysiert. In einer Art Vor-Fazit werden beide Medikalisierungen miteinander verglichen. Das schlussendliche Fazit präsentiert die Erkenntnisse der Masterarbeit und enthält Überlegungen im Umgang mit der fortschreitenden Medikalisierung.

2 Definitionen

2.1 Erektile Dysfunktion

„Die erektile Dysfunktion ist definiert als die fortwährende Unfähigkeit, eine penile Erektion, die für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr ausreicht, zu erreichen oder aufrecht zu erhalten (NIH Consensus Conference 1993). Diese Störung sollte für mindestens 6 Monate bestehen. Eine Erektionsstörung kann Lebensqualität und Wohlbefinden des Betroffenen sowie des Lebenspartners deutlich vermindern“ (Jost 2015: 4).

So lautet die Definition der Deutschen Gesellschaft für Neurologie im Jahr 2015.

Die Definition der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie fällt breiter aus: „Erektile Dysfunktion (ED) ist die anhaltende Unfähigkeit, eine Erektion zu erreichen oder

aufrechtzuerhalten, die für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr ausreichend ist“ (Bucher et al. 2008, 7).

Grundlage für diese beiden Definitionen bildet eine Konferenzentscheidung aus dem Jahr 1992 des National Institutes of Health der USA (National Institute of Health 1992). Dort wurde beschlossen, den Begriff der Impotenz durch den der erektilen Dysfunktion zu ersetzen: „The term ‚erectile dysfunction‘ should replace the term ‚impotence‘ to characterize the inability to attain and/or maintain penile erection sufficient for satisfactory sexual performance“ (ebd.). Begründet wird dies mit unklaren und nicht interpretierbaren Ergebnissen, welche in klinischen und anderen wissenschaftlichen Untersuchungen zu finden gewesen seien und als Folge der unklaren Begrifflichkeit angesehen werden. Dazu komme eine negative Bedeutung des Begriffs der Impotenz (ebd., 3). Retrospektiv betrachtet erscheine es als Absicht, auf die organische Funktion des Penis zu fokussieren, indem man die Impotenz als erektile Dysfunktion undefiniert habe (vgl. Sontowski 2015, 83). Laut Tiefer (1994), auf den auch Sontowski (2015) Bezug nimmt, sei der Begriff der Impotenz verwirrend und negativ behaftet, wie die National Institutes of Health im Jahr 1992 festhielten (vgl. Tiefer 1994, 367). So habe der Begriff der erektilen Dysfunktion zu einer „Demedikalisierung und Destigmatisierung von Impotenz“ (Sontowski 2015, 83) führen sollen. Erfolg habe man mit der Destigmatisierung, nicht jedoch mit der Demedikalisierung gehabt. Durch die Abkehr von psychologischen Ursachen sei das Stigmapotential verringert worden, habe jedoch zeitgleich zu einer (Bio-)Medikalisierung und der Anerkennung von Viagra beigetragen: „Impotenz wurde auf diese Weise als (biomedizinisch) behandlungsbedürftig und als im Zuständigkeitsbereich der Medizin liegend definiert“ (ebd.). Durch die Umbenennung der ‚Impotenz‘ in ‚erektile Dysfunktion‘ wurden die biologischen statt der psychogenen Grundlagen für das Phänomen in den Vordergrund gerückt (vgl. Conrad 2007, 41).

Es zeigt sich, dass mit der Entscheidung des NIH im Jahre 1992 eine wirksame Grundsatzentscheidung getroffen wurde, welche in die deutschen und österreichischen Leitlinien übernommen wurde (National Institute of Health 1992; Jost 2015; Bucher et al. 2008). Der DSM unterteile die sexuelle Dysfunktionen in vier Bereiche (Lust, Erregung, orgiastisch und sexueller Schmerz), wobei die erektile Dysfunktion in den Bereich der Erregung falle, was Forschungs- und Behandlungsschwerpunkten entspreche (Katz/Marshall 2003, 137).

Eine Sonderstellung nimmt die Definition nach dem ICD-10 ein. Hier gibt es zum einen den Code F52.2 „Versagen genitaler Reaktionen“, welches nicht durch eine organische Störung oder Krankheit ausgelöst werde und somit auch als psychogene Impotenz bezeichnet wird. Sexuelle Funktionsstörungen nach F52.- haben generell psychologische und somatische

Prozesse zur Grundlage (vgl. Krollner/Krollner 2016a). Zum anderen gibt es den Code N48.4 „Impotenz organischen Ursprungs“ bei dem eine weitere Schlüsselnummer angegeben werden muss, wenn die Ursache ebenfalls definiert werden soll. Dies bedeutet, dass eine andere Erkrankung für die Impotenz ursächlich ist. N48.4 läuft unter N48.- „sonstige Krankheiten des Penis“ (Krollner/Krollner 2016b) und nimmt psychische Faktoren aus der Diagnostik heraus.

Eine österreichische Studie aus dem Jahr 2006, welche 2800 Männer als Teilnehmer hatte, ergab, dass 32% der Probanden an einer Form der erektilen Dysfunktion litten. Unter den 51- bis 60-Jährigen litten 30% unter einer milden, 10% unter einer mittelschweren sowie 5% unter einer schweren erektilen Dysfunktion. Auf Österreich hochgerechnet bedeute dies, dass 300.000 Männer in Österreich an einer mittelgradig bis schweren erektilen Dysfunktion litten (Esterbauer/Jungwirth 2009, 530).

2.2 Andropause

Testosteron werden steigernde Wirkungen in Bezug auf Sexualtrieb, Muskulatur, aggressives Verhalten, Haarwuchs und andere Merkmale, welche traditionell männlich konnotiert seien, zugeschrieben (vgl. Conrad 2007, 32ff.). Mit steigendem Alter nimmt die Testosteronproduktion bei Männern ab (vgl. ebd., 26f.; Singh 2013, 621; Vainionpää/Topo 2005, 842). Dieses Sinken des Testosteronspiegels wird seit ca. zwei Jahrzehnten auch als Andropause bezeichnet, wobei der Testosteronspiegel nicht rapide abnehme wie bei der Menopause der Frauen, sondern etwa um 1% jährlich (vgl. Conrad 2007, 30; Vainionpää/Topo 2005, 841). Die Andropause sei ein langsam voranschreitender Prozess, welcher in den mittleren Lebensjahren beginne und zu einer signifikanten Abnahme der Produktion männlicher Sexualhormone führe. Symptome der Andropause seien etwa Vitalitätsverlust, Müdigkeit, Reizbarkeit, Depressionen, Abnahme der Libido, erektile Dysfunktion, vermehrtes Schwitzen, ein Verlust von Muskelmasse und Kraft sowie eine Steigerung des Körperfettanteils im Zentrum des Körpers. Zu Beginn seien die Symptome eher schwach und könnten nicht unbedingt mit Veränderungen im Hormonhaushalt in Zusammenhang gebracht werden (vgl. ebd., 846f.).

Dabei ist Andropause nicht das einzige Wort, welches diesen Verlauf beschreibt: „Many names were given to this process like male menopause, male climacterice, androclise, androgen decline in ageing male (ADAM), ageing male syndrome, and [...] hypogonadism (LOH)“ (Singh 2013, 621). In der Fachliteratur würden hauptsächlich die beiden Begriffe PADAM (partial androgen deficiency of the ageing male) sowie ADAM (androgen decline in the ageing male) benutzt werden (vgl. Vainionpää/Topo 2005, 842). Wobei die Diagnose von PADAM ein höheres Maß an Prävalenz zulässt als ADAM. Nach Rieder (2003), welche mehrere Studien

betrachtet hat, schwankt das Vorkommen von PADAM von 20% bis 50% (ebd., 26). Bei alternden Männern gäbe es eine Prävalenz von 20% bei der Diagnose eines partiellen Androgendefizits (PADAM) (vgl. Mock/Lunglmayer 1999). Einen niedrigen Testosteronwert hätten etwa 5% der 40- bis 50-jährigen und nahezu 70% der 70-jährigen (vgl. Morley 2001, 263). Männer, die älter als 60 Jahre seien hätten eine PADAM-Prävalenz von etwa 33% (Rieder 2003, 26). Eine noch breitere Definition liefert PEVAM, wobei es sich um die „Partielle endokrine Veränderungen des alternden Manens“ (ebd., 27) handelt.

Eine Diagnose der Andropause erfolgt anhand von klinischen Symptomen sowie durch das Feststellen eines geringen Testosteronspiegels (Samaras et al. 2012). Diagnostiziere man die Andropause bloß per biochemischer Testverfahren, falle die Prävalenz wesentlich geringer aus als wenn bei der Diagnose bloß über Symptome. Bei altersschwachen Personen sei die Diagnose schwieriger, da die Symptome unspezifischer seien. Zwar gebe es eine Beziehung zwischen niedrigem Testosteronspiegel und verschiedenen altersbedingten Erkrankungen, jedoch unterstütze die aktuelle Datenlage zur Testosteronersatztherapie in dieser Altersgruppe keine flächendeckenden Screenings (vgl. Vainionpää/Topo 2005, 846).

Laut einer Literaturanalyse existierten zwei Kontroversen: zum einen die Definition eines ‘normalen’ bzw. ‚abnormalen‘ Testosteronlevels und zum anderen Kriterien, die eine Testosteronersatztherapie rechtfertigen würden (vgl. ebd., 854). Die Anzahl an diagnostizierter Andropause fällt also wesentlich geringer aus, wenn bloß der Testosteronspiegel berücksichtigt wird. Unter Berücksichtigung der Symptome vergrößert sich die Prävalenz der Andropause sichtlich.

Ein anderer Artikel spricht von 25% der Männern über 75, welche niedrigere Testosteronwerte als junge Männer aufweisen würden (vgl. Vermeulen 2000, 1). Dabei könnten verschiedene Arten von Testosteron gemessen werden, was zu unterschiedlichen Prävalenzen führe. Zudem sei die Basis für den Normalwert des Testosteronspiegels alternder Männer der von jungen Männern (vgl. ebd., 6). Die unklaren Begrifflichkeiten machen eine klare Darstellung der Prävalenz schwierig, da Altershypogonadismus mit Hypogonadismus nicht unterschieden werden. Der Begriff der Andropause kommt in der medizinischen Diskussion, vor allem bei der Nennung von Prävalenzraten so gut wie kaum vor.

3 Foucaults Biopolitik

Zuerst soll der Begriff der Biopolitik in Abgrenzung zur Biomacht geklärt werden. In der im Zuge dieser Arbeit recherchierten Literatur herrscht keineswegs Einigkeit bei den Definitionen.

Folkers und Lemke (2014) sehen schon bei Foucault keine systematische Trennung der beiden Begriffe (vgl. ebd., 12). Sie sehen (in Anlehnung an Stefanie Graefe) in der *Biopolitik* „meist die konkreten Techniken der Macht [...], die auf eine Sicherung und Steigerung von Lebensprozessen zielen“ (ebd.). Die *Biomacht* beziehe sich demnach „oft auf den allgemeinen gesellschaftlichen und historischen Kontext, in dem diese Techniken eingesetzt werden“ (Samaras et al. 2012, 12). In dieser Arbeit werden, in Anlehnung an den Großteil der Literatur zu diesem Thema, beide Begriffe ebenfalls synonym verwendet und die *Biopolitik* als Hauptwort benutzt, da die Literatur keine klare Trennung zulässt. Die Verwendung des *Biopolitik*begriffs gegenüber der *Biomacht* ist zudem sinnvoll, da eine Suche mit u:search der Universität Wien 508 Treffer für „*Biopolitik*“ und lediglich 90 für „*Biomacht*“ ergibt. Ebenso liefert die Suche mit Google Scholar 8.440 Treffer für „*Biopolitik*“ sowie 2.450 für „*Biomacht*“. In der Diskussion wird der Begriff der *Biopolitik* also häufiger verwendet. An Stellen, die eine genauere Unterscheidung möglich und nötig machen, werden die Begriffe nochmals klar definiert.

Der Begriff der *Biopolitik* von Foucault beinhaltet zwei Analyseperspektiven: eine historisch-genealogische und eine systematische (vgl. Folkers/Rödel 2015). Erstere zeigt die zunehmende Bedeutung von „Organisation von und die Sorge um Leben“ (ebd.) in Bereich der Politik in unserer heutigen modernen Zeit. Die systematische Perspektive zeigt „einen Modus der Politik, dessen Zielscheiben das Leben der Bevölkerung sowie der menschliche Individualkörper sind“ (ebd.). Geltende Konzepte von Normalität, die den Human- und Naturwissenschaften entspringen, würden tonangebend für das politische Handeln werden und die Ziele der Politik bestimmen (Lemke 2008, vgl.80). Dabei sei *Biopolitik* nach Foucault eine spezifische Form, die in der westlichen Moderne seit dem 18. Jhd. zu finden sei (vgl. Folkers/Rödel 2015). Zugleich steht sie für eine Transformierung der politischen Bühne(n), die nun losgelöst von „Orte[n] der institutionalisierten Politik in Parlamenten, Regierungen oder in der politischen Öffentlichkeit“ (ebd.) agiere. Der Begriff des Politischen wird also diffuser: *Biopolitik* findet in verschiedensten Bereichen des alltäglichen Lebens statt, somit auch „in Arztpraxen, am Arbeitsplatz und in den intimsten Entscheidungen und Wünschen über Sexualpartner und -praktiken“ (ebd.; Daele 2009, 60f.). Dadurch wird es schwieriger, politische Macht von anderen Quellen der Macht abzugrenzen, die ebenfalls Einfluss auf Handlungsspielräume der Bevölkerung haben (vgl. Daele 2009, 61). Der Machtbegriff in der *Biopolitik* sei dabei nicht von Verboten und Beschränkungen geprägt, sondern stehe im positiven Sinne für eine produktive Lebenssteigerung: Es ist nicht die Macht „sterben zu machen oder leben zu lassen“, sondern „leben zu ,machen“ und sterben zu ,lassen““ (Folkers/Rödel 2015). Insofern stellt sich ‚die Macht‘ nicht mehr als etwas grundsätzlich Negatives dar, dessen Einfluss man gegen

seinen Willen ausgesetzt ist und die gegen die eigenen Wünsche arbeitet. Die Biopolitik kann also als Art der ‚Verschleierung‘ dienen, welche die Selbstbestimmung der Menschen untergräbt, da es internale und externale Wünsche miteinander verbinden kann.

Wie lässt sich nun das Konzept der Biopolitik nutzen um aktuelle Geschehnisse rund um das Alltägliche (Er)Leben der Menschen zu beschreiben und vermutete ‚weiße Flecken‘ aufzudecken und mit Inhalt zu füllen? Hierzu bedarf es weiterer Fragen:

Wie setzt sich die Biopolitik zusammen? Wo ist sie zu verorten und welche Verbindungen geht sie ein, um weiter wirken zu können?

Dies wird in dieser Arbeit an den Beispielen der erektilen Dysfunktion, sowie der Andropause versucht zu ergründen. Dabei geht es um die verschiedenen AkteurInnen, sowie deren Wechselwirkungen, welche in einem (im Ergebnis und endgültig gesehen) gemeinsamen Ziel enden. Von besonderem Interesse sind für mich dabei auch die Wirkungen der diskursiven Macht, die Realität konstruieren und festigen.

Foucault stellt das Analysekonzept der Biopolitik und -macht am Beispiel der Sexualität vor:

„vielmehr interessiert uns, daß man davon [Sex] spricht, interessieren uns die Orte und Gesichtspunkte, von denen aus man spricht, die Institutionen, die zum Sprechen anreizen und das gesagte speichern und verbreiten, kurz die globale ‚diskursive Tatsache‘, die ‚Diskursivierung‘ des Sexes“ (Foucault 1987, 18).

Demnach sei es wichtig, Macht in ihren Formen, Kanälen sowie Diskursen zu beleuchten und so herauszufinden, inwiefern sie sich einen Weg in das alltägliche Leben bahnt (vgl. ebd.). Foucault nennt dies die „polymorphen Techniken der Macht“ (ebd.). Dabei ist diese Wirkung jedoch nicht einseitig in dem Sinn, dass alltägliches (Er)Leben zum Thema von politischen Prozessen wird, sondern er zeigt ebenfalls auf, dass politische Subjekte Veränderungen unterworfen sind und neue Formen der Identität dieser Subjekte bilden (vgl. Daele 2009, 54). Die Menschen sind nicht der Biopolitik unterworfen, sondern arbeiten eben mittels gesellschaftlicher Konzepte von Gesundheit und Krankheit mit daran, sich durch „praktische Bearbeitung“ (ebd.) formbar zu machen. Der diffuse Machtbegriff wird hier nochmals deutlich.

Der Vorteil, den die Analyse im Kontext der Biopolitik leisten kann, ist ‚Selbstgeschaffenes‘ in seiner historischen Existenz hinterfragbar zu machen. Als Beispiel können hier medizintechnologische Innovationen gelten, welche nicht bloß als Ausgangspunkt einer Entwicklung gesehen werden. Sie werden in ihrer Ursächlichkeit problematisiert, um damit herrschende Vorstellungen etwa von Gesundheit und Krankheit hinterfragen zu können. In dieser Arbeit wird so deshalb Viagra nicht als Startschuss der erektilen Dysfunktion gesehen, sondern der Weg zur Bedeutung, welchen Viagra heutzutage hat, nachgezeichnet. Diese

Perspektive richte den Blick auf das Netzwerk von Beziehungen, welche aus Prozessen der Macht und Praktiken des Wissens bestünde. Konkret bedeutet dies, dass hinterfragt werden muss „welches Wissen vom Körper und von Lebensprozessen als besonders relevant und aussagekräftig gilt“ (ebd.) und im logischen Anschluss daran, wie mit „alternativen Wirklichkeitsdeutungen“ umgegangen wird; welche AkteurInnen diese gegenüber dem dominanten Wissen evtl. marginalisieren. Wie sich im Laufe der Arbeit herausstellen wird, ist der Umgang mit diesen „alternativen Wirklichkeitsdeutungen“ schwierig und scheint Ziel einiger AkteurInnen zu sein. Ein Beispiel ist die Untergrabung alternativer Bedeutungen von und Umgangsformen mit einer erektilen Dysfunktion in Kontrast zu der Lösung mittels Viagra und der somit stattfindenden Fixation auf die Erektion des Penis als Notwendigkeit, eine erfüllende Sexualität erleben zu können. Gemeint sind hier auch wissenschaftliche Wissensregime. Dies bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass bspw. ein in der Gentechnik angelegtes Forschungsprogramm aus Sicht der Sozialwissenschaften keine Bedeutung habe. Vielmehr existieren in der Wissenschaft mehrere Perspektiven auf eine mögliche Wirklichkeit, da der erwähnte gentechnische Blick soziale Ursachen für Krankheiten nicht erfassen kann und vice versa (vgl. ebd., 54ff.). Hier zeigt sich also auch, dass eine soziologische Behandlung der Medikalisierung keine Urteile darüber fällen kann, ob es sich nun um eine ‚wahre‘ oder ‚falsche‘ Krankheit handelt, wie einige ForscherInnen sich eventuell wünschen würden. Die Frage, die nun von Interesse ist, ist die nach bestimmenden (wirklichkeitskonstruierenden zumindest aber -strukturierenden) AkteurInnen in den Diskursen der Medikalisierung.

Objektiver Wissenschaft wird dabei die Rolle zugewiesen, dass sie Macht bedeutet für diejenigen, welche bereits über genügend ‚andere‘ Macht verfügen, um von eben dieser Macht der Wissenschaft Gebrauch zu machen. Konkreter gesprochen ist von Interesse, „welche gesellschaftliche Nachfrage (militärische, wirtschaftliche, medizinische, infrastrukturelle, sozialtechnische usw.) durch neues Wissen bedient wird“ (ebd., 56) und wem man durch die Produktion ebenjenes Wissens einen Vorteil verschaffen könnte. Diese Fragen stehen jedoch nicht im Zentrum dieser Arbeit. Hier handelt es sich eher um wissenschaftstheoretische Fragestellungen, bei denen eben auch moralische Implikationen von Wissensgenerierung erörtert werden. Wenn sich die Vorstellungen um Wissensproduktion ein wenig nach dem allgegenwärtigen Panoptikon anhören, ist dies zu drastisch. Eher soll gezeigt werden, dass Politik die Biopolitik etwa im Bereich von medizintechnischen Innovationen nicht unbegrenzt steuern kann. Die Entstehung und Grundlage von Innovationen könne durch die Politik beschleunigt oder verlangsamt werden, jedoch könne nicht die „Dynamik der Entstehung von technischen Optionen“ (ebd., 57) komplett politisch gesteuert werden (vgl. ebd., 56f.).

Was aber nun ist diese Politik, wenn doch vorhin gesagt wurde, dass die Formen der Macht diffus sind und somit auch die Abgrenzung eines politischen Feldes schwierig erscheint?

Das Problem, politische Macht von anderen Formen der Machtausübung im Sinne der Biomacht (sic!) nach Foucault zu trennen, lasse sich lösen (vgl. ebd., 61). Es wird insofern gelöst, als dass die Machtausübung an sich subjektlos sei und ohne Entscheidung sozialer Akteure anfangs zu wirken (vgl. ebd.). Sobald etwas existiert „wo immer es ungleiche, asymmetrische Beziehungen oder Spaltungen in der Gesellschaft gibt“ (ebd.) entstehe Macht. Machtausübung bedeutet nun also nach Foucault, „die Handlungsmöglichkeiten anderer Individuen zu beeinflussen“ (ebd.). Insofern ist für das hier angestrebte Ziel der Analyse verschiedener AkteurInnen klar, dass alle in (bis zum Gegenbeweis) gleicher Weise in Verbindung zu Biomacht und auch der Biopolitik in dem Sinne stehen, dass sie „die Handlungen von Menschen [lenken und strukturieren], indem sie Wahrnehmungen verändern, Handlungsspielräume erweitern, Entscheidungen verlangen, Deutungsprozesse in Gang setzen“ (ebd.). So werden schon die Erkenntnisse biomedizinischer Forschung nach Foucault als Machtausübung definiert (vgl. ebd.).

Machtbeziehungen sind erkennbar, „weil sie durch und durch von einem Kalkül durchsetzt sind“ (Foucault 1987, 95). Die Macht wird erkennbar, indem sie „eine Reihe von Absichten und Zielsetzungen entfaltet“ (ebd.). Diese Absichten und Zielsetzungen entspringen jedoch nicht einer einzigen machthabenden Person, etwa derjenigen mit den meisten ökonomischen Mitteln. So ist es unmöglich, das vorhin angesprochenen Panoptikon zu finden, oder gar seine Existenz zu beweisen (wenn dies das Ziel einer wie auch immer gearteten Analyse wäre). Die Macht zeigt sich eher in kleinen Teilen, im „lokale[n] Zynismus der Macht“ (ebd.) wie Foucault es nennt, da sich dort Gegensätze auftun, welche im Endeffekt zu einem großen und ganzen Wirken werden (vgl. ebd.).

Jedoch wirkt die Biopolitik, wie vorhin bereits angedeutet, nicht bloß von außen auf die Menschen und ihre Körper. Erst die verschiedenen Wünsche der Menschen, jederzeit eine Erektion haben zu können oder bis ins hohe Alter genauso leistungsfähig zu sein wie mit Mitte 20, geben etwa medizintechnischen Entwicklungen die Möglichkeit, in das alltägliche (Er)Leben der Menschen zu wirken und dies somit zu strukturieren. Demnach ergebe sich die Frage, aus welcher Quelle diese Wünsche entspringen. Die Beziehung, die man zu dem eigenen Körper pflegt und in der Praxis umsetzt, werde gesellschaftlich gesteuert, jedoch nicht von einer Großinstanz sondern „in einer Vielfalt von mikromoralischen Milieus oder ‚Gemeinschaften‘“ (Daele 2009, 67). So unterliege der soziale Mensch verschiedenen, auch widersprüchlichen Einflüssen, welche letztendlich in einem ‚Körper‘ enden (vgl. ebd., 64ff.).

Es ist also nicht das Ziel, AkteurInnen zu identifizieren und analysieren, um dann mit dem Zeigefinger diese für Missstände – aus welcher Perspektive auch immer sie für welche gehalten werden – verantwortlich zu machen. Es geht, wie beim Machtbegriff Foucaults, um Relationalität. Widerstände etwa existieren stets in Mehrzahl und bilden ein Netz von Widerstandspunkten gegenüber ‚der Macht‘ (vgl. Foucault 1987, 96f.). Bei der Frage nach Wahrheitsdiskursen, die immer auch die Frage nach Macht ist, stellt Foucault als zentrale Frage: „Wie verbinden sich diese [lokal und historisch spezifischen] Machtbeziehungen miteinander zur Logik einer globalen Strategie, die sich im Rückblick wie eine einheitlich gewollte Politik ausnimmt?“ (ebd., 97f.). Polemischer formuliert er:

„Anstatt all die infinitesimalen Gewaltsamkeiten gegen den Sex, alle wirren Blicke auf ihn und alle Hüllen, hinter denen man ihn unkenntlich macht, ‚der‘ einen großen Macht zuzuschreiben, soll die krebsartig wuchernde Produktion von Diskursen über den Sex in das Feld vielfältiger und beweglicher Machtbeziehungen getaucht werden“ (ebd., 98).

„[Die Biomacht] wird auch gewissermaßen von Innen betrieben. Menschen wollen aus eigenem Antrieb technisch über ihren Körper verfügen, um ihn zu erhalten, zu verbessern, zu nutzen“ (Daele 2009, 64). Erst diese Wünsche führten zu tatsächlichen Auswirkungen der Biowissenschaften in das Feld tatsächlicher Handlungen (vgl. ebd.). Frage ist nun, woher diese Wünsche kommen oder: wer sich diesen Wunsch von Menschen zu nutzen machen kann, bzw. diesen zu verstärken in seiner Absicht liegt. Hierbei geht es auch um die Frage nach der Selbstbestimmung der Menschen, welche in gesundheitlichen Diskursen oftmals in Fragen der Gesundheitsförderung, bzw. konkreter gesprochen der Gesundheitskompetenz mündet.

Der Begriff der Biopolitik nach Foucault in heutiger Sicht zeigt, dass sich Biopolitiken „auf ein verändertes und erweitertes Wissen vom Körper und von biologischen Prozessen gründen“ (Lemke 2008, 83). Das Verständnis vom Körper sehe diesen als ein Netzwerk, das sich aus unterschiedlichen Informationen zusammensetze. So habe die Diskussion des Foucaultschen Begriffs zu der Einführung der Subjektivierungsformen geführt, um sich verändernde Identitätsformen beschreiben zu können, welche aus der Machtausübung der Biopolitik resultieren würden (vgl. ebd.).

4 Medikalisierung

4.1 Geschichte

Angefangen mit Thomas Szasz sowie Ivan Illich, die Medikalisierung in den 1970er Jahren beschrieben sei die Debatte um Medikalisierung ebenso mit Theorien des Interaktionismus und

Konstruktivismus sowie des Labeling weitergetrieben worden (vgl. Wehling 2008, 552). Die andere Seite mache die Theorie Foucaults aus, welche die „Entstehung moderner Praktiken und Techniken der Disziplinierung des menschlichen Körpers“ (ebd.) in den Blick nahm.

Zola beschrieb die Medizin als Institution der sozialen Kontrolle, welche Religion und Gesetze in ihren Funktionen ersetzt habe (vgl. Lock 2001, 9534). Zusätzlich wurde der Begriff der Medikalisierung von Foucault geprägt (vgl. Wehling 2008, 261). Der Medikalisierungsbegriff diene dazu „Prozesse der Definition und Behandlung sozialer Phänomene [...] in medizinischen Kategorien von Krankheit oder Störung zu beschreiben“ (ebd.). Der Gesundheits- wie auch der Krankheitsbegriff wurden dadurch mit zusätzlichen sozialen Bedeutungen aufgeladen. Laut Lock (2001) könne gar der Beginn von medizinischen Traditionen in den Jahren zwischen 250 v. Chr. und 600 n. Chr. als Ausgangspunkt der Medikalisierung gesehen werden. Zu dieser Zeit seien HeilerInnen damit beschäftigt gewesen, nicht funktionierende Körper zu heilen, aber auch Belastungen des alltäglichen Lebens zu beseitigen. So wurden Konzepte der Selbstdisziplin, Wachsamkeit und Tugendhaftigkeit immer wichtiger (vgl. ebd., 9534). Die Funktion der HeilerInnen sei gewesen: „to restore order to the bodies of those patients no longer in balance with the social and environmental milieu“ (ebd.). Man kann sich auch vorstellen, dass es hierbei um die Wiederherstellung eines funktionierenden Körpers ging, da dieser benötigt wurde um überlebenswichtige Ressourcen herzustellen. Mit der Verbreitung von Krankenhäusern Mitte des 19. Jhd., habe die Medizin Macht über passive PatientInnen in einem Umfang ausüben können wie nie zuvor. Diese Entwicklung gepaart mit technologischen Entwicklungen wurde als ‚medizinischer Imperialismus‘ beschrieben, wobei einige ForscherInnen den Begriff der Medikalisierung damit als abgesteckt und definiert ansehen. Andere ForscherInnen sehen die Hospitalisierung der PatientInnen lediglich als einen Aspekt der Medikalisierung, zu dem sich grundlegende institutionelle und konzeptuelle Änderungen gesellen (vgl. ebd., 9535f.). Dazu gehörten veränderte Sichtweise auf Körper, Gesundheit und Krankheit unter ExpertInnen und in großen Teilen der Bevölkerung (vgl. ebd.).

Die Ursprünge einer ‚Medikalisierungsbewegung‘ können also je nach Intention, Standpunkt und Zeitpunkt der Betrachtung unterschiedlich aussehen. Wichtig ist, dass es sich nicht um ein komplett neues Phänomen handelt. Medikalisierung trifft stets auf sich ändernde Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Expansion. Die Medikalisierung ändert sich stetig. Eine bis heute wirkende Medikalisierung, die weit aus dem Gedächtnis als etwas Nicht-medikalisiertes gerückt ist, ist die Geburt. Im frühen 18. Jhd. wurde diese medikalisiert und somit auch neue Berufe geschaffen (vgl. ebd., 9535). Bis zur Mitte des 19. Jhd. seien Lebensabschnitte wie Adoleszenz, Menopause, Altern und Tod medikalisiert worden, gefolgt

vom frühen Kindesalter zu Beginn des 20. Jhd. Bis zu diesem Zeitpunkt betrafen die Medikalisierungsentwicklungen jedoch keineswegs die Breite der Gesellschaft, auch wenn die medikalisierten Gebiete dies vermuten lassen. Dies sei letztlich erst ab Mitte des 20. Jhd. im Zuge der Festigung von Nationalstaaten und somit nationalstaatlichen Regimen geschehen (vgl. ebd.). Man kann auch von einem Erstarren der Gouvernamentalität sprechen, welche sich eben auch in der Biopolitik wiederfindet (vgl. ebd.). Dabei markiert dies jedoch nicht den Beginn der Biopolitik, da diese seit ca. dem 18. Jhd. in der westlichen Welt vorzufinden sei (vgl. Folkers/Rödel 2015). Daele (2005) datiert den Beginn der Biopolitik in die 1980er Jahre, was mir jedoch aufgrund vorgekommener Machtströmungen für die hier stattfindende Betrachtung der Geschichte der Medikalisierung nicht sinnvoll erscheint (vgl. ebd., 7). Er konzentriert sich somit auf den neueren Begriff der Biomedikalisierung. Biopolitik meint bei Daele (2005) „die seit gut zwei Jahrzehnten anhaltende gesellschaftliche Thematisierung und Regulierung der Anwendung moderner Naturwissenschaft und Technik auf den Menschen“ (ebd., 7). Jedoch argumentiert Wehling mit Foucaults Begriff der Biopolitik, dass diese nicht bloß in Reaktionen auf durch wissenschaftliche und technische Innovationen verfügbar Gemachtes Ausdruck findet, „sondern bereits in solchen Grenzüberschreitungen *besteht*“ (Wehling 2008, 252). So eilen biopolitische Diskurse tatsächlich materialen Entwicklungen voraus und bilden nicht bloß Anleitungen zum Umgang mit etwa medizintechnischen Innovationen (vgl. ebd., 251f.).

Biopolitik bedeute die Normierung alltäglichen Verhaltens, sodass bspw. Emotionen oder Sexualität für medizinische Technologien zugänglich werden (vgl. Lock 2001, 9535). Mit Foucault wird Medikalisierung also als eine Art der Kontrolle gesehen, die jedoch diffus ist und daher nicht direkt anzuprangern ist. Medikalisierungsbestrebungen seien schon zu Kolonialzeiten erkennbar gewesen, als Kolonialherren geschützt und die einheimische Bevölkerung ‚zivilisiert‘ werden wollten. Der Wechsel hin zu einer gesamtgesellschaftlichen Medikalisierung hätte laut Lock (2001) nicht ohne Innovationen im medizinischen Wissen, Technologien und Praktiken stattfinden können (vgl. ebd., 9535).

Die aktuelle Form der Medikalisierung ist also Ergebnis und Ursache biomedizinischer Innovationen, welche einem Streben nach Optimierung entspricht und Menschen davor bewahren kann, ihre Lebensstile ändern zu müssen, um in der Gesellschaft akzeptiert zu werden und ein ‚normales‘ Leben führen zu können. Sehr vereinfacht gesprochen kann man die Medikalisierung als ein Vehikel sehen, welches ein Ziel, etwa ein Leben ohne Beschwerden, erreichbar(er) macht, ohne dabei allzu große Anstrengungen in Kauf nehmen zu müssen.

4.2 Definition

Dieser Arbeit liegt der Medikalisationbegriff von Conrad (2007) zugrunde: “*Medicalization* describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illnesses or disorders” (ebd., 4). Dabei sehen einige Analysten im Wachstum des medizinischen Einflussbereichs eine der mächtigsten Veränderungen in der letzten Hälfte des 20. Jhd. in westlichen Nationen (vgl. ebd.). Medikalisation sei nicht bloß eine Erscheinung von Modernisierungs- und Rationalisierungsprozessen in der (Post)Moderne im Sinne von nun durch wissenschaftliche Erkenntnisse erklärbarer Phänomene. Da verschiedene Definitionsmächte um medizinische Definitionen wie ‚gesund‘ und ‚krank‘ oder auch dem Zustand der Normalität ‚streiten‘, sei keine Objektivität der Begrifflichkeiten und Definitionen vorhanden, wobei dann auch nicht im aufklärerischen Fortschrittsdenken eine Anhäufung von Wissen durch Expansion begründet werden könne (vgl. Wehling et al. 2007, 553).

Die verschiedenen Definitionsmächte finden Ausdruck in der Definition der Medikalisation des Council on Bioethics aus dem Jahr 2003: „a way of thinking and conceiving human phenomena in medical terms, which then guides ways of acting and organizing social institutions” (Council on Bioethics 2003: 303 in Wehling et al. 2007, S. 552f.).

Medikalisation finde auf drei Ebenen statt: konzeptuell, institutionell und interaktionistisch. Die Anwendung medizinischer Begrifflichkeiten und Definitionen um ein Thema zu beschreiben, bildet dabei die konzeptuelle Ebene. Auf institutioneller Ebene stellt etwa die Spezialisierung der Andrologie (‚Männerkunde‘) auf bestimmte Aspekte eine Form der Medikalisation dar (vgl. Vainionpää/Topo 2005, 842). Die interaktionistische Ebene betrifft die Medikalisation des alltäglichen (Er)Lebens der Menschen und ihrer Entscheidungen und Handlungen. Beispiel hier wäre der (tägliche) Gebrauch von Testosteronpräparaten oder die Praktik potenzfördernde Medikamente vor dem Sex einzunehmen.

Die Medikalisation sei jedoch keine Entwicklung, die als abgeschlossen zu betrachten sei und die Anzahl an Problemen, welche nun als medizinisch definiert werden habe enorm zugenommen (vgl. Conrad 2007, 3). Unklar seien die Ursachen für eben diese Entwicklung. Gibt es tatsächlich einen derart hohen Anstieg an medizinischen Problemen oder verfügt die Medizin über fähigere Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten? Oder ist es so, dass Phänomene Teil medizinischer Diagnosen werden, obwohl die medizinische Natur dieser Probleme nicht eindeutig sei (vgl. ebd.)?

Dabei gehe es bei der Betrachtung von Phänomenen mittels der Perspektive der Medikalisierung nicht darum, ob es sich bei einem spezifischen Problem um ein wirklich medizinisches handle. Vielmehr gehe es um die gesellschaftlichen Grundsätze und Implikationen, welche diese Entwicklung mit sich bringe. In diesem Sinn sei mehr die Brauchbarkeit der Bestimmung von soziologischem Interesse als die Validität der Diagnose (vgl. ebd., 3f.). Bedeutet also, dass medizinische Definitionen in ihrer Existenz und Realität akzeptiert werden, um zum einen die Quellen und zum anderen die Auswirkungen soziologisch zu analysieren. Anmaßungen der Soziologie gegenüber der Medizin werden so vermieden. Das Verfallen in einen ‚soziologischen Imperialismus‘, welcher den ‚medizinischen Imperialismus‘ anprangert, wie es in den Anfängen der Medikalisierungsdebatte oftmals der Fall war, wird so vermieden.

Obwohl sich diese Arbeit hauptsächlich auf die AkteurInnen der Medikalisierung konzentriert, scheint es mir wichtig den aktuellen Forschungsstand zu den Auswirkungen der Medikalisierung auf individueller Ebene wiederzugeben. Die Definitionen von Phänomenen als medizinische Phänomene haben mannigfaltige Auswirkungen.

Eine Zunahme an Medikalisierung hat definitive moralische Aspekte, welche auch für die soziologische Analyse wichtig sind, da sie das Verhalten von Menschen verändern. Auf der PatientInnenseite führe sie dazu, dass diese nicht mehr länger moralisch für ihren Zustand haften (vgl. Lock 2001, 9536). Ein öffentlich ausgewiesenes Label, etwa das eines Andropausepatienten, zu bekommen, verändere die Subjektivität der PatientInnen. (vgl. ebd.). MedizinerInnen würden nun mehr denn je mit moralischen Auswirkungen ihrer Entscheidungen konfrontiert werden (vgl. ebd.). Dabei ist die Medikalisierung eines Phänomens beileibe kein einseitiges Blatt, sondern hat positive sowie negative Auswirkungen. Die Medikalisierung von SAD (‚social anxiety disorder‘) bzw. GAD (‚general anxiety disorder‘) habe zu einer geringeren Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen geführt (vgl. Conrad/Leiter 2004, 164). Dies sei auch bei der erektilen Dysfunktion der Fall (vgl. Sontowski 2015, 83; Tiefer 1986, 372). Auf der anderen Seite werde jedoch ein Bild der Abnormalität gezeichnet, indem die Betroffenen Teil von medizinischer Behandlung, im Fall der GAD in Form des Medikamentes Paxil, werden (vgl. Conrad/Leiter 2004, 164). Der Umgang mit dem Körper, auf eine Art und Weise die losgelöst von Geist und Gesellschaft sei, bekomme eine Form sich selber auszudrücken (vgl. Lock 2001, 9537). Auch MedizinerInnen werden mit moralischen Fragestellungen und Implikationen konfrontiert. Diese könnten die medizinisch-technischen Kompetenzen überfordern, da es soziale Kompetenzen benötigt, mit diesen umzugehen. So könnten ÄrztInnen Rezepte für Medikamente ausstellen und

Behandlungspläne erstellen, jedoch dabei Fragen des Lebensstils von PatientInnen übersehen, welche ursächlich für Probleme sein können (vgl. Carpiano 2001, 448).

Indem sich die PatientInnen um ihre Gesundheit kümmern und somit eine Form von Autonomie anstreben, kooperieren sie in der Schaffung und Festigung von 'normalen' gesunden BürgerInnen und verfestigen damit vorherrschende Moralvorstellungen (vgl. Lock 2001, 9537). Dies steht in engem Zusammenhang mit der heutigen Promotion von Gesundheitsförderung und -kompetenz. Welche Form hier die Selbstbestimmung annimmt, ist nicht bloß in Fragen der Autonomie zu begründen. Man sieht also, dass die Form der Selbstbestimmung nicht die ist, die man sich auf den ersten Blick als unabhängig vorstellen würde. Eine Beschränkung auf Autonomie könne bedeuten, dass alle Behandlungsmöglichkeiten vollzogen werden können, solange sich PatientInnen der Risiken bewusst seien (vgl. Kitsis 2011, 908).

4.3 AkteurInnen der Medikalisierung

Zwar spricht Conrad (2007) von einer eindeutigen Zunahme der Medikalisierung, jedoch stellt sich diese Zunahme bei genauerer Betrachtung nicht als reines ‚Wachstum‘ der Medikalisierung dar. Sie geht einher mit einer Veränderung der AkteurInnen (vgl. ebd., 3, 146; Conrad 2005, 3ff.; Meyer 2012, 54).

Von 1950 bis 1970/80 seien die Medizin und ÄrztInnen ausschlaggebende Treiber der Medikalisierung gewesen, welche „konsensual [akzeptierte] neuen Definitionen von Krankheiten und Behandlungen“ (Meyer 2012, 54) schufen. Danach sei das Feld von verschiedenen Interessen geprägt gewesen, welche im Zuge der Abnahme der Bedeutung von ÄrztInnen mehr und mehr Einfluss erlangten. Die dominante Rolle der Medizin werde von „staatlichen Stellen, Versicherern, Patienten/Konsumenten sowie der Privatwirtschaft“ (ebd., 53) in Frage gestellt und führe so „zu einer gewissen De-Professionalisierung der Ärzteschaft“ (ebd.).

„Die damalige Konzentration auf die Deutungsmacht der medizinischen Profession relativiere sich in dem Maße, wie Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen, soziale Bewegungen, aber auch die pharmazeutische Industrie als neue Akteure von Medikalisierungsprozessen auf den Plan träten. Auch die wachsende Bedeutung von Selbstdiagnosen und Selbstmedikation werden nun einbezogen“ (Sontowski 2015, 62).

Meyer (2012) zufolge fehle den Medikalisierungsprozessen seitdem eine Breitenakzeptanz. Diese kann nicht mehr durch bloß eine(n) AkteurIn geschaffen werden, sondern wird unter einer Vielzahl von verschiedenen AkteurInnen ausgemacht. Vorstellen kann man sich hier das Zusammenspiel zwischen Werbung der Pharmaindustrie, PatientInnen und

Gesundheitsversorgern, deren Ergebnis eine breitere Akzeptanz der ausgehandelten Definition bzw. des Verständnisses eines Phänomens ist. Hier hilft Foucaults Sichtweise, da es um die Verbindung verschiedener Machtbeziehungen geht mit dem Ziel, eine ‚globale Strategie‘ auszumachen (vgl. Foucault 1987, 97).

Die Motoren der Medikalisierung haben sich im Laufe der Jahrzehnte geändert. Laut Conrad (2007) waren in den 1970er Jahren hauptsächlich Ärzte, soziale Bewegungen sowie Interessensgruppen und andere ‚organisationale‘ oder fachübergreifende Bestrebungen für ein Vorantreiben der Medikalisierung verantwortlich. Veränderungen in den Akteurskonstellationen seien durch Fortschritte in der medizinischen Forschung vorangetrieben worden. So hätten sich die Biotechnologie mit der Pharmaindustrie und Genetik, sowie KonsumentInnen und staatliche Gesundheitssysteme zu wichtigen Bereichen der Medikalisierung entwickelt (vgl. ebd., 133ff.). Wie sich im Laufe der Arbeit zeigen wird, sind eine Vielzahl an AkteurInnen involviert, die Phänomene pathologisieren und als *machbar* im Sinne einer Behandlung erscheinen lassen. Neue diagnostische, korrektive und optimierende Möglichkeiten in Bezug auf Körper bedeuteten neue Entscheidungszwänge und die ein mehr an Verantwortung für Menschen (vgl. Daele 2009, 68). Dies stelle ein grundlegendes Element biopolitischer Strategien dar (vgl. Wehling 2008, 266). Zuvor als schicksalhaft gesehene Zustände würden nun bestimmt durch die Handlung oder Nicht-Handlung der Individuen (vgl. Daele 2009, 68). Daele (2005) bezeichnet dies als den „unvermeidliche[n] Preis jeder Freiheit“ (Daele 2009, 68). Die PatientInnen werden direkt angesprochen im Sinne einer „suggestiven Konstruktion und Evokation eines zugleich verbesserungsbedürftigen wie auch verbesserungsfähigen Adressaten, eines eigenverantwortlichen Subjekts der Selbstbestimmung“ (Wehling 2008, 266).

Nun folgt eine kurze Auflistung der an Medikalisierungsprozessen beteiligten AkteurInnen. Dabei ist zu beachten, dass die Konstellationen von AkteurInnen pro Medikalisierung spezifischer Fälle anders ausfallen können. Die folgende Auflistung bildet also nur das mögliche Spektrum ab, um einen Überblick über die Thematik der Medikalisierung zu geben. Zu den AkteurInnen zählen ÄrztInnen, PatientInnen, die Privatwirtschaft mit der Pharmaindustrie als wichtigste Vertreterin, die Medien, staatliche Gesundheitsbehörden, Managed Care Konzepte sowie KritikerInnen der Medikalisierungsdebatte.

Beginnend mit den ÄrztInnen zeigt sich, dass diese im Verlauf der Zeit an Bedeutung abgenommen hätten und nur mehr als Gatekeeper zur Medikalisierung dienen (vgl. Conrad 2007, 134). Im weiteren Verlauf der Arbeit werden sich, besonders bei der Medikalisierung der Andropause, Motive wie die Sicherung des Berufsstandes als weitere mögliche Motive für ein

Vorantreiben der Medikalisierung zeigen. ÄrztInnen sind in der Lage Rezepte auszustellen, Diagnosen zu stellen und auf Entwicklungen der Medikalisierung zu reagieren. Dabei sei die Bewahrung der Bedeutung des Berufsstandes und deren Spezialisierungen, wie etwa der Urologie oder Andrologie, ein Motiv (vgl. Tiefer 1994, 366).

PatientInnen bzw. potentielle PatientInnen können ebenfalls den Wunsch nach mehr Medikalisierung haben. So könne die Krankenrolle Vorteile im gesellschaftlichen Leben haben (vgl. dazu auch Meyer 2012, 55). Die Krankenrolle also als legitimierender Zustand für eine Situation. Bestrebungen gegen Medikalisierung zeigen sich etwa bei ‚fat pride‘ AktivistInnen, oder auch in der ‚shy pride‘ Bewegung, welche sich dagegen wehre, Schüchternheit als Krankheit zu definieren und sich für eine positive Konnotation des Begriffs einsetze (vgl. ebd.).

Als dritte wichtige Akteurin tritt die Pharmaindustrie in Aktion. Im Sinne eines wirtschaftlichen Wachstums in neoliberalen Wirtschaftssystemen wird eine Absatzmarktsteigerung verfolgt. Dies könne geschehen durch die Ausweitung von Diagnosen und die Neudefinition von Grenzwerten (vgl. dazu auch ebd.; Kitsis 2011, 907). So könnten PatientInnen durch niedrige Grenzwerte oder die Überbetonung von Risiken dazu bewegt werden, Rat bei einem Arzt oder einer Ärztin zu suchen. Den Fokus von Medikamentenwirkungen auf die Vorteile und nicht die Risiken zu lenken und somit auch die Suche nach alternativen Umgangsformen mit ‚Krankheiten‘ zu beeinflussen, sei dabei ebenfalls eine Möglichkeit (vgl. Pipon/Williams-Jones 2015, 21). Im Zuge dieser „consumer education campaigns“ (Conrad/Leiter 2004, 162) werde die Reichweite von Medikamenten und Behandlungen ausgeweitet (vgl. ebd.). Dabei erzeuge die Symbolik in pharmazeutischen Werbekampagnen ein Bild, dass Probleme von Gesundheit und dem Leben auf mythische Weise zu lösen seien (vgl. Boslaugh 2015, 831).

Die Medien haben also ebenfalls großen Einfluss auf Medikalisierungsprozesse. Mit Medien sind u. a. Massenmedien, Printmedien sowie wissenschaftliche Zeitschriften gemeint. Dass Medien einen Einfluss auf unser alltägliches (Er)Leben haben, dürfte in der heutigen Zeit von niemandem ernsthaft bestritten werden. Werbung, als Teil der Massenmedien üben einen großen Einfluss auf Entwicklungen in Medikalisierungsprozessen, meist indem diese Prozesse gefördert werden.

In diesem kurzen Abschnitt werden Zahlen zu Ausgaben für Werbung genannt, um ein Gefühl dafür zu vermitteln, welche Dimensionen das Thema Gesundheit im aktuellen Werbemarkt einnimmt. So sagte der Produktmanager für das Medikament Paxil, Barry Brand: “Every marketer’s dream is to find an unidentified or unknown market and develop it. That’s what we were able to do with social anxiety disorder” (Conrad/Leiter 2004, 164). Der Bereich von Gesundheit und Pharmazie ist weltweit der am stärksten wachsende Werbesektor mit einem

Plus von 7,6 Prozent vom Jahr 2013 zum Jahr 2014 (vgl. Nielsen 2015, 71). Den zweiten Platz belegt der Sektor Industrie und Dienstleistungen mit 7,2%, gefolgt vom Media Sektor, welcher nur mehr 4,1% umfasst (vgl. ebd.). Hierbei sind auch die USA und Neuseeland inkludiert, welche als einzige Nationen die Direktwerbung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zulassen (vgl. Diekwisch/Schaaber 2009, 330). In Österreich ist zwar keine Direktwerbung zu finden, jedoch ‚Direktinformation‘ etwa in Form von Broschüren, die in Ordinationen ausliegen. In Deutschland wurden im Jahr 2014 1.151 Millionen Euro für die Bewerbung von Gesundheit und Pharmazie ausgegeben. Im Jahr 2013 waren es noch 1.054 Mio. Euro (vgl. Nielsen 2014, 63). Dies entspricht einem Anstieg um 8,4% und liegt somit über dem weltweiten Durchschnittszuwachs. Konzentriert man sich ausschließlich auf die Branche der ‚Arzneimittel‘ wurden in Deutschland im Jahr 2014 950 Mio. Euro für Werbung ausgegeben. Damit belegt sie den siebten Platz wobei die PKW Branche an erster Stelle steht (1.815 Mio. Euro). In Österreich umfasst der Sektor Pharmazie und Kosmetik, was eine Vergleichbarkeit schwierig macht. Der Werbesektor stagnierte zwischen den Jahren 2013 und 2014 (vgl. Leitner 2015, 9). In den Jahren zuvor ist er von 219 Mio. Euro (2012) auf 224 Mio. Euro (2013) gestiegen, was einer Steigerung um 2,4% entspricht. Auch im Jahr 2015 ist er um 1,7% im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (vgl. Fessel/Luisser 2016, 8). Zudem gibt es noch das Feld der wissenschaftlichen Publikationen. Dieses ist, anders als man meinen möchte, jedoch nicht derart objektiv, wie man es glauben mag (vgl. Becker et al. 2011). Vor allem Publikationen, welche ausschließlich durch Werbung finanziert werden, würden zu einer positiven Berichterstattung in Bezug auf Medikamente neigen (vgl. ebd., 547).

Staatliche Gesundheitsbehörden haben sowohl verstärkende als auch abschwächende Effekte auf die Entwicklung der Medikalisierung. Auf der einen Seite gibt es die Unterstützung und Promotion verschiedener Screening- und Präventions-Angebote obwohl keine eindeutigen Wirksamkeitsstudien vorliegen. Auf der anderen Seite stehen etwa Sozialversicherungsanstalten, welche generell unnötige Ausgaben vermeiden wollen und somit Gegner von Medikalisierungsprozessen sind und ebenfalls von politischen Entscheidungen abhängig seien (vgl. dazu auch Meyer 2012, 55). Im Verlauf der Arbeit wird dies u.a. anhand von Gerichtsurteilen in Österreich verdeutlicht.

Bei der ‚Managed Care‘ handle es sich um die Vermarktlichung sowie Regulierung des Gesundheitswesens (ebd.). In Bezug auf die Medikalisierung wird dieser Aspekt zwar an manchen Stellen erwähnt (vgl. dazu etwa Conrad 2007, 140), jedoch spielt es in dem Großteil der Literatur keine bedeutende Rolle, was sich mit fortschreitender Entwicklung und Erforschung der Medikalisierung durchaus ändern kann. In der deutschsprachigen Diskussion

ist dies am besten mit dem Stand der Versicherer beschrieben. Diese treten hauptsächlich als Gegner von Medikalisierungstendenzen auf, da sie ein Interesse an Kosteneinsparungen haben. Im Verlauf der Arbeit wird am Beispiel von Gerichtsurteilen in Österreich bezüglich der Kostenübernahme von Potenzmitteln gezeigt, welchen Standpunkt Versicherungsunternehmen hier einnehmen. Zuletzt gibt es noch die Gruppe der KritikerInnen, welche an und für sich keine eigene Gruppe von AkteurInnen darstellen, jedoch als heterogene Gruppe in ihren Zielen gemeinsam zusammenfinden können. Hierbei handelt es sich u.a. um ÄrztInnen, BürgerInnen, Medien, ForscherInnen, Krankenversicherer, welche eine eher kritische Haltung gegenüber der Medikalisierung einnehmen und versuchen einen Einfluss auf den Status Quo zu haben (vgl. Meyer 2012, 55).

Die hier aufgelisteten Punkte dienen als kurze Übersicht über mögliche AkteurInnen der Medikalisierung. Im Verlauf dieser Arbeit werden die AkteurInnen der Medikalisierung der erektilen Dysfunktion sowie der Andropause identifiziert und in ihren Zusammenhängen beschrieben.

4.4 Medikalisierung alter(nder) männlicher Körper

„Aus Sicht der Sozialmedizin ist das Phänomen ‚Älterwerden‘ das Resultat der Auseinandersetzung von genetischer Ausstattung und Lebensstil. Das zugrundeliegende Konzept ist das der Soziogenese, die sich mit den gesellschaftlichen Einflüssen auf Gesundheit und Krankheit auseinandersetzt. Beim Mann ist die Ausgangssituation, was die Lebenserwartung angeht, grundsätzlich eine im Vergleich zur Frau, diskriminierte. Mann sein ist ein Risiko an sich, das durch männlichen Lebensstil noch verstärkt wird“ (Kunze 2004, 174)

Analyse und Artikel zu Medikalisierung und Geschlecht haben in der Vergangenheit meist das weibliche Geschlecht thematisiert. Die Medikalisierung der Geburt, Menopause oder etwa Anorexie bei Frauen stünden als Beweise für ein Mehr an Medikalisierung weiblicher Körper im Vergleich zu männlichen. Hinzu komme, dass körperliche Prozesse bei Frauen sichtbar seien (Geburt, Menstruation) und von einer Hegemonie des weißen europäischen Mittelklassekörpers eines heterosexuellen Mannes als Standardnorm bestimmt würden. Zum heutigen Tag stehen jedoch auch diese Körper im Fokus von Medikalisierungsprozessen. Zu den wohl bekanntesten medikalisierten ‚männlichen‘ Phänomenen gehören Haarausfall, die erektile Dysfunktion sowie neuerdings die Andropause. In diesen Beispielen sei ein Zusammenspiel aus Medizin, Männlichkeitserwartungen, Alterungsprozesse sowie der Pharmaindustrie zu sehen (vgl. Conrad 2007, 24f.).

Die These für die Medikalisierung männlicher Körper ist, dass die Medikalisierung des männlichen Körpers seine Anfänge in männlichen alten Körpern hat. Gestützt ist dies auf der

steten Ausweitung von Definitionen und Grenzwerten seitens der Pharmaindustrie um neue Absatzmärkte zu gewinnen (vgl. Meyer 2012, 55). Wir werden immer älter und dabei nehme die Angst vor dem Altern und der Unwille ihm gegenüber weiter zu (vgl. Conrad 2007, 25). Die Verbindung zwischen Medikalisierung und Alter sehen Vainionpää und Topo (2005): „The growing population of affluent, older people has high expectations of medical care, fuelled by both consumerism and the promotion of new medical technologies by doctors and the pharmaceutical industry“ (S.843). Alter(n) werde nicht mehr als ‚natürlicher‘ Prozess gesehen, der nicht steuerbar ist sondern als etwas, was uns untertan gemacht werden könne (vgl. ebd.). Die Prozesse, welche das Älterwerden verändern, können so mit Foucaults Biopolitik untersucht werden. Somit passt es zur Foucaultschen Auffassung der Biopolitik (vgl. Daele 2009, 54). Die Zunahme der Bedeutung von Sexualität etwa sah Foucault darin, dass sie „zu einer ‚Sache [wird], die man [...] zu verwalten und in Nützlichkeitsysteme einzufügen hat, einer Sache, die man zum größtmöglichen Nutzen aller regeln und optimal funktionieren lassen muß““ (Folkers/Lemke 2014, 12). Sexualität ist zwar kein Zustand wie ein alter(nder) Körper, jedoch unterliegt auch der Körper, vor allem wenn er bestimmter Fähigkeiten durch Alterungsprozesse beraubt wird, Nutzenregulierungen und Optimierungszwängen bzw. Optimierungsmöglichkeiten.

Aber wieso werden nun auch männliche Körper Gegenstand von Medikalisierungsprozessen bzw. -debatten? Allgemein gesprochen habe der Verlust traditioneller Rollenbilder und die darauf folgende Stigmatisierung von Männern der Medikalisierung zugespielt (vgl. Conrad 2007, 25). Die männliche Hegemonie beginne zu wackeln: „Diese Situation scheint Männer mit Urängsten zu konfrontieren: Die Angst davor, als Mann nicht gefragt zu sein, die erwartete Leistung nicht erbringen zu können, also die Angst davor, nicht mehr potent zu sein“ (Buchinger 2004, 67). Entscheidend dabei sei das Mit- und Aufeinander beziehen unter Männern, was zur Konstruktion von Männlichkeit führe. Leistungen messen und bewerten zu können sei von zentraler Bedeutung (vgl. ebd., 68). Feministische AutorInnen würden beim Altern von Frauen hauptsächlich negative Folgen sehen, wobei diese bei Männern neutral bis positiv konnotiert seien (vgl. Conrad 2007, 25). Auch hier ist davon auszugehen, dass sich ändernde Rollenbilder zu einer Veränderung von Selbstbildern geführt hat.

Zu der Hegemonie männlicher weißer heterosexueller Körper gesellt sich die Annahme, dass Attraktivität bei Frauen in Kontexten hegemonialer Männlichkeit vom Aussehen herrühre und bei Männern etwa von gesellschaftlichem Einfluss o.ä. Die Medikalisierung männlicher Körper steht so im Kontext mit gesamtgesellschaftlichen Veränderungen, die traditionelle Rollenverteilungen etwa in Bereichen der Familie, Berufstätigkeit und Geschlechtlichkeit in

Frage stellen. Dabei stellt die männliche Erfahrung von Alter(n) eine Seite des Interesses dar. Die andere Seite wird gebildet von Faktoren, welche diese Erfahrung antreiben, im Sinne der AkteurInnen und Motoren der Medikalisierung.

5 Medikalisierung und Biopolitik

Bevor nun die Phänomene der Erektile Dysfunktion sowie der Andropause detailliert beleuchtet werden, wird die Medikalisierung in den Kontext der Biopolitik eingeordnet. Genauer wird hier Foucaults Begriff der Biopolitik zur Hilfe genommen.

In der aktuellen Diskussion um die Biopolitik Foucaults stechen zwei Autoren heraus. Zum einen Wolfgang van den Daele und zum anderen Peter Wehling. Diese beiden diskutieren die aktuelle Sicht auf die Biopolitik und nehmen in ihren Artikeln Bezug aufeinander.

Van den Daele (2005) beschreibt die Programmatik der Biopolitik mit zwei Aspekten, welche durch die „empirische Beobachtung der Wirklichkeit der Gesellschaft“ (ebd., 8) ermöglicht würden. Zum einen gehe es darum, „Annahmen über zu erwartende gesellschaftliche Folgen der neuen Biotechniken“ (ebd., 9) in einem empirisch-belastbaren Sinn zu prüfen, um etwaige negative Konsequenzen ebenjener Techniken auszuschließen. Der zweite Aspekt zielt in die andere Richtung, und zwar seien auch „Annahmen zur Verteilung und Verbreitung von Wertvorstellungen in der Bevölkerung“ (ebd.) zu überprüfen, wenn Stimmen laut würden, dass technische Innovationen oder Anwendungen den moralischen Vorstellungen widersprechen würden (vgl. Wehling 2008, 253). Van den Daele (2005) vertritt also eine eher positivistische, auf empirischen Daten begründete Grundsätze biopolitischer Betrachtungs- und Herangehensweisen. Dabei sehe van den Daele die Entstehung neuer „Freiheitsspielräume“ und eine Erweiterung des Begriffs der Selbstbestimmung (vgl. Wehling et al. 2007, 560). Im Kontext neoliberaler Politik z.B. bei der Kürzung von Sozialleistungen sieht er den Zwang als Individuum selbst vorsorgend tätig zu werden nicht als Ausdruck von Selbstbestimmung (vgl. Daele 2009, 65). Freiheit im Rahmen von Selbstbestimmung sieht er sobald „ein faktischer Spielraum, nach eigenem Denken und Wollen zu handeln“ (ebd.) existiere. Daele (2009):

„Es mag durchaus sein, dass die Handelnden unreflektierten Wünschen und Motiven ausgeliefert sind und buchstäblich nicht aus ihrer Haut können. Aber es ist die eigene Haut, und deshalb liegt sowohl normativ (rechtlich) wie deskriptiv (soziologisch) Selbstbestimmung vor“ (ebd., 66)

Wehling (2008) erkennt die Bedeutsamkeit der angesprochenen Aspekte an, sieht jedoch auch einige Probleme in der Genauigkeit. Erstens seien Einstellungen, die auch auf latenter Ebene

wirken, nicht per quantitativen Erhebungsmethoden erfassbar. Faktoren wie etwa soziale Erwünschtheit bei der Frage nach Menschen mit Behinderungen würden nicht ausreichend beachtet (vgl. ebd., 253f.).

Daele (2009) befürchtet eine „professionelle Bankrotterklärung“ (ebd., 75), wäre die Soziologie nicht im Stande, die Verbesserung der Lebenssituationen, etwa die Situation behinderter Menschen, festzustellen. Auch im Kontext von pränataler Diagnostik sei eine Verbesserung mit den Methoden der Soziologie feststellbar (vgl. ebd.). Nach Wehling (2008) beschränke sich van den Daeles Sicht auf soziologische Aufklärung auf die Überprüfung von möglichen Folgen der Biopolitik mittels empirischer Daten. Wehling (2008) betont die methodischen Probleme welche bei quantitativer Forschung auftreten und vor allem Probleme der sozialen Erwünschtheit als Einflussfaktor von Fragen etwa nach der Akzeptanz von Menschen mit Behinderung (vgl. ebd., 253).

Zweitens blende diese Herangehensweise konkrete soziale und kulturelle Prozesse aus und es werde „auf die ‚natürliche Künstlichkeit‘ (Hellmuth Plessner) des Menschen verwiesen“ (ebd., 254). Die Sicht auf den „Menschen als ‚Mängelwesen‘ (Arnold Gehliden) wird als unmittelbare *empirische* Realität (miss-)verstanden“ (ebd.) und so der (Selbst)Optimierungsgedanke in der menschlichen Natur verortet (vgl. ebd., 254f.). Jedoch soll es hier nicht um den in der Soziologie altbekannten Streit zwischen quantitativer und qualitativer Forschung gehen. Es zeigt sich jedoch, dass die empirische Verortung der Biopolitik nicht unumstritten ist. Somit ist meine Sicht auf die Biopolitik der Medikalisierung auch eine spezifische Sicht, die sich Foucaults Biopolitik zur Hilfe nimmt und gedanklich im Sozialkonstruktivismus verwurzelt ist.

Wo sind also Verbindungspunkte zwischen Themen der Biopolitik und denen der Medikalisierung zu finden?

Biopolitik bedeute die Politisierung menschlichen Lebens und seiner Körper, sowie (und das scheint nicht so offenkundig wie ersteres) die Transformation des politischen Subjekts, was zu der Etablierung neuer Formen von Identität führe (vgl. Daele 2009, 54). Im Zuge der Medikalisierung beeinflussen medizinische Autoritäten „auf der Grundlage gesellschaftlich wirksamer Körper- und Geschlechterordnungen, Gesundheits- und Krankheitskonzepte“ (Daele 2005, 54) die Subjektivierungsformen, indem sie „ihre eigene Existenz zum Gegenstand praktischer Bearbeitung machen“ (Daele 2009, 54).

Im Zuge der Medikalisierung wird auch die Selbstbestimmung der Menschen immer wichtiger. Ein Schlagwort hierfür ist die Gesundheitskompetenz, welche in den letzten Jahren einen regelrechten Hype im Zuge der Gesundheitsförderung erlebt hat. Auch die Biopolitik nimmt

die Selbstbestimmung in den Fokus und wirft Fragen auf, inwiefern Selbstbestimmung in einer Welt voller Diskursfeld überhaupt noch möglich sei. Die Biopolitik verschließe nicht die Augen ob der sozialen Konditionierung des Willens von Subjekten, zeige in ihrer Logik jedoch auf, dass Handeln letztendlich stets von einem Individuum (und somit dessen Willen) ausgehe: „Aber es ist die eigene Haut, und deshalb liegt sowohl normativ (rechtlich) wie deskriptiv (soziologisch) Selbstbestimmung vor. Selbstbestimmung sei gegeben, da die Menschen durch Reflexion die sozialen Konstruktionen kritische betrachten und dort eine Wahl treffen könnten. Die Menschen befinden sich nun also in Handlungszwängen, hervorgerufen durch „die neuen Optionen der Diagnose, Korrektur und Verbesserung des Körpers“ (ebd., 68). Dies sei jedoch hinnehmbar, da durch einen Zugewinn an Freiheit in Entscheidungen man auch mit den Folgen eines Bedeutungsverlusts unverschuldeten Schicksals umgehen müsse (vgl. ebd., 66ff.).

Auch Wehling (2008) sieht Selbstbestimmung und den Einfluss der Gesellschaft nicht im Widerspruch. So sei „in vorgegeben Bahnen der *social fitness* und der Optimierung des Sozialverhaltens“ (ebd., 269) die Selbstbestimmung in den Erwartungen der Gesellschaft verankert und somit erstrebenswert. Diese Form der Selbstwahrnehmung geschehe im Kontext medizinischer Begrifflichkeiten, etwa dem Versuch den Zustand von Schüchternheit zu bekämpfen, wie es etwa bei der Medikalisierung der Social Anxiety Disorder geschehe (vgl. ebd.).

Biopolitik und Medikalisierung haben also die Politisierung des Menschen und seines Körpers, die Frage nach Selbstbestimmung und deren Beantwortung mittels miteinander verwobener und definierter Annahmen und Handlungen gemeinsam. Und weiter?

Die Frage nach der Menschlichkeit des Menschen. Die Kritik am Machbarkeitswahn gehöre zum „guten Ton politischer Korrektheit“ (Daele 2009, 70). Jedoch verhindere eine (polemische) Betrachtung kleiner Teilaspekte eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem ‚großen Ganzen‘ (vgl. ebd.). Anders gesagt: eine beschränkte Sichtweise führt zur polemischen Betrachtungsweise und dem Anprangern von Missständen, welche nicht in den Lebenskontext von Menschen eingebettet ist. Die Biopolitik stellt die Fragen, was nun Politik und was Mensch ist, neu.

Auch auf Fragen potentieller Gegenbewegungen als Antwort auf Medikalisierungstendenzen gibt die biopolitische Debatte mögliche Antworten.

Wehling (2008) sieht als mögliches Handeln gegen „Dynamiken der Selbstmedikalisierung und des mentalen Enhancement“ (ebd., 269) zum einen staatliche Kontrollinstanzen in der Verantwortung, etwa im Bereich der Werbung und Zulassungsvorschriften für Medikamente

(vgl. ebd.). Daele (2009) zitiert Petra Gehring, welche die Crux an politischer Kritik darin sehe, dass diese „kaum mehr tun kann als ihrerseits politische Regulierungen, neue Formen der Lebenstechnologiepolitik zu fordern“ (ebd., 69)

Auf der anderen Seite sieht Wehling (2008) die Möglichkeit „das gesellschaftliche Reflexions- und Unterscheidungsvermögen zu erhöhen“ (ebd., 269) indem man sich analytisch mit Strukturen der Biopolitik und dessen Diskursen auseinandersetzt. Er verneint die Sichtweise im Sinne einer totalen, unentrinnbaren Selbstbestimmung bei Begriffen von Gesundheit und Krankheit (vgl. ebd.). Insofern ist dies eine optimistische Sichtweise auf biopolitische Diskurse und deren Wirken und das alltägliche (Er)Leben der Menschen, die das Individuum nicht von Handlungszwängen gefangen sieht

Auch Daele (2009) sieht nicht medizintechnische Möglichkeiten als die Macht an, welche Individuen keine Wahl mehr lassen würden (vgl. ebd., 68). Vielmehr seien dies Ermöglicher, welche Wünsche von Menschen ermöglichen; inwiefern diese Wünsche von den AkteurInnen befeuert werden ist eben Ziel der Analyse. Wer etwa bei Fragen des Alterns eine entspannte Haltung einnehme, könne ohne Probleme den Angeboten und Verheißungen der Anti-Aging-Medizin und -Chirurgie widerstehen (vgl. ebd.). Als Beispiel für eine Abkehr von medizintechnischen Möglichkeiten nimmt Daele (2009) die Mitglieder der Zeugen Jehovas. Dies widerspricht jedoch der Lebenswelt des Großteils der Bevölkerung und ist meiner Meinung nach nicht geeignet, um die Möglichkeit einer Abkehr von medizintechnischen Entwicklungen zu besprechen. In meinen Augen wird hier der Kontext der Medizintechnik verkannt, deren Bedeutung im Laufe der Arbeit anhand verschiedener AkteurInnen beschrieben wird. Dies würde auch eine vollständig ausgebildete Gesundheitskompetenz voraussetzen, mithilfe derer Betroffene zu Entscheidungen ihr gesundheitliches Wohl zu steigern im Stande sein sollten. Etwa indem sie Rat suchen und vor allem Alternativen in Behandlungen und Notwendigkeiten dieser beurteilen können.

Die Frage nach Wissensbeständen zwischen den verschiedenen Wissenschaften spielt ebenso eine Rolle in der Biopolitik und der Medikalisierungsdebatte. Die biopolitische Programmatik stehe für eine „aufgeklärte, reflexive Skepsis gegenüber der Wissenschaft“ (Wehling 2008, 256). Es sei nicht das Ziel, wissenschaftliche Erkenntnisse aus anderen Bereichen als falsch darstellen zu wollen (vgl. ebd.). So ist es, auch mit Conrad (2007) gesprochen, nicht das Ziel medizinische Definitionen in ihrer ‚Realität‘ gut oder schlecht zu heißen. Vielmehr würden in den verschiedenen Wissenschaftsgebieten verschiedene Kompetenzen, Perspektiven und Vorannahmen deutlich, welche zu einer bestimmten Art und Weise der Sicht auf Medikalisierung führten (vgl. Wehling 2008, 256). Wehling (2008) sieht etwa beim Thema

psychischer Störungen und anderer Phänomene, welche mittels Medikamenten behandelt würden, die Streitbarkeit und Kontingenz wissenschaftlicher Erkenntnisse als deutlich erkennbar (vgl. ebd., 256). Wobei mein Standpunkt ist, dass die Soziologie nicht über die Instrumente verfügt, medizinisch produziertes Wissen in seinem Kern und vor allem seiner Logik hinterfragen zu können. Diese Feststellung ermögliche die in dieser Arbeit beschriebenen Prozesse als „Ausweitung des Geltungsbereichs medizinischer Terminologie und Diagnostik“ (Wehling et al. 2007, 552) zu begreifen. Es geht um die Beschreibung der Ursachen und Auswirkungen medizinischer Definitionen, und wenn man es kritisch ausdrücken mag, die Identifizierung von ‚TrittbrettfahrerInnen‘, welche das Vehikel der legitimierten Medizin nutzen, um sich selber den Anschein von Kompetenz, Legitimität und Anspruch zu geben. Ein profanes Beispiel sind hier etwa Männer fortgeschrittenen Alters, möglicherweise noch mit grauen Haaren und Bart, welche einen weißen Kittel tragen, um die neuste Tablette gegen Kopfschmerzen oder die Zahnpaste für noch weißere Zähne anzupreisen.

Wehling et al. (2007) differenzieren die biopolitische Debatte in vier unterschiedliche, voneinander abhängige und sich beeinflussende Dynamiken. Unterschieden würde jeweils die „gesellschaftliche Rolle, Legitimation und Konstellation der verschiedenen Akteure“ (ebd., 558) betreffen. Als AkteurInnen werden hier „professionelle und wirtschaftliche Akteure, Medien, Wissenschaft, Politik sowie nicht zuletzt die individuellen Patientinnen und ‚Kunden‘“ gesehen (vgl. ebd.). Die oben beschriebenen Dynamiken der Biopolitik unterschieden sich vor allem bezüglich der AkteurInnen und deren Bedeutung (vgl. ebd.).

Die Grundfrage ist dabei im Titel des Artikels enthalten „Zwischen Biologisierung des Sozialen und neuer Biosozialität: Dynamiken der biopolitischen Grenzüberschreitung“ (2007). Die *shifting engines*, von denen Conrad (2007), spricht finden sich hier nicht bloß in verschobenen Grenzen, sondern in der Multiplikation und Diffusität ebendieser wieder. Die vier Dynamiken sehen Wehling et al. (2007) in der „Ausweitung medizinischer Diagnostik, Entgrenzung medizinischer Therapie, Entzeitlichung von Krankheit sowie Perfektionierung der menschlichen Natur“ (ebd., 551).

Als erste Dynamik führe die Expansion medizinischer Diagnostik zu diffusen Definitionen von Gesundheit und Krankheit und somit auch von Normalität. Dieser Effekt verstärke sich je umstrittener derartige Definitionen werden, also in Folge diffundierender Diskursfelder. Der Begriff der Medikalisierung sei weiter gefasst als die Expansion medizinischer Begriffe, da er diese beinhalte und dazu noch die Verbreitung von „medizinischen Techniken und (materialen) Praktiken“ (ebd., 552f.) umfasse. Man kann also sagen, dass die Ausbreitung medizinischer Begrifflichkeiten und Definitionsmächte den Startpunkt der Medikalisierung darstellt, bei dem

die *shifting engines* zu dem erweiterten Medikalisierungsbegriff geführt haben (vgl. auch ebd., 553).

Die zweite Dynamik bezeichnen Wehling et al. (2007) als „Entgrenzung von Therapie“. Hierbei geht es um Fragen der Heilung in Abgrenzung zu Enhancement. So zeigt sich auch in der weiteren Diskussion der erektilen Dysfunktion und der Andropause eine Entgrenzung. Wehling et al. (ebd.) sehen den medialen Hype um Möglichkeiten des Enhancement, Unterschiede zwischen verschiedenen ‚Kulturen‘ in der Nutzung, den Bedeutungsgewinn körperlichen ‚Verbesserungen‘ auf dem Arbeitsmarkt und letztlich Forderungen von ÄrztInnen die Qualität von Enhancementbehandlungen zu gewährleisten, als vier besonders interessante Aspekte an (vgl. ebd., 554). Beispielhaft beschränken sich die Autoren auf Schönheitschirurgische Eingriffe, da diese in den vergangenen Jahren besonders populär geworden sind. Jedoch lassen sich diese vier Interessenspunkte ebenfalls in der Diskussion bezüglich der erektilen Dysfunktion und der Andropause sowie deren Behandlungen erkennen.

Die „Entzeitlichung von Krankheit“ (ebd.) beschreibt die Ausweitungen von Krankheitsdefinitionen, die zu Formen der ‚Prä-Diabetes‘, ‚Prä-Übergewicht‘ und ähnlichen Vorerkrankungen führen: „Risiko wird in solchen Kontexten mehr und mehr zu einer ‚illness category in and of itself‘“ (ebd., 555). Von besonderem Interesse seien hier die Gentechnikforschung, welche immer mehr Prädispositionen entdecken könne und somit als Hauptakteurin in der Debatte gesehen werden könne. So würden Fragen nach Gesundheit und Krankheit immer mehr durch die Analyse von Genen beantwortet werden (vgl. ebd.)

Schlussendlich sei die „Perfektionierung und Transformation der menschlichen Natur“ (ebd., 556) die vierte Dynamik der Biopolitik. Hierbei handle es sich um die erklärte Absicht der „Verbesserung des menschlichen Körpers, seiner Funktionen und Leistungen über das ‚natürliche Maß‘ hinaus“ (ebd.). Hierzu zählt dann auch die Behandlung der Andropause, da sie eine „Verlangsamung oder gar ‚Abschaffung‘ des Alterns“ (ebd., 556f.) zum Ziel hat. Die Rechtfertigung solcher Behandlungen sei komplizierter und schwieriger als andere, da sie oftmals das Ziel, ein von Krankheit befreites Leben zu führen ausdrücklich überschreiten würden. Jedoch ist die Behandlung der Andropause nicht mit der letzten, vierten Dynamik hinreichend erklärt. Vielmehr handele es sich um ein Zusammenspiel von drei: erstens die Prävention von altersbedingten Erkrankungen, zweitens die Prävention und Behandlung von altersbedingten körperlichen und mentalen Einschränkungen mit strittigem Krankheitswert, sowie drittens die Verlangsamung oder Überwindung des Alterns mit dem utopischen Fernziel der ‚Unsterblichkeit‘ (vgl. ebd., 557). So diene das Feld der „Anti-Aging-Medizin“ (ebd.), als gesellschaftlich akzeptierter Teil der Medizin, als ‚Deckmantel‘ für Bestrebungen das

menschliche Leben verlängern zu wollen um gesellschaftliche Akzeptanz für dieses Ziel zu erwerben (vgl. ebd., 556f.).

Zusammen führten die vier beschriebenen Dynamiken dazu, dass die Begriffe von Gesundheit und Krankheit diffus würden, ebenso wie bei der Unterscheidung zwischen Enhancement und Therapie. Es würden neue Möglichkeiten des Handelns für die verschiedenen AkteurInnen geschaffen werden, jedoch aber auch Uneindeutigkeiten, die in den oben beschriebenen Folgen resultieren könnten (vgl. ebd., 557f.). Der Wechsel hin zu einer Biomedikalisierung könne einer Verstärkung der 'Machbarkeitsdynamiken' und Uneindeutigkeiten zur Folge haben (vgl. Fishman/Mamo 2002, 181f.).

6 Medikalisierung der erektilen Dysfunktion

Wieso ist die Medikalisierung der erektilen Dysfunktion ein derart präsent Thema? Kunze (2004) sieht die Gründe in medizinischen Diagnostiken, Behandlungsmöglichkeiten (vor allem mittels Viagra) und der emotionalen Aufladung der Unfähigkeit eine ‚ausreichende‘ Erektion zu bekommen. Die erektile Dysfunktion verweise auf eine stark vereinfachte Form auf das traditionelle Rollenbild eines ‚Mannes‘ (vgl. ebd., 174).

Nach den allgemein gehaltenen Einführungen folgt nun die Darstellung der Medikalisierung der erektilen Dysfunktion. Wie bereits im Kapitel zur Geschichte der erektilen Dysfunktion dargestellt, wurde ab den 1990er Jahren das Phänomen der Impotenz als erektile Dysfunktion bezeichnet. So wurde die biologische bzw. organische Ursache des Leidens gegenüber einer psychologischen in den Vordergrund gerückt (vgl. Conrad 2007, 41). Zuerst erfolgt eine Darstellung der Geschichte der Medikalisierung der erektilen Dysfunktion, mit anschließender Analyse der AkteurInnen und einem Blick auf die Situation in Österreich. Anzumerken ist, dass in einigen Teilen stark auf das Medikament Viagra vom Hersteller Pfizer verwiesen wird. Dies liegt daran, dass Viagra einen erheblichen Anteil an der heutigen Sichtweise auf die erektile Dysfunktion hat. In Österreich wurde Viagra im September 1998 zugelassen (vgl. Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen 2016).

Eine Studie über Werbematerialien von Pfizer in den USA habe gezeigt, dass durch die Werbung ein eingeschränktes Modell sexueller Leistungsfähigkeit konstruiert werde. Dieses Modell beginne mit Erregung, welche zu einer Erektion, diese zur Penetration mit abschließender Ejakulation führe und manifestiere somit die Fähigkeit Penetrationssex haben zu können als typisch männlich (vgl. Johnson/Åsberg 2012, 47ff.). Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit werde in dem Fall der erektilen Dysfunktion auf den Penis und sein

Funktionieren beschränkt. Dies liege daran, dass der Penis der Fokus sexueller Aktivität sei und andere Formen der Sexualität untergingen. Unter anderem führe dies dazu, dass bei einer Form der erektilen Dysfunktion, Männer glauben, sie seien nicht ‚gesund‘, unabhängig davon ob es sich nun um eine psychische oder physische Form der erektilen Dysfunktion handle (vgl. Carpiano 2001, 443).

6.1 Geschichte

Der Diskurs um die ‚Standhaftigkeit des Mannes‘ reiche bis ins viktorianische Zeitalter (20. Jhd.) und habe seit jeher in Wechselwirkung zu der Entwicklung sozialer Ungleichheiten. Dabei geht Mumford (1992) von zwei grundlegenden Veränderungen im Diskurs um die Impotenz aus: der erste etwa in den 1830er Jahren, bei dem Sexualität nicht mehr Mittel zum Zwecke der Reproduktion gewesen sei, gefolgt vom zweiten um 1920, bei dem neues medizinisches Wissen dazu geführt habe, das Phänomen eher zu psychologisieren und somit das Problem etwa in unterdrücktem Verlangen zu sehen (vgl. ebd., 35, 57). Lösung war logischerweise „a therapy not of continence but of sexual release“ (ibd., 35). Zusammengenommen seien diese Entwicklungen als ‚sexuelle Revolution‘ gesehen worden, wobei diese besser als Konterrevolution beschrieben werden könne, da sich das etablierende Bild von Sexualität und Geschlecht, welches der männlichen Impotenz zugrunde lag, den Effekt gehabt habe weibliche sexuelle Autorität zu untergraben und Ungleichheiten zu manifestieren. Zu Kolonialzeiten der USA habe derjenige als impotent gegolten, der seine Frau entweder nicht schwängern oder ihr zum Orgasmus zu verhelfen konnte. In der vorindustriellen Zeit seien Substanzen populär geworden, welche der Impotenz entgegenwirken sollten: rotes Fleisch, bestimmte Samen und Früchte sowie Pulver und Elixiere, welche als Aphrodisiaka bzw. Impotenzmittel beworben worden seien. Man sieht, dass schon damals Personen die Wege der Vermarktung nutzten, um Profit aus (zu den damaligen Zeiten als gültig anerkannten) Formen der Impotenz/erektilen Dysfunktion zu schlagen. Nun war also nicht mehr die Fortpflanzung, sondern die Kompetenz in den Vordergrund gerückt. So beruhte diese neue Deutung von Impotenz auf einem Geschlechterverständnis das die Frau in einem irrationalen und unkontrollierbaren Körper gesehen habe, wohingegen der männliche Körper den Rationalismus darstelle. Somit lag die Ursachenbekämpfung auch im Mann, da dieser nach rationalen Gesichtspunkten die Kontrolle über seinen Körper erlangen müsse, um eben als Mann in der Gesellschaft (an)gesehen zu werden (vgl. ebd., 35ff.).

Der zweite Umbruch um 1920 sah die Etablierung von drei Kategorien der Impotenz: symptomatisch, strukturell und psychisch. Als symptomatisch galten jene, denen eine andere Krankheit zugrunde lag, die strukturelle Impotenz könne verstanden werden als physische

Impotenz. Die psychische Impotenz jedoch habe um die Jahrtausendwende in Fachartikeln die meiste Aufmerksamkeit bekommen. So sei ab den 1920ern die Psychologisierung der Impotenz allgegenwärtig gewesen sowie die Annahme, dass Masturbation eine der Hauptursachen für Impotenz sei. Mit Freud sei es nicht mehr eine Frage der Unterdrückung von Gefühlen sondern dem Ausdrücken ebenjener gewesen, um Probleme lösen zu können (vgl. ebd., 49ff.). Ab den 1960er Jahren seien TherapeutInnen davon überzeugt gewesen, dass hauptsächlich psychologische Faktoren für die Impotenz verantwortlich seien (vgl. Katz/Marshall 2003, 7). Zudem habe sich der Gedanke manifestiert, dass ein Leben ohne Sex den Alterungsprozess beschleunige (vgl. ebd.). Mumford (1992) sieht die Grundursachen für die beschriebenen Veränderungen der Konzeption von Impotenz in Transformationen sozialer Strukturen, der Sexualwissenschaften und Politiken der Unterschiede (vgl. ebd., 57). In den 1980ern hätten neue Erkenntnisse urologischer Forschung die erektile Dysfunktion als eine physiologische Störung konzeptualisiert – auch verbunden mit der Umbenennung von Impotenz in erektile Dysfunktion (vgl. Katz/Marshall 2003, 7). Die Urologie, welche sich in der Ausübung ihrer chirurgischen Expertise durch Entwicklungen non-invasiver Möglichkeiten zur Behandlung urologischer Probleme gefährdet gesehen habe, und dir daraus folgende ‚Krise‘ habe mit dazu geführt neben der Psychotherapie auch medizintechnische Lösungen für nicht zufriedenstellende („mangelhafte“) Erektionen populär zu machen (vgl. Sontowski 2015, 78).

Sprachlich gesehen, werde mit dem Begriff einer Störung bzw. einer Dysfunktion medikamentöse Behandlung assoziiert (vgl. Wehling 2008, 265). So geschehen bei der SAD (Social Anxiety Disorder): der in der Wissenschaft gebräuchliche Begriff der ‚Social Phobia‘ wurde zu Zwecken einer besseren Vermarktbarkeit in ‚Social Anxiety Disorder‘ umgeprägt. Eine Phobie lasse die Leute eher an psychotherapeutische Lösungen denken, wohingegen eine Angststörung eine medikamentöse Lösung vermittele. Die hier beschriebene Vorgehensweise stelle einen Teil des ‚condition branding‘ dar (vgl. ebd.). Besonders effektiv ist dies natürlich, wenn die Direktwerbung von rezeptpflichtigen Medikamenten bei KonsumentInnen erlaubt ist, wie in den USA und Neuseeland. Standpunkt der Pharmakonzerne sei, dass direkte Werbung bei KonsumentInnen einen bildenden Charakter habe und somit zu besser informierten KonsumentInnen führe, welche ‚unterdiagnostizierte‘ Sachverhalte und deren Behandlungsmöglichkeiten erkennen könnten und somit bessere Entscheidungen treffen könnten (vgl. Conrad/Leiter 2004, 161). KritikerInnen sehen die Folgen eher in einer Mehrbelastung für ÄrztInnen, da diese erklären müssen, wieso bestimmte Behandlungen nicht angemessen seien. Zudem führe dies zu Ressourcenverschwendung im medizinischen Bereich, überhöhte Profite für Pharmakonzerne sowie die Medikalisierung ‚normaler‘ Zustände (vgl.

ebd., 161f.). Dass die Strategie des ‚condition branding‘ auch Einfluss auf die Medikalisierung der erektilen Dysfunktion hatte ist daher anzunehmen.

Die Impotenz wurde nun also nun als organisches Problem eindeutig behandelbar, woran der Wirkstoff Sildenafil (Hauptwirkstoff von Viagra) einen großen Anteil trug (vgl. Carpiano 2001; Katz/Marshall 2003, 7). Diese Entwicklung habe sich bis in die 1990er Jahre fortgesetzt. Nun habe die erektile Dysfunktion – legitimiert durch sexualwissenschaftliche, urologische und pharmakologische Erkenntnisse – als (medizin)technisch (im Gegensatz zu therapeutisch) lösbar gegolten (vgl. Katz/Marshall 2003, 7). Im Zuge der Veränderung der Impotenz sei auch die männliche Sexualität sowie der Heterosexualität allgemein Bestandteil der Transformationsprozesse gewesen (vgl. Mumford 1992, 57). So wurde die Vorstellung, dass nicht die männliche Lust, sondern eben die ‚Kompetenz‘ das Problem seien, manifestiert. Die sexuelle Lust des Mannes sei gottgegeben, biologisch oder eben dem männlichen Sexualtrieb zu verdanken (vgl. ebd., 34).

6.2 AkteurInnen

Verschiedene Artikel listen verschiedene AkteurInnen der Medikalisierung der erektilen Dysfunktion auf. Aufgabe dieses Abschnitts ist es, diese zusammenzufassen. Die Entwicklung der Medikalisierung der erektilen Dysfunktion ist eng mit Viagra verknüpft. Seitdem der Patentschutz für Viagra in Deutschland im Jahr 2013 auslief liegen die Kosten für Generika bei nicht mehr als 20% des Ursprungspreises (vgl. Sontowski 2015, 76). In Deutschland sind in Folge dessen Generika von 20 verschiedenen Pharmafirmen auf dem Markt erschienen. Abseits von Viagra gibt es noch Medikamente wie Cialis (Wirkstoff Tadalafil) sowie Levitra (Wirkstoff Vardenafil), welche ähnlich wirken wie Viagra sich jedoch in der Wirkdauer voneinander unterscheiden (vgl. Sontowski 2016, S. 76). Dennoch ist nicht die Pharmaindustrie alleiniger Treiber der Medikalisierung der erektilen Dysfunktion. Sie stellt zwar eine starke treibende Kraft dar, steht jedoch in Interaktion mit den anderen AkteurInnen, welche ebenfalls ihre Plätze in dem diskursiven Feld einnehmen. An der ‚Geburt‘ eines Medikamentes seien „Industrie, die Medikamente erforscht und herstellt, die Professionellen, die sie verschreiben und vertreiben, die Nutzer_innen, die sie verwenden, Medien, die deren Bild formen und die staatlichen Institutionen, die sie regulieren“ (ebd., 59) beteiligt.

Die Legalisierung der Direktwerbung rezeptpflichtiger Medikamente bei KonsumentInnen habe auch die Zahl der Studien zu diesem Thema erhöht. Diese hätten den Glauben an die Vorstellung, dass Sildenafil eine Substanz zur Heilung eines bisher nicht heilbaren bzw. behandelbaren Problems sei, erfolgreich widerlegt. Jedoch wurde dadurch eine Fokussierung

auf die Pharmaindustrie, vor allem Pfizer, sowie medizinische Institutionen hervorgerufen. Themen die bei der Betrachtung der PatientInnenrolle auftauchen, wie etwa die Frage nach Selbstbestimmung, blieben im Hintergrund (vgl. ebd., 14). Die Reduktion auf eine Akteurin oder einen Akteur entspricht nicht den Anforderungen, welche die Foucaultsche Biopolitik an eine Analyse stellt. Der Vielzahl an AkteurInnen ist durch eine ‚Entfokussierung‘ Rechnung zu tragen.

Wer ist also nun zu den AkteurInnen der Medikalisierung der erektilen Dysfunktion zu zählen? Die Literaturrecherche hat die Pharmaindustrie, ÄrztInnen, Medien, PatientInnen, staatliche Institutionen und Krankenversicherer als AkteurInnen identifiziert. Diese werden nun einzeln vorgestellt, um im Anschluss die Beziehungsgeflechte darzustellen. Dabei ist zu bemerken, dass durch die vorliegenden Wechselwirkungen und die unscharfen Grenzen, die hier gezogenen Grenzen, in Form von Kapiteln, idealtypisch sind und durchaus in einigen Abschnitten Verweise zu anderen AkteurInnen auftreten.

6.2.1 Pharmaindustrie

Conrad, ein starker Vertreter der Medikalisierungsthese, sieht die Pharmaindustrie (anfänglich mit Pfizer als Hauptakteur) dafür verantwortlich die Anwendungsbereiche von Viagra vergrößert zu haben (vgl. Conrad 2007, 134f.). Die Pharmaindustrie hat diese Krankheit also nicht ‚erfunden‘, sondern auf einer bereits bestehenden Diagnose (welche jedoch in einem engeren Wirkungskreis etwa als Folgeerkrankung/Begleiterscheinung von Diabetes oder einer Prostataoperation galt) aufgebaut. So wurde zuerst ein Bewusstsein für ein Phänomen geschaffen, welches zuvor nicht in dem Maße öffentlich diskutiert wurde. Dabei habe sich Pfizer, der Hersteller von Viagra anfänglich auf die Erschaffung eines Bewusstseins für erektile Dysfunktion, die in Zusammenhang mit Prostatakrebs steht, beschränkt (vgl. Kitsis 2011, 908). In einem Werbeclip ist Bob Dole, ehemaliger Senator und Präsidentschaftskandidat der USA, zu sehen wie er von Problemen mit erektiler Dysfunktion im Zuge seiner Prostatakrebserkrankung erzählt (vgl. The Rachel Maddow Show 2012). Zusätzlich weitete die Pharmaindustrie, insbesondere Pfizer, die Definition aus um den Kreis potentieller KundInnen zu erweitern (vgl. Kitsis 2011, 908). Dies geschah etwa durch Sponsorenverträge mit dem Rennsport Nascar in den USA und einem beinahe 40-jährigen Baseballprofi, welcher eine neue Zielgruppe für sich gewinnen sollte: Männer mittleren Alters ohne Vorerkrankungen, die einen aktiven Lebensstil führen (wollen) (vgl. Lexchin 2006, 431) So seien sildenafilhaltige Präparate zu Lifestyle-Medikamenten geworden, bei denen es nicht bloß um die Behandlung einer Krankheit gehe sondern um die Verbesserung sexueller Funktionsfähigkeit (vgl. Kitsis 2011, 908). Lexchin (2006) zitiert eine niederländische Studie, nachdem lediglich 20% der Männer, die älter als 70 Jahre waren und an einer signifikanten erektilen Dysfunktion litten, bedeutende

psychische Auswirkungen angegeben hätten. Zudem hätten 17-28% sexuell aktiver Männer angegeben, keine normale Erektion zu haben, was darauf schließen lasse, dass eine vollkommene Erektion nicht für ein funktionierendes Sexualleben notwendig sei (vgl. ebd., 430). Dies sind sicherlich interessante Ergebnisse, da sie allgemeinen Vorstellungen widersprechen und auch Befürchtungen, die im Zuge der Medikalisierung der erektilen Dysfunktion populär gemacht wurden, in gewissem Maße widersprechen. Es sei also nicht bloß die ‚Männlichkeit‘ adressiert, sondern auch Fragen nach einem ‚normalen‘ Altern thematisiert worden (vgl. Kitsis 2011, 908). Mariann Caprino, Sprecherin von Pfizer meint dazu: “Have we gone out and given our advertising agency instructions to speak to this young population? No, we haven’t” (Lexchin 2006, 431). Damit weisen sie also jegliche Verantwortung von sich und erwecken den Anschein bei der Bewerbung ihres Produkts, Viagra im Rahmen eines Medikamentes für ältere Menschen mit Erektionsproblemen geblieben zu sein. Das Ziel der Ausweitung der Definition einer erektilen Dysfunktion über Altersgrenzen hinweg will der Hersteller hier nicht sehen. Pfizer behaupte auf einer ihrer Webseiten, dass Viagra bei 80% der Männer mit erektiler Dysfunktion einen Effekt erziele, verglichen mit 24% der Männer welche ein Placebo nahmen (vgl. ebd., 430). Die meisten Studien zu Viagra hätten jedoch gezeigt, dass die Zahl der erfolgreichen sexuellen Akte 50%-60% beträgt (vgl. ebd.). Interessant ist auch, dass die Einnahme eines Placebos bei 25% aller Versuche Sex zu haben, erfolgreich sei (vgl. ebd.). Dies zeige in Richtung, dass es sich bei der erektilen Dysfunktion sehr wohl *auch* um ein psychisch bedingtes Phänomen handelt, welche etwa durch die Verabreichung einer Pille durch eine Ärztin oder einen Arzt ‚behandelt‘ werden könne (vgl. Breidert/Hofbauer 2009, 754).

6.2.2 Werbung

In den USA sei die Direktwerbung bei PatientInnen rezeptpflichtiger Medikamente, etwa durch Printmedien und TV-Werbung, 1997 legalisiert worden. Folge sei eine vermehrte Konzentration der Werbemittel auf die Direktwerbung (vgl. Fishman/Mamo 2002, 181).

Die Werbekampagne zu Viagra sei sehr gut finanziert gewesen und habe zum Ziel gehabt, das Bewusstsein gegenüber der erektilen Dysfunktion zu erhöhen. Zugleich seien die Möglichkeiten einer Behandlung in beschränktem Maße dargestellt worden und lediglich die Einnahme von Medikamenten als Lösung dargestellt worden (vgl. Lexchin 2006, 431). Zwar gebe es einen Zusammenschluss führender US-amerikanischer Pharmakonzerne, welcher dazu diene, Richtlinien für Direktwerbung rezeptpflichtiger Medikamente zu erstellen, wie wirksam diese Richtlinien sind ist jedoch nicht analysiert. Demnach solle in jener Werbung auch auf alternative Behandlungsmöglichkeiten hingewiesen werden, wie etwa Diäten oder Änderungen

des Lebensstils, wenn diese ‚angemessen‘ für das beworbene Phänomen seien (vgl. Feinberg 2005, 867). Studien zu den Effekten von Werbung für rezeptpflichtige Medikamente hätten gezeigt, dass die Verkäufe dadurch schichtübergreifend anstiegen und auch halfen eine zu geringe Benutzung bei chronischen Krankheiten zu minimieren. Zu häufiger Gebrauch rezeptpflichtiger Medikamente sei ebenso als Effekt aufgetreten (vgl. Donohue et al. 2007, 674).

Es sei verführerisch, die reine Profitgier der Pharmaindustrie für das Fortschreiten der Medikalisierung der erektilen Dysfunktion verantwortlich zu machen. Jedoch konstatiert Bauman in einem Artikel von Marshall (2002): „Market forces can be blamed, at the utmost for exploiting without scruples the resources already at hand [...] Charging them with the powers to conjure up the resources themselves would be like accepting the alchemist’s authorship of the gold found in the test-tube” (ebd., 146). Die beteiligten AkteurInnen und deren Verhältnis zueinander seien stets in Bewegung und somit sei es von soziologischem Interesse eine gemeinsame Strategie auszumachen (vgl. ebd.). Man wird zwar keine gemeinsame ‚Makrostrategie‘ finden können, jedoch wird die Analyse der AkteurInnen dabei helfen gleiche Interessen und Synergieeffekte herausfiltern zu können.

In Österreich ist zwar die direkte Werbung für verschreibungspflichtige Medikamente verboten, jedoch nicht Informationen zu diesen. § 51 des Arzneimittelgesetzes besagt, dass Laienwerbung nicht für rezeptpflichtige Medikamente sowie rezeptfreie Medikamente, „deren Name aber das gleiche Phantasiewort oder den gleichen üblichen Ausdruck wie der Name eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels enthält“ (Bundeskanzleramt Österreich 2016) betrieben werden darf. Zudem besagt § 52, dass Laienwerbung stets als Werbung erkennbar und zusätzlich ersichtlich sein muss, dass es sich um ein Medikament handelt, welches gerade beworben wird (vgl. ebd.). Erlaubt ist die „Übernahme von angemessenen Reise- und Aufenthaltskosten und der Teilnahmegebühren bei ausschließlich berufsbezogenen wissenschaftlichen Veranstaltungen“ (ebd.).

Anders sieht es da bei der Fachwerbung aus. Sie ist erlaubt, wenn „in deutlich lesbarer Form die wesentlichen Informationen über die Arzneyspezialität im Einklang mit der Fachinformation“ (ebd.) enthalten sind. Verboten sind „Prämie[n], finanzielle oder materielle Vorteile zu gewähren, anzubieten oder zu versprechen“ (ebd.) für ÄrztInnen oder ApothekerInnen, solange es sich dabei nicht um einen geringen Betrag handelt oder „für die medizinische oder pharmazeutische Praxis von Belang“ (ebd.) sind. Informationen zu Viagra, welche nicht als Werbung gelten, zielten auf die Schaffung von Befangenheit bei Männern deren PartnerInnen und ÄrztInnen ab (vgl. Johnson/Åsberg 2012, 47).

6.2.3 ÄrztInnen

Die Initialzündung zur Verwendung von Viagra zur Behandlung der erektilen Dysfunktion habe die Pharmaindustrie gegeben, indem sie ein Medikament, das zur Behandlung von Bluthochdruck getestet worden war, als Heilmittel gegen erektile Dysfunktion entdeckt habe (vgl. Carpiano 2001, 445). So stehe Viagra für sich selbst, abseits von für den Zustand erektiler Dysfunktion entwickelter Behandlungen wie etwa Penispumpen, Implantate oder Injektionen (vgl. ebd.). Viagra fällt aus dem Raster der zweckmäßigen Innovationen seitens der Urologie raus. Die medizinische Profession wird hier als Akteurin zumindest seiner Initialzündung beraubt: „Although the profession [of Urology] has certainly profited from Viagra’s popularity with the patient influx, the specialization itself (as well as the medical field as a whole) can take almost no credit for contributing to the Viagra phenomenon“ (ebd.).

MedizinerInnen wirkten jedoch als Motoren der Medikalisierung der erektilen Dysfunktion, indem sie Viagra (oder vergleichbare Medikamente) ohne gründliche Untersuchungen oder den Hinweis auf die Möglichkeit psychologischer Beratung verschrieben (vgl. ebd.). Dabei sei die Bereitschaft Rezepte auszustellen beeinflusst von direkter Werbung für Medikamente beim Arzt oder der Ärztin (vgl. Becker et al. 2011, 544). Wie stark jedoch diese Beeinflussung ist, ist unklar. Eine Metastudie über 58 Studien zu diesem Thema sagt zwar, dass in der Theorie Werbung zu einem Mehr an Verschreibungen führe, jedoch konnten keine Belege dafür gefunden werden dies zu bestätigen (vgl. Spurling et al. 2010, 19). Dies sei jedoch keine endgültige Aussage, da die untersuchten Studien als auch die Metastudie methodische Limitierungen aufwiesen, welche nicht nivellierbar seien. Eine klare Aussage sei jedoch zu tätigen: “With rare exceptions, these finding suggest that exposure to pharmaceutical company information is associated with either no effect on physicians’ prescribing behaviour or with adverse affects (reduced quality, increased frequency, or increased costs)” (ebd., 22). Falls also ein (geringer) Effekt auftritt bestehe dieser in verminderter Qualität, stärkerer Häufigkeit sowie höheren Kosten der Verschreibung von Rezepten (vgl. ebd.). Aus Sicht der Pharmaindustrie ist dies sicherlich ein ‚guter Anfang‘, um Absatzmärkte zu vergrößern. Leider finden sich keine Daten, die einen längeren Zeitraum vergleichen, weshalb die sich wandelnde Rolle von ÄrztInnen hin zu Gatekeepern der Medikalisierung nicht mit den Ergebnissen der Metastudie verglichen werden können.

ÄrztInnen seien zwar weiterhin Gatekeeper der Medikalisierung, hätten jedoch einiges an Bedeutung an Pharmakonzerne abgegeben (vgl. Conrad 2007, 133). Zu beachten ist, dass diese Beobachtungen aus den USA stammen und somit die Direktwerbung rezeptpflichtiger Medikamente als Grundlage hat. Einige ÄrztInnen sind durchweg positiv gegenüber

Potenzmitteln wie Viagra eingestellt, wie ein Artikel in der Wiener Medizinischen Wochenschrift aus dem Jahr 2009 zeigt: Darin sprechen eine Ärztin und ein Arzt jeweils einer Privatklinik von der Notwendigkeit Patienten besser zu informieren und sie zu „ermutigen, zumindest die PDE-5-Hemmer-Therapie auszuprobieren“ (Esterbauer/Jungwirth 2009, 533). Bei den bekannten Potenzmitteln wie Viagra, Cialis u.ä. handelt es sich um PDE-5-Hemmer (vgl. Ludwig et al. 2006, 160).

Das medizinische Feld, besonders UrologInnen, habe die erektile Dysfunktion durch die Entwicklung von Gerätschaften, Medikamenten, sowie der Klassifizierung der Impotenz als erektile Dysfunktion medikalisiert. Wie bereits angesprochen, habe sich so die Aufmerksamkeit von psychologischen auf physiologische-biologische Ursachen der erektilen Dysfunktion und somit Viagra als Behandlungsmöglichkeit verschoben (vgl. Carpiano 2001, 445).

Der Artikel von Esterbauer und Jungwirth (2009) betont die Wichtigkeit eines funktionierenden und zufriedenstellenden Sexuallebens auch für „viele andere Lebensbereiche“ (ebd., 533). Zudem äußern Esterbauer und Jungwirth (2009) den Wunsch auch jüngere Patienten bezüglich Risikofaktoren und Risiken der erektilen Dysfunktion zu informieren. Ziel sei es das häufige Auftreten erektiler Dysfunktion im Vorfeld zu verhindern. Der Artikel bezeugt, dass kein Interessenkonflikt bestehe (vgl. ebd., 533f.). Jedoch deuten derartige Aussagen und etwa auch die Verwendung einer Studie, welche oftmals von Pro-Viagra AkteurInnen zitiert wird (die Massachusetts Male Aging Study) eher in Richtung einer Beeinflussung durch die Pharmaindustrie – oder zumindest eine positive Grundeinstellung gegenüber der Behandlung der erektilen Dysfunktion mittels Medikamenten wie Viagra und weiteren. So gelte die angesprochene Studie als einflussstark, was die Definition der erektilen Dysfunktion angeht (Sontowski 2015, 83). Durch die Einteilung der erektilen Dysfunktion in verschiedene Stärken sei diese als progressiv dargestellt worden, was etwa auch als Grundsteinlegung für ‚Prä-erektile Dysfunktion‘ dienen kann (vgl. ebd.). So spricht auch der österreichische Urologe Dr. Michael Eisenmenger (2004b) von Erfahrungen „in unterschiedlichem Ausmaß“ (ebd., 180), wenn es um die erektile Dysfunktion bei Männern jünger als 50 Jahre geht, und kommt somit auf eine Prävalenz von 30% bei der erwähnten Gruppe (ebd.).

Eisenmenger sehe den Berufsstand der Urologen als Ganzes in Gefahr. Vorsorgeuntersuchungen würden von AllgemeinmedizinerInnen übernommen, Inkontinenz bei Frauen sei Thema der Gynäkologinnen und der Nachwuchs werde von Kinderärztinnen und -chirurginnen betreut. Dazu gebe es noch Radiologinnen, die sich um die Prostata kümmern und beim Thema Kinderwunsch sei sowieso nicht der Urologe erste Wahl, sondern darauf spezialisierte Kliniken (Eisenmenger 2004a, 4). Glaubt man Eisenmenger (2004a) sieht sich die

Urologie in Österreich in einer tiefen Sinnkrise, die nicht bloß Rezepte für PDE 5-Hemmer gegen erektile Dysfunktion und Hormongele gegen die Andropause ausstellen möchte. Ginge es nach ihm, würden die Urologen eine ganzheitlichere Sicht einnehmen, die assoziierte Erkrankungen berücksichtigt: „Sollten wir nicht auch über den Gartenzaun des Andrologen hinwegsehen und Interesse für die Zusammenhänge von ED mit KHK, chronischen Entzündungen, Stress und psychischen Problemen des Mannes entwickeln?“ (ebd., 4). Auch sieht Eisenmenger (2004a) die Beschränkung der Urologen auf Männer als Patienten kritisch und fordert die Bewerbung urologischer Kompetenzen bei der Behandlung urologischer Probleme von Frauen (vgl. ebd., 4).

Obwohl also die Rolle von ÄrztInnen im Prozess der Medikalisierung abgenommen habe, dienten diese als Gatekeeper, da sie in ihren Definitionen von Krankheit und Gesundheit institutionell beglaubigt seien und eben den Betroffenen den legalen Zugang zu Medikamenten und Behandlungen bereitstellen könnten (vgl. Wehling et al. 2007, 553). Dabei ignoriere die Bereitschaft der Ärzte etwa Viagra zu verschreiben mögliche soziale Aspekte, welche der Ursprung einer erektilen Dysfunktion sein könnten. Dadurch gehe die Entwicklung weiter in Richtung Symptome zu bekämpfen, die Ursachen für Leiden jedoch unangetastet zu lassen (vgl. Carpiano 2001, 445). Die Abnahme der Bedeutung von ÄrztInnen und die neue Bedeutung neuer AkteurInnen seien Hinweise für die Ungenauigkeit der Definitionen von gesund und krank, da diese nun eben aus vielerlei Quellen gespeist würden (vgl. Wehling et al. 2007, 554).

6.2.4 Medien

Die Medien sind so Akteure, auch wenn angestoßen und bezahlt von Pharmakonzernen (vgl. Conrad 2007, 133). Für Medien biete die Berichterstattung über Viagra die Möglichkeit über Sex zu berichten ohne dabei als pornographisch zu gelten (vgl. Baglia 2005, 29). Dabei dienten die Medien auch als eine Art Test von Innovationen (vgl. Marshall 2002, 145).

In den USA seien im Jahr 2004 vier Milliarden US-Dollar für Direktwerbung ausgegeben worden, der Hauptanteil davon für Fernsehwerbung (vgl. Conrad 2007, 133). Laut einer Studie bringe das Einsetzen von einem Dollar in der Werbung 4,20 Dollar in den Verkäufen (vgl. ebd.). Dabei habe das eingebrachte Kapital für Werbung von 1996 bis 2000 um den Faktor 3 zugenommen (vgl. Donohue et al. 2007, 674). Insgesamt hätten Ausgaben für Direktwerbung von rezeptpflichtigen Arzneimitteln lediglich 14% der Gesamtausgaben für Werbung ausgemacht (vgl. ebd., 673). Jedoch sei wenig über andere Formen der Pharmawerbung in den letzten Jahren bekannt (vgl. ebd., 674). Dieses Vorgehen führe nicht unbedingt zur Neudefinitionen von Krankheiten, jedoch könne es der Expansion des Absatzmarktes zuträglich sein, etwa bei der erektilen Dysfunktion (vgl. Kitsis 2011, 908).

Der Umgang der Medien mit Viagra könne in vier Phasen eingeteilt werden. Vor der Markteinführung von Viagra sei die erektile Dysfunktion und existierende Behandlungsmöglichkeiten thematisiert worden, darauf sei die Bewerbung von Viagra und Möglichkeiten des Erwerbs und Anlaufstellen gefolgt. Ab Mitte des Jahres 1998 sei die Berichterstattung dominiert von Meldungen über die Wirksamkeit und den Erfolg von Viagra. Ab Anfang 1999 seien die Auswirkungen von Viagra auf die Sexualität, die Rolle von Wissenschaften und ökonomische Entwicklungen thematisiert worden (vgl. Baglia 2005, 28).

In den USA, die Direktwerbung rezeptpflichtiger Medikamente erlauben, zeigen sich Zuwachsraten in den Verkäufen von bis zu 43,2% der 25 meist verkauften Medikamente. Alle anderen Medikamente erfuhren eine Steigerung um 13,3%. Sortiert man die Medikamente nach den Ausgaben im Bereich der Direktwerbung nahm Viagra im Jahr 1999 den neunten Platz ein (vgl. National Institute for Health Care Management 2000, 1f.). Die Ausgaben für Direktwerbung bei PatientInnen hätten sich seit dem Jahr 1999 von 2.166 Millionen US-Dollar auf 4.237 im Jahr 2005 gesteigert. Die Kosten für die Bewerbung von Medikamenten bei ÄrztInnen habe sich auf 6.777 Millionen US-Dollar belaufen. Und kostenlose Proben hätten den Pharmakonzernen Kosten in Höhe von 18.438 US-Dollar verursacht. Die Werbeausgaben seien dabei zwischen den Medikamenten ungleich verteilt: 54,4% der Gesamtausgaben der Pharmaindustrie beschränkten sich auf die Top 20 Medikamente was die Ausgaben betrifft (vgl. Donohue et al. 2007, 676). Ein genereller Trend sei, dass Pharmakonzerne ihr Budget vermehrt für Marketing ausgeben und nicht mehr etwa in die Erforschung neuer Medikamente oder deren Verbesserung stecken (vgl. National Institute for Health Care Management 2000, 7).

Die Direktwerbung ist jedoch nicht die einzige Form von Marketing, sondern steht Schulter an Schulter mit Promotion direkt bei ÄrztInnen. ÄrztInnen seien eher geneigt ein neues Medikament zu verschreiben wenn sie von PatientInnen direkt danach gefragt werden und es durch die Pharmakonzerne den ÄrztInnen bekannt gemacht wurde (vgl. ebd.). Obwohl Massenmedien eine große Rolle bei den Werbestrategien der Pharmakonzerne spielten, könnten weitere Anstrengungen unternommen werden um Strategien zu entlarven und somit Heilsversprechen von ‚Wundermedikamenten‘ in ein rechtes Licht rücken (vgl. Moynihan et al. 2002, 890). Moynihan et al (2002) sprechen hier also den Wunsch nach einer (soziologischen) Aufklärung an, dessen Rolle auch im biopolitischen Diskurs rege geführt wird (siehe Kapitel Medikalisierung und Biopolitik).

6.2.5 Patienten

Nicht zuletzt seien Patienten wichtige AkteurInnen in der Medikalisierung der erektilen Dysfunktion, da sich diese in einem immer mehr marktorientierten Gesundheitswesen bewegen

und somit zu EntscheiderInnen würden (vgl. Conrad 2007, 133). Dabei beklagten sich PatientInnen über die zeitliche Beschränkung eines Arztbesuchs und das Gefühl, dass Urologen keine Bereitschaft zu Gesprächen zeigen würden (vgl. Eisenmenger 2004a, 4).

In der Konstruktion der erektilen Dysfunktion konstruierten die verschiedenen AkteurInnen gemeinsam den Konsum als eine Möglichkeit der Behandlung, was letztlich auf die Patienten zielt (vgl. Johnson/Åsberg 2012, 57; Vainionpää 2006, 49). Männer und deren PartnerInnen würden in der Debatte nicht mehr als erklärende Faktoren gesehen (vgl. Johnson/Åsberg 2012, 57). Patienten spielen also eine große Rolle in der Konstruktion der erektilen Dysfunktion als eine Krankheit, wobei die Wahlmöglichkeiten durch die diskursive Macht bestimmter Akteurinnen, Pharmaindustrie und ÄrztInnen, eingeschränkt wird. So werde die Suche nach Alternativen mit erektiler Dysfunktion umzugehen eingeschränkt. Es stelle sich die Frage, wie ein Umgang mit erektiler Dysfunktion aussehen könnte ohne auf Medikamente wie Viagra zurückzugreifen (vgl. ebd.). Ein Lösungsansatz könne hier das Einbeziehen beteiligter AkteurInnen wie PartnerInnen, Gemeinschaften und Familie darstellen, um den Fokus vom Individuum zu nehmen. Ein größeres Netzwerk von AkteurInnen miteinzubeziehen könne dabei helfen alternative Umgangsweisen, Ansprüche und Erwartungen von und an – nicht nur von – Männern mit erektiler Dysfunktion und indirekt Betroffenen zu schaffen (vgl. ebd.). Der Einfluss der Lebensqualität auf Betroffene von erektiler Dysfunktion ist ebenfalls von Interesse. So sei „die Lebensqualität bei Männern mit ED bei Komorbiditäten signifikant schlechter“ (Rieder 2003, 29). Dies ändere sich jedoch mit zunehmendem Alter (ab 65 Jahre). In einer niederländischen Studie gaben 64% der 40-49jährigen an, dass sie in ihrer erektilen Dysfunktion „ein großes bzw. sehr großes Problem“ (ebd.) sähen. Nur noch 27% der 60-69jährigen hätten in ihrer erektilen Dysfunktion ein großes bis sehr großes Problem gesehen. Die häufige Erwähnung der Einbeziehung auch der PartnerInnen lässt sich mittels Studien derart nicht bestätigen. Lediglich die Hälfte der Partnerinnen von Männern (16%) mit erektiler Dysfunktion gaben an ihr Sexualleben sei nicht zufriedenstellend, bei den betroffenen Männern waren 34% unzufrieden. In einer Kölner Studie waren lediglich 6,9% der Männer, die von erektiler Dysfunktion betroffen waren, mit ihrem Sexualleben unzufrieden (vgl. ebd., 29f.).

Zu den Patienten gehörten auch Zusammenschlüsse von Patienten in Form von Selbsthilfegruppen welche an und für sich keine Profitabsichten hätten jedoch Unterstützung durch Pharmakonzerne erhielten (vgl. Conrad 2007, 133). So werde in Werbeanzeigen auf Selbsthilfegruppen aufmerksam gemacht, jedoch verschleiert, dass diese von Pfizer Geld bekommen, wie ein Fall in Australien zeigt. Dort habe die Organisation ‚Impotence Australia‘ in einem kurzen Zeitraum 200.000 AUS-Dollar erhalten (vgl. Moynihan et al. 2002, 889).

6.2.6 Krankenversicherungen

Eine wichtige Entwicklung sieht Conrad (2007) in der Managed care, welche zu einer Vermarktlichung und weiteren Strukturierung des Gesundheitswesens führe. So werde Medikalisierung dadurch gesteuert, ob Versicherer für ein Medikament die Kosten übernehmen oder eben nicht (vgl. Conrad 2007, 133). In der Frage um die erektile Dysfunktion hat die Managed Care insofern einen Einfluss, ob bzw. wie oft die Kosten für Viagra übernommen werden. Zum Feld der Managed Care gehören auch Krankenversicherer, welche aufgrund der enormen Popularität von Viagra stark in Medikalisierungsdebatten involviert seien. Die Krankenversicherer stellten sich gegen die Verbreitung von Viagra, da es ihnen ein Anliegen sei Kosten nicht zu erhöhen (vgl. Carpiano 2001, 446). In den USA gebe es unter Versicherern verschiedene Auffassungen, was die Kostenübernahme von ED-Präparaten betrifft. Aus Sicht der Versicherer sei die Verlangsamung von Medikalisierungsprozessen wünschenswert (vgl. ebd.).

Dies zeigt sich auch in der Situation der Kostenübernahme in Österreich: Hierzu gibt es in Österreich Urteile des Obersten Gerichtshofs. Im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz ist Krankheit definiert als ein „regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der der Krankenbehandlung bedarf“ (Oberster Gerichtshof Österreich 2006, 2). Die Krankenbehandlung habe zum Ziel „die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederherzustellen, zu festigen oder zu bessern“ (ebd.). Hierbei dürfe das „Maß des Notwendigen“ (ebd.) nicht überschritten werden. So definiert die Krankenversicherung einen Zustand nur als Krankheit, wenn der Zustand behandlungsbedürftig ist, was jedoch per Gesetz nicht näher definiert sei (vgl. ebd., 3). Im Gegensatz zur Medizin, welche Krankheit als „eine Abweichung von der Norm ‚Gesundheit‘“ (ebd., 2) definiere.

In einem Fall (10 ObS 227/03k vom 27.7. 2004), in dem ein Diabetiker auf Kostenerstattung von Medikamenten, welche er gegen seine durch die Diabetes und Medikamente gegen Bluthochdruck verursachte erektile Dysfunktion nahm, klagte, entschied der OGH zugunsten der Krankenversicherung, welche nicht in der Pflicht war diese Kosten zu erstatten sei (vgl. ebd., 3). Begründet wurde dies damit, dass es sich bei der „Erektionsfähigkeit des Mannes“ (ebd.) nicht um ein „lebenswichtige[s] persönliche[s] Bedürfnis“ (ebd.) handle (vgl. ebd.). „Weit mehr als die Hälfte der Männer im Alter des Klägers, die sich stoffwechselfähig und vom Gefäßstatus her in einer ihm vergleichbaren Situation befinden, leiden unter erektiler Dysfunktion“ (Oberster Gerichtshof Österreich 2004, 3). Zudem sei die Einnahme der Präparate Ixense und DHEA-S lediglich eine Bekämpfung der Symptome ohne Aussicht auf

längerfristige Besserung der erektilen Dysfunktion (ebd., 4f.) Der Wunsch nach einer Erektion entstamme einer höchstpersönlichen Lebenssphäre und gelte daher „nach den herrschenden gesellschaftlichen Wertvorstellungen“ (Oberster Gerichtshof Österreich 2006, 3) eben nicht um „lebenswichtige persönliche Bedürfnisse“ (ebd.). Die Kosten einer Behandlung einer erektilen Dysfunktion als Folgeerkrankung einer Diabeteserkrankung müssen also von den Krankenversicherungen in Österreich nicht übernommen werden.

Ein anderer Fall behandelt ebenfalls die Kostenübernahme der Therapie einer erektilen Dysfunktion, welche ihren Ursprung in beruflicher Überbelastung und depressiven Verstimmungen hatte und sich durch die Entfernung eines Prostatakarzinoms manifestierte. Dabei behandelte der Patient seit 1989 seine erektile Dysfunktion mittels einer SKAT-Therapie und setzt dies auch nach der Entfernung des Karzinoms fort. Die Entfernung des Karzinoms bedeutete nun, dass die erektile Dysfunktion neben den psychogenen Ursachen auch als Folgeerkrankung der Krebserkrankung bzw. seiner Behandlung zu sehen war. Jedoch übernahm die Krankenkasse die Kosten bloß bis zum Jahr 2004, wogegen der Mann. Dieser Fall unterschied sich vom ersten, da der Mann an „psychischen Problemen mit Krankheitswert leide“ (ebd.). So wurde der Zustand des Mannes nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz als ‚krank‘ bezeichnet und ihm somit ein Anspruch auf Krankenbehandlung zugesprochen (vgl. ebd.). In der Urteilsbegründung steht:

„Eine Kostenübernahme für Potenzmittel durch die gesetzliche Krankenversicherung kommt daher nach Auffassung des erkennenden Senates grundsätzlich dann in Betracht, wenn die mangelnde Erektionsfähigkeit des Mannes zu einem psychischen Leiden führt, das seinerseits die Krankenbehandlung erforderlich macht“ (Oberster Gerichtshof Österreich 2004, 3).

Im ersten Fall, in dem die Kosten nicht übernommen wurden, seien „keine psychischen Beeinträchtigungen des Versicherten aufgrund der erektilen Dysfunktion festgestellt worden“ und das die Möglichkeit „des Umschlagens einer psychischen Belastung in eine psychische Störung mit Krankheitswert nach der Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes noch keine Krankheit und damit auch noch keinen Versicherungsfall im Sinn des § 120 Abs 1 Z 1 ASVG darstellt“ (Oberster Gerichtshof Österreich 2006, 3). Das Gericht erkannte also an, dass eine erektile Dysfunktion zu Depressionen führen kann und sowohl die erektile Dysfunktion als dann auch in Folge die Depressionen mittels Potenzmitteln behandelt werden kann (ebd., 4). Dabei gilt die erektile Dysfunktion „auch als Auslöser einer gesellschaftlich anerkannten psychischen Krankheit“ (ebd.). Dies sei z.B. auch bei der Kostenübernahme schönheitschirurgischer Eingriffe zu sehen. Diese Rückgriff auf Entscheidungen nach dem Auftreten von psychosozialen Problemen sei jedoch „sehr unscharf und teilweise fragwürdig“

(vgl. Wehling et al. 2007, 554). Dabei fällt die Wahl der Medikamente/Behandlung stets auf „das im konkreten Fall notwendige und wirtschaftlichste Heilmittel“ (Oberster Gerichtshof Österreich 2006, 4). Das Heilmittelverzeichnis (auch: Erstattungskodex), welches vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegeben wird, schränkt dabei den Anspruch und das Recht der Versicherten auf eine zweckmäßige Krankenbehandlung nicht ein (vgl. ebd.). „Die Konkretisierung des Gesetzes erfolgt im Streitfall durch die Gerichte, weil der gesetzliche Leistungsanspruch nach dem Gesetz letztlich nur im Einzelfall und nicht durch abstrakte Regelungen wie das Heilmittelverzeichnis abschließend bestimmt werden darf“ (ebd.).

„Die soziale Krankenversicherung hat demnach keine eigenständige Befugnis, den Leistungsumfang (hier: bei den Arzneimitteln) endgültig festzulegen“ (ebd.). Im Erstattungskodex des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (2016) ist Viagra nicht aufgelistet. Die Wirkstoffe Sildenafil und Tadalafil, welche zur Behandlung von erektiler Dysfunktion eingesetzt werden sind im Erstattungskodex für eine „pulmonal arterielle Hypertension“ aufgelistet, jedoch nicht unter dem Aspekt der Behandlung einer erektilen Dysfunktion (vgl. ebd., 405).

6.3 Zwischenfazit

Die Medikalisierung der erektilen Dysfunktion hat viele AkteurInnen und scheint weit fortgeschritten. ÄrztInnen sind nicht (mehr) als treibende Kräfte zu identifizieren. Es entsteht der Eindruck, dass die Stufe der Medikalisierung auf die Eigenverantwortung der Patienten setzt. Die erfolgreiche Schaffung von Aufmerksamkeit gegenüber der erektilen Dysfunktion und vor allem dem immensen Erfolg von Potenzmitteln wie Viagra, Cialis und Levitra als dominante Behandlungsstrategie scheint die Medikalisierungsdynamiken wesentlich zu beeinflussen. So werden die Mächte der Biopolitik weiter in die Körper der Patienten getragen und so neue Fragen aufgeworfen. Die Frage nach der Selbstbestimmung der Patienten werde so schwieriger zu beantworten (vgl. Daele 2009, 67; Wehling 2008, 269). Die Betrachtung der verschiedenen AkteurInnen im Sinne der Foucaultschen Biopolitik zeigt, dass Fragen der Selbstbestimmung, Eigenverantwortlichkeit und Subjektivität weiter verschwimmen. Die Profitinteressen der Pharmaindustrie sind nicht als ursächlich dafür zu sehen, dass immer mehr Männer zu Potenzmitteln greifen. Es scheint als drängen die ‚Interessen‘ der Biopolitik immer weiter in die Körper der Menschen ein und werden schwieriger zu unterscheiden von AkteurInnen, welche Biopolitik ausüben. Man kann zwar verschiedene Interessen identifizieren, diese wirken doch aber zusammen im Körper der Menschen und werden somit in ihrer Ursächlichkeit diffus. Ohne Analyse der Wirkung, stellen sich die AkteurInnen der

Medikalisierung der erektilen Dysfunktion deutlich dar: die gewinnorientierte Pharmaindustrie, ÄrztInnen, welche ihr eigenes Territorium sichern wollen, die Medien, welche eine möglichst große Reichweite erlangen wollen, Patienten, die im Sinne von Machbarkeit und Performanz handeln und Krankenversicherer, die versuchen in ihren Augen unnötige Ausgaben zu vermeiden.

Die Pharmaindustrie kann mit ihren Bemühungen wohl zufrieden sein und hat es bei der erektilen Dysfunktion geschafft, diese fest im Alltags(er)leben der Menschen zu etablieren. Weitere Möglichkeiten befinden sich in der stärkeren Ausweitung von Definitionen, die dann etwa zu einer prä-erektilen Dysfunktion oder der prophylaktischen Einnahme von Potenzmitteln wie Viagra führen könnten (vgl. Potts et al. 2003, 711; Wehling 2008, 555). “Finally, in considering the latest trends in pharmaceutical advertising, it is easy to also blame the pharmaceutical industry (Pfizer specifically) for Viagra’s popularity and the further medicalization of ED” (Carpiano 2001, 446f.). Jedoch seien die Ausgaben für Viagra im Vergleich zu anderen Medikamenten, etwa gegen Allergie oder Genitalherpes, gering. Eher seien die Massenmedien sowie Mund-zu-Mund-Propaganda für das Bekanntwerden des Medikaments verantwortlich gewesen (vgl. ebd., 447).

ÄrztInnen, mit besonderem Fokus auf die Urologie, scheinen beim Thema der erektilen Dysfunktion mehr und mehr zu Gatekeepern zu werden (vgl. Conrad 2007, 133; Eisenmenger 2004a, 114). In der Definition der Impotenz als erektile Dysfunktion hätte der Berufsstand der UrologInnen noch eine Rolle gespielt (vgl. Carpiano 2001, 445). Aktuell scheint es, dass ÄrztInnen unkritischer bei der Ausgabe von Rezepten sein und weniger nach alternativen, nicht populären Behandlungsmethoden suchen. Einen Weg aus dieser Rolle beschreibt ein österreichischer Urologe: das Einnehmen einer ganzheitlichen Sicht auf physische, psychische, soziale und weitere. Faktoren, würden nicht bloß Patienten sondern auch den UrologInnen dabei helfen Bedeutung zurückzuerlangen (vgl. Eisenmenger 2004a, 4). In der Diskussion um die Andropause zeigen sich weitere Möglichkeiten den ärztlichen Stand in seiner Bedeutung zu stärken (vgl. Eisenmenger 2004b, 179).

Die Medien dienen zum einen als Vehikel für die Vermarktung der erektilen Dysfunktion und zum anderen dient die erektile Dysfunktion den Medien als Möglichkeit Themen über Sexualität und Körperlichkeit behandeln zu können. Theoretisch könnten die Medien auch ein kritisches Bild der Medikalisierung der erektilen Dysfunktion schaffen, was jedoch in den untersuchten Artikeln nicht zum Ausdruck kam.

So stehen also die Patienten vor einem vordefinierten Weg mit Problemen umzugehen. Die Suche nach Alternativen wird den Männern abgenommen. Die Fähigkeit zum penetrativen Sex

wird eine Voraussetzung für Männlichkeit. Vor allem jüngere Männer würden in einer erektilen Dysfunktion ein Problem, wobei ältere Männer gelassener mit dem Thema umgingen (vgl. Rieder 2003, 30). Ursprünglich wurde der Nutzen und Gebrauch von Viagra für ältere Männer angepriesen, was sich jedoch im Laufe der Zeit gewandelt hat und die Altersspanne nun wesentlich größer ist. Die Medikalisierung der erektilen Dysfunktion, besonders die Verbreitung von Viagra, hat auch dazu geführt Stigmatisierungspotenziale abzubauen und so eine öffentliche Diskussion zu ermöglichen (vgl. Conrad 2007, 44). Dabei würden immer mehr Menschen Teil eines biomedizinischen Diskurses, welche eigenverantwortlich Diagnosen und Behandlungen der biomedizinischen Forschung verlangen würden (vgl. Fishman/Mamo 2002, 181).

Damit zu kämpfen haben letztlich auch die Krankenversicherer, welche nach Kosteneffizienz streben und somit unnötige Ausgaben, welche nicht der Wiederherstellung von Gesundheit dienen, vermeiden möchten (vgl. Carpiano 2001, 446). Dies zeigt auch, dass sich Definitionen von Krankheit und Gesundheit ändern, nicht bloß in der Wahrnehmung von Menschen, sondern in tatsächlichen Definitionen etwa seitens der Krankenkassen oder Gesetzgeber. Die zwei Urteile des Obersten Gerichtshofs Österreich zeigen den Umgang mit diffuser werdenden Definitionen von Krankheit und Gesundheit (Oberster Gerichtshof Österreich 2006; Oberster Gerichtshof Österreich 2004).

Die Wirkweisen sind jedoch letztlich nicht auf die einzelnen AkteurInnen aufgeteilt zu sehen, sondern im Sinne von Interdependenzen, welche unabdingbar wirken. Interessant sind die Auswirkungen, welche die Medikalisierung der erektilen Dysfunktion auf das alltägliche (Er)Leben der Menschen hat. Zuerst steht der Körper im Fokus und die Etablierung der Unterscheidung zwischen Körper und Geist (vgl. Baglia 2005, 96). Das Alter(n) und Männlichkeit werden in ein neues Licht (besser: Lichter) gerückt (vgl. Vainionpää 2006, 9). Auch Sexualität ist betroffen, da die Penetration durch den Mann als Normalzustand und quasi optionslos dargestellt werde (vgl. Potts et al. 2003, 714). ‚Auf den Punkt gebracht‘: Das Altern wird weniger wünschenswert, die Männlichkeit porös und nicht-penetrativer Sex fragwürdig (vgl. Johnson/Åsberg 2012, 47).

Interessant ist der Ansatz von Carpiano (2001), welcher zwischen aktiver und passiver Medikalisierung unterscheidet. Er konzentriert sich auf die Medikalisierung der erektilen Dysfunktion mittels Viagra und sieht dort das Gesundheitswesen, Versicherer, ÄrztInnen (speziell UrologInnen), sowie die Biomedizin auf Seiten der Akteure, welche Gesundheitsthemen zu ihren Fachkompetenzen zählen. Auf der anderen Seite sieht er die Patienten, Medien - insbesondere die Werbung-, die Pharmaindustrie sowie kulturelle Normen

als Akteure an, welche zu einer Form der passiven Medikalisierung führen. Passive Medikalisierung meint hier die Unfähigkeit und Uneinigkeit des Gesundheitsversorgungssystems, wie mit dem Phänomen der Medikalisierung der erektilen Dysfunktion mittels Viagra umzugehen ist. Passive Medikalisierung also als Uneinigkeit über Art und Weise der Ausübung sozialer Kontrolle seitens der Akteure des Gesundheitsversorgungssystems (besonders Versicherer, ÄrztInnen, staatliche Gesundheitsbehörden). Carpiano (2001) sieht das Versagen der Medizin in der Debatte um die erektile Dysfunktion in fehlenden Standards zu einer 'normalen' Erektion, was dazu führe, dass andere soziale Faktoren, wie etwa durch Werbung oder Peergroups geprägte Vorstellungen die Entscheidung des Mannes (oder des Partners oder der Partnerin) beeinflussen, ob eine erektile Dysfunktion vorliege (vgl. ebd., 442ff.).

Dies steht neben dem Charakter der Biopolitik, welche "das politische Subjekt selbst transformiert und neue Identitätsformen durchsetzt" (Daele 2005, 54). So ist also nicht bloß der Mann, welcher unter erektile Dysfunktion leidet Gegenstand von Kräften/Mächten, die auf ihn einwirken und Kontrolle ausüben, sondern eben auch die Kontrollinstanzen selbst. So ist möglicherweise auch die veränderte Rolle von ÄrztInnen eben Ursache und Folge der Medikalisierung der erektilen Dysfunktion.

Ein Problem zu haben, dessen Lösung direkt verfügbar ist, ist relativ gesehen ein angenehmes Problem. Im Zuge der ‚Neoliberalisierung‘ von Diskursen wird Potenzial und Machbarkeit eine bedeutende Rolle zugeschrieben. Vergleichbare Entwicklungen zeigen sich auch in der Debatte um die Andropause, welche in einem Schlussteil zusammengeführt werden.

Der Mensch werde immer mehr zum zielmäßig konstruierten Wesen, was nicht zuletzt an den Entwicklungen in der Biomedizin liege (vgl. Wehling et al. 2007, 548). Jedoch seien nicht bloß technische Fortschritte Ursachen dieser Entwicklung: „Hinzu kommen vielmehr eine Reihe sozialer, kultureller und wirtschaftlicher Faktoren und Kontexte, welche die Nutzung und (Weiter-)Entwicklung dieser technischen Möglichkeiten beeinflussen und in bestimmte Richtungen lenken“ (ebd., 549).

Der Punkt, welcher in dieser Arbeit und der Medikalisierung der erektilen Dysfunktion weniger beachtet wurde ist die Sichtweise der PartnerInnen. Eine interessante Studie haben Potts et al. (2003) publiziert, welche die Einstellungen von Frauen, deren Männer Viagra einnehmen, untersucht. So sei die Einstellungen der Partnerinnen gegenüber Viagra oder anderen Potenzmitteln generell positiv. Negative Aspekte seien eine unerwünschte Zunahme an Sex, da eine Tablette nicht für einmaligen Sex ‚verschwendet‘ werden solle und physische Beanspruchung durch langanhaltenden Sex. Auch sei ein verändertes Sexleben, ausgelöst durch

die Einnahme von Potenzmitteln, nicht immer von den Partnerinnen gewünscht (vgl. ebd., 704ff.).

7 Medikalisierung der Andropause

„Die Wechseljahre des Mannes sind eine Krankheitserfindung. Daran beteiligt sind auch Marketingunternehmen. Eines rühmte sich auf seiner Website: ‚Das Hormontief des Mannes – Mit PR eine neue Indikation begründet‘“ (Schott 2015, 181).

Wie mehrfach erwähnt, geht es in dieser Arbeit nicht darum ob es sich bei einer Krankheit um eine ‚echte‘ oder eine ‚erfundene‘ handelt. Das Zitat von Schott (2015) zeigt jedoch das Potenzial, welches in der Diskussion um die Andropause steckt, sowie Hinweise auf die ‚Entwicklungsstufe‘ der Medikalisierung der Andropause. Die Andropause befindet sich im Vergleich zu der erektilen Dysfunktion auf einer niedrigeren ‚Entwicklungsstufe‘ der Medikalisierung. Dies zeigte sich schon im Vorfeld dieser Arbeit, bei der die Erwähnung der erektilen Dysfunktion Verständnis hervorrief, jedoch die Andropause den allermeisten Personen unbekannt war und erst durch die Definition als „Wechseljahre des Mannes“ erklärt werden konnte. Typische Antworten waren dann: „Sowas gibt’s?“. Glaub man verschiedenen AkteurInnen gibt es diese. Ziel ist es diese AkteurInnen zu identifizieren und anschließend deren Wechselwirkungen und Zusammenhänge sowie die Verknüpfungen mit der Foucaultschen Biopolitik darzustellen.

Andropause ist dabei nicht der einzige Begriff, der in der Diskussion benutzt wird. Andere häufiger benutzte Begriffe sind „PADAM“ bzw. „Klimakterium virile“ (vgl. Conrad 2007, 30; Rieder 2003, 26). „PADAM“ steht für „partial androgen deficiency in aging males“ (Conrad 2007, 30) und ist somit abgegrenzt zu „ADAM“, welche den nicht bloß partiellen Mangel an Sexualhormonen meint (vgl. ebd.). Der Pharmakonzern Jenapharm behauptete, konfrontiert mit der Aussage neuartige Krankheitsbilder zu schaffen, um den Absatzmarkt für bestehende Medikamente zu vergrößern: „Alle (unsere) Aussagen beziehen sich auf das von medizinischen Fachkreisen anerkannte Krankheitsbild des männlichen Hypogonadismus und auf die zugelassene Indikation unserer Testosteronpräparate, wie sie in den jeweiligen Produktinformationen angegeben ist“ (BR Data 2015). Die Prävalanz von Hypogonadismus unter den 60- bis 80-jährigen betrage in Deutschland ca. 20%. Unter den 40- bis 60-jährigen seien es ca. 7% (vgl. Köhn 2004, 1572f.). Die Zahlen für ein PADAM (also einen partiellen Hypogonadismus) liegen entsprechend niedriger Grenzwerte höher (vgl. ebd., 1573). Die PR-Agentur CGC wirbt mit der erfolgreichen Bewerbung der Andropause: „Das Hormontief des

Mannes – Mit PR eine neue Indikation begründet“ (BR Data 2015), wobei über einen Zeitraum von drei Jahren Aufmerksamkeit für das Thema geschaffen worden sei, diese als Krankheit, welche Behandlung benötige, dargestellt und UrologInnen in den Fokus der Behandlung gerückt worden (vgl. ebd.). Der Blogeintrag ist, wohl auch da er öfter in verschiedenen Medienartikeln aufgetaucht ist, nicht mehr online abrufbar und auch nicht über Internetarchive wiederzufinden. Doch wo liegt der Ursprung der Debatte um die Andropause? Dies soll nun in einem kurzen Abschnitt dargestellt werden, bevor es zur Darstellung der AkteurInnen kommt.

7.1 Geschichte

Die Geschichte der Andropause ist schneller erzählt als die der erektilen Dysfunktion. Die Andropause befinde sich seit den 1990er bis 2000er Jahren in einer Phase der ‚Wiederentdeckung‘. Das heutige Konzept der Andropause sei etwa bis in die 2000er Jahre nicht in der Form benutzt worden (vgl. Vainionpää/Topo 2005, 845). Dies spiegelt sich auch in der gefundenen Literatur wider. Die Suche nach „andropause“ + „geschichte“ liefert bei Google Scholar 95 Treffer und in dem Bibliothekskatalog der Universität Wien 8, englische Suchbegriffe „andropause“ + „history“ liefern 4.160 respektive 18 Treffer. Nicht nur im Vergleich zur erektilen Dysfunktion sind diese Zahlen sehr gering. Die Suche nach „erektiler dysfunktion“ + „geschichte“ ergab 380 Treffer bei Google Scholar und 4 Treffer im Bibliothekskatalog der Universität Wien. Die englischen Suchbegriffe „erectile dysfunction“ + „history“ führten zu 55.400 Treffern bei Google Scholar und 977 im Bibliothekskatalog.

Erste Erwähnung soll das allgemeine Konzept der Andropause in Debatten der inneren Medizin im China des 16. Jhd. gefunden haben. Auch über den US-amerikanischen Autor Ernest Hemingway gäbe es Berichte, dieser habe Testosteron benutzt, um abnehmende Kraft und Libido in der letzten Dekade seines Lebens zu verbessern (vgl. Morley 2001, 263).

Im westeuropäischen Raum habe besonders der Nervenarzt Kurt Mendel zu Beginn des 20. Jhd. zu der Debatte um die Andropause, welche er als männliches Klimakterium bezeichnete, beitragen. Die ‚Erfindung‘ der Andropause verortet Hofer (2011) somit im Übergang vom 19. zum 20. Jhd. Aber nicht nur Kurt Mendel sondern auch andere Forscher in Wien, Berlin, London, Chicago und Paris hätten Konzepte der Andropause erforscht und diskutiert (vgl. ebd., 839ff.). Schon damals habe es auch kritische Stimmen in Bezug auf die Andropause gegeben, welche nicht bloß die Vorzüge von etwa Testosteronpräparaten sah und somit zu einer kritischen wissenschaftlichen Diskussion des Phänomens beitragen. Die gesamte Debatte um die Andropause sei jedoch in den nächsten Jahrzehnten abgeklungen und erst wieder um 1990 herum erneut entfacht worden. Die historische Betrachtung zeige auch die Zeitabhängigkeit derartiger Debatten, da die Debatte zu Zeiten Mendels nicht eins zu eins auf die heutige Debatte

übertragen werden könne, das „Verhältnis von Medizin, Altern und Männlichkeit“ (ebd., 845) sei stets auf neue und andere Art und Weise begriffen und diskutiert worden (vgl. ebd.).

Bis in die 2000er Jahre sei der Begriff der Andropause in wissenschaftlichen Artikeln nicht benutzt worden (vgl. Vainionpää/Topo 2005, 845). In den 1980ern und 90ern sei lediglich der Begriff des ‚male climacteric symptoms‘ gebräuchlich gewesen, jedoch keine auslösenden Faktoren erwähnt worden (vgl. ebd.). Trotzdem seien Behandlungen mit entsprechenden Medikamenten durchgeführt worden, etwa um Konzentrationsschwierigkeiten, Müdigkeitszustände, nachlassende Gedächtnisleistung oder abrupten Änderungen der Stimmung entgegenzuwirken (vgl. ebd., 845ff.). Die Behandlung von Hypogonadismus mittels der Injektion von Testosteronpräparaten sei seit den 1950er Jahren gebräuchlich (vgl. Nieschlag 2004, 409). Die Entwicklung neuartiger Behandlungsmethoden habe jedoch dazu geführt die Akzeptanz unter Patienten zu gewährleisten (vgl. ebd.). Man sieht also, dass der Begriff der Andropause noch nicht in den Diskurs getragen wurde, jedoch schon Behandlungen für Symptome, welche der Andropause zugerechnet werden, stattfanden. Ab den 2000ern sei der Begriff in der wissenschaftlichen Literatur populär gemacht worden und Risikofaktoren wie etwa Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum und ein zu geringes Maß an körperlicher Betätigung aber auch Erkrankungen genannt. Die Texte seien in ihren Definitionen noch sehr schwammig gewesen, wobei die Mehrheit einen Hypogonadismus, der sich im Zuge von Altersprozessen herausbildet, vorhanden sah (vgl. Vainionpää/Topo 2005, 846f.). Der Begriff des Hypogonadismus bezeichnet im Kern eine Funktionseinschränkung der Hoden, welche zu einem Testosteronmangel führt (vgl. Köhn 2004, 1563). In den späten 1990er Jahren habe sich auch die Andrologie als legitime Sparte der Medizin herausgebildet, welche bei Beschwerden älterer Männer helfen könne. So sei eine Analogie zwischen der männlichen Andropause und der weiblichen Menopause, welche bereits fest etabliert war, geschaffen worden (vgl. Vainionpää/Topo 2005, 852f.). Anzumerken ist, dass auch Mendel schon die Analogie zur Menopause geschaffen hatte, wie aber bereits erwähnt, diese Debatte nach einigen Jahrzehnten wieder eingeschlafen sei (vgl. Hofer 2011, 840). In den 1990ern sei das Novum Andropause und das Fehlen von Richtlinien zur Behandlung und mögliche Auswirkungen thematisiert worden (vgl. Vainionpää/Topo 2005, 853). Deshalb sei, wenn Testosteron verabreicht wurde, empfohlen worden, dies über einen kurzen Zeitraum zu machen, da besonders die Langzeitfolgen nicht erforscht wären (vgl. ebd.).

Die Verwendung von Testosteronpräparaten hat also eine längere Geschichte als die Andropause. Populär sei die Verwendung solcher Präparate vor allem im Leistungssport und der Bodybuilding-Szene (vgl. Plewig/Kligman 1993, 352; Melnik et al. 2007, 110; Nieschlag

1992, 68). Dort geschieht sie jedoch ohne ärztliche Aufsicht und mittels eines illegalen Marktes für die benötigten Substanzen. Wie wurde nun der Zustand der Andropause geschaffen, dessen Behandlung in einer Testosteronersatztherapie bestehen kann? Die Identifikation der AkteurInnen stellt sich in diesem Fall als komplizierter heraus als bei der erektilen Dysfunktion, da es sich bei der Andropause um ein jüngeres Phänomen handelt, welches nicht in dem Umfang wie die erektile Dysfunktion und die Einnahme von Viagra und deren Treiber beforscht wurde.

Wichtig ist die Definition der Andropause von der des Hypogonadismus zu trennen. Beim Hypogonadismus handelt es sich um einen Testosteronmangel, der durch eine verminderte Testosteronproduktion im Hoden definiert ist. Die Ursachen dafür können im Hoden an sich, in der Hypophyse oder im Hypothalamus liegen (vgl. Köhn 2004, 1563). Beim Vorliegen eines Hypogonadismus werde zu einer Testosteronersatztherapie geraten, welche eine Normalisierung des Testosteronspiegels bewirke. Daraus folge eine verbesserte Libido, sowie ein besseres Stimmungsbild und insgesamt ein Mehr an Aktivität und Vitalität. Zusätzlich nehme die Muskelmasse „deutlich“ zu, der Körperfettanteil sinke, die Knochendichte steige und die Haardichte könne sich erhöhen. Bei dieser Form der Therapie würden regelmäßige Kontrolluntersuchungen empfohlen (vgl. ebd., 1577). Das Auftreten von vermehrter Akne sei vor allem bei der Vergabe von Testosteron an gesunde Männer zu beobachten, bei Männern mit Hypogonadismus jedoch nur selten. Auch andere seltene Nebenwirkungen, wie etwa Aphthen der Mundschleimhaut seien ebenfalls nur bei der Therapie gesunder Männer beobachtet worden (vgl. ebd., 1580). Die Mehrzahl der Studien, welche die Testosterontherapie bei dem Phänomen der Andropause diskutierten, sähen die Notwendigkeit von Langzeitstudien und gäben derzeit keine Empfehlung zu dieser Art von Behandlungen bei den Symptomen, welche mit der Andropause assoziiert seien (vgl. Hijazi/Cunningham 2005; Wespes et al. 2002). Im Laufe der folgenden Seiten wird sich zeigen, dass die Unterscheidung der Andropause von einem Hypogonadismus wichtig ist, da auch die Vermarktung der Andropause von unklaren Begrifflichkeiten profitiert.

7.2 AkteurInnen

7.2.1 Patienten

Durch demographische Entwicklungen in Westeuropa und Österreich, sei davon auszugehen, dass mehr Personen von Symptomen einer Andropause betroffen seien (vgl. Rieder 2003, 30). Das subjektive Empfinden der Patienten in Bezug auf Erfolg oder Nicht-Erfolg einer Hormonersatztherapie widerspreche dem Anspruch einer evidenzbasierten Medizin. Erfolg werde so zu einer diskursiven Sache, welche auch in der Beziehung zwischen ÄrztInnen und

Patienten verhandelt werde (vgl. Vainionpää/Topo 2005, 854). Keshtkaran et al. (2013) beschreiben die Andropause als ein Phänomen, welches Männer die Möglichkeit biete, gewisse Unsicherheiten und Ängste in ihrer Biographie einordnen zu können. Jedoch seien, wie auch eingangs erwähnt, noch wenig Informationen in Form von Büchern oder Artikeln vorhanden (ebd., 43).

Die Frage nach der Existenz der Andropause würden „zahlreiche Arzneimittelhersteller, UrologInnen, PsychologInnen und ApothekerInnen“ (Salzmann 2016, 9) bejahen. Ebenso wie bei der erektilen Dysfunktion würden Selbsttest im Internet existieren, welchen Menschen die Möglichkeit geben, sich selbst eine Diagnose der Andropause zu geben. Diese würden begleitend zu Werbung und Vorschlägen von Therapiemöglichkeiten auftreten. Eine Kausalkette laufe nach dem Prinzip: „Sexuelle Probleme = Hormonmangel = Andropause/Wechseljahre des Mannes = Lösung durch Substitution“ (ebd.). Dabei seien die Symptome sehr uneindeutig und nicht unbedingt einem niedrigen Testosteronspiegel zuzurechnen (vgl. ebd.).

Laut Keshtkaran (2013) habe der Großteil der Personen, welche mit Fragebögen zur Andropause oder dem Thema an sich konfrontiert wurde, geglaubt, dass es sich um ein falsches und schambehaftetes Thema handle (vgl. ebd., 48). Demnach seien die Einstellungen mit denen gegenüber der Menopause vor etwa 30 Jahren vergleichbar, als diese noch kritisch beäugt worden sei (vgl. ebd.). Harrison (in Keshtkaran et al. 2013) schlage vor, einen „Champion“, also eine Identifikationsfigur, zu nutzen, um Männern dabei zu helfen die Ignoranz und Angst vor der Andropause und vor allem dessen Diskussion zu bekämpfen (vgl. ebd., 48). Dies erinnert doch stark an Figuren wie Bob Dole oder US-amerikanische Baseballprofis, welche schon in der Debatte um Viagra Einsatz durch den Pharmakonzern Pfizer fanden um dessen Popularität zu verbreiten. Die Feststellung von Keshtkaran et al. ist auch in den Ergebnissen einer Studie von Novák et al. (2002) zu finden. Dort habe die Fokusgruppe der Patienten bestätigt, dass trotz negativer Effekte eines niedrigen Testosteronspiegels, ein Unwille bestehe, den Zustand mit Peers zu besprechen. In der Folge könne dies zu einer verspäteten Suche nach Rat und Hilfe etwa bei ÄrztInnen führen (vgl. ebd., 235).

Im Feld der Popularisierung von Krankheitsbildern helfe es Tabuthemen zu thematisieren, da hier oftmals nicht zuerst der Gang zum Facharzt angetreten werde, sondern eine Form der Selbstmedikalisierung durch Quellen im Internet und leicht verständlichen „populärmedizinischen“ Zeitschriften stattfinde (vgl. Salzmann 2016, 10).

Eine Studie in Hong Kong habe gezeigt, dass 88,2 % der Befragten daran glaubten, Andropause sei ein natürlicher Prozess des Älterwerdens (vgl. Keshtkaran et al. 2013, 43). Eine Studie in

Singapur habe zum Ergebnis gehabt, dass 80% der Befragten zum Thema Andropause gerne mehr Informationen haben würden (vgl. ebd., 43f.). In Schweden habe eine Studie herausgefunden, dass 65,4% von ‚male climacteric‘ (was heutzutage als Andropause bezeichnet wird) gehört hätten und 42,2% an dessen Existenz glaubten, jedoch nur 3% medizinischen Rat gesucht hätten (vgl. ebd., 49).

In Österreich fühle sich die Hälfte der Männer einer Befragung gut informiert in Gesundheitsfragen. Mehr Informationen zur Andropause wünschten sich 32,6% der Befragten, was hinter Impotenz, gesundem Lebensstil und der Prävention von Herzerkrankungen den vierten Platz einnahm. Dabei glaubten 71,5% der Befragten, dass auch Männer unter Symptomen litten, ähnlich zu denen der Menopause. Jedoch könnte hier nicht bloß die Pharmaindustrie sowie Labore profitieren, sondern auch ÄrztInnen wie etwa UrologInnen, da 56,6% der Männer zu einem spezifisch-ausgebildeten Arzt für Männergesundheit gehen würden. Zumal die Notwendigkeit von Eigeninitiative in Gesundheitsfragen allgemein akzeptiert sei (vgl. Rieder 2003, 28). Hier eröffnen sich also gute Möglichkeiten der Vermarktung einer solchen Krankheit. So sind auch staatliche Gesundheitsinstitutionen und Krankenversicherer gefragt, dem Interesse der Männer Rechnung zu tragen und sie mit Informationen zu versorgen. Wichtig hierbei wäre natürlich eine wissenschaftliche Fundierung der Informationen ohne etwa Interessen der Pharmaindustrie, Laboren oder ÄrztInnen, welche monetäre Interessen haben, zu vertreten und somit die Patienten im Sinne einer echten (und somit auch kritischen) Gesundheitskompetenz zu begleiten.

Der Einfluss der Andropause auf die Lebensqualität liefere wichtige Hinweise im Umgang mit dieser. So könnte eine Einschätzung der Wichtigkeit einer Auseinandersetzung mit der Andropause etwa seitens staatlicher Gesundheitsbehörden stattfinden. Jedoch gebe es bis dato nur wenige „Andropause-spezifische Instrumentarien zur Untersuchung der Lebensqualität“ (ebd., 29), jedoch würden derzeit einige entwickelt werden. Durchgeführte Untersuchungen, würden zeigen, dass die Betroffenen, welche das Gefühl gehabt hätten über weniger Energie zu verfügen und ein eingeschränktes Sexualleben zu haben, einen Einfluss eines niedrigen Testosteronspiegels auf ihre Lebensqualität angeben. Ein Gefühl von einem Mehr an Energie sei nach einer Hormonersatztherapie aufgetreten und in geringem Maße Verbesserung der Libido sowie von Erektionsfähigkeit (vgl. ebd., 30). Eine andere Studie berichtet bei Patienten positive Auswirkungen auf „Libido, Muskel, Knochen und Gedächtnis“ (ebd.). Die Mehrheit der Männer glaube an die Möglichkeit der Existenz einer Andropause, wobei „das Problembewußtsein in diesem Bereich noch Defizite aufweist“ (ebd., 31). Zudem sei der

Leidensdruck von Männern geringer als bei Frauen, betrachte man Selbstaussagen zum empfundenen Gesundheitszustand (vgl. ebd., 29ff.).

Immer mehr alte Männer würden eine Testosteronersatztherapie verordnet bekommen, aufgrund des vergänglichen Phänomens der Andropause. So erscheine Testosteron hauptsächlich als eine „quality of life drug“ (Tariq et al. 2005, 81). Interessant ist, dass Symptome der Andropause teilweise auf Placebo-Effekte ansprechen würden (vgl. ebd.). Hier wäre es als Aufgabe der Andrologie bzw. der Urologie, diese Placebo-Effekt (etwa ein offenes Ohr haben, Probleme besprechen etc.) zu identifizieren und so Symptomen der Andropause entgegenwirken zu können.

Ein von Vainionpää und Topo (2005) zitierter Artikel spreche von der Notwendigkeit den normalen Prozess des Alterns zu akzeptieren. So solle der Umgang mit den Symptomen ohne Medikamente gesucht werden, etwa durch körperliche Tätigkeit, der Umstellung auf eine gesündere Ernährungsweise, der Gewichtsreduzierung oder dem Aufgeben des Rauchens (vgl. ebd., 848).

7.2.2 ÄrztInnen

„Es gibt keine Andropause“ Prof. Dr. Günter Stalla (Jeanne Turczynski und Johannes von Creytz 2016).

„Die Andropause als solches gibt es nicht“ Prof. Dr. med. Martin Reincke (ebd.).

Die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie zieht das Fazit: „Es gibt keine ‚Wechseljahre‘ beim Mann“ (Ärzteblatt 2015). In Deutschland würden nur „drei bis fünf Prozent der Männer über 60 Jahre unter einem echten Testosteronmangel“ (ebd.) leiden. Es gebe zwar eine Notwendigkeit der Behandlung von Hypogonadismus, aber nicht einer sog. Andropause (vgl. ebd.). Anders sei die Meinung niedergelassener ÄrztInnen, welche Symptome einer Andropause als Beweis für ein Vorliegen des Phänomens sähen und diese mit Testosteronpräparaten behandeln würden (vgl. Salzmann 2016, 9). Verschiedene Studien hätten gezeigt, dass es unter Angehörigen der Gesundheitsberufe ein geringes Maß an Bewusstsein gegenüber der Andropause gebe (vgl. Keshtkaran et al. 2013, 43). Eine Studie unter Finnischen ÄrztInnen habe gezeigt, dass eine freizügigere Diagnose und Behandlung von niedrigen Testosteronwerte bestehe. So stünden ÄrztInnen nicht bloß in der Verantwortung der ‚Gesundmachung‘ sondern auch des Enhancement (vgl. Vainionpää 2006, 49). Der Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Debatte sei eher, dass derartige Symptome zu einem natürlichen Alterungsprozess dazugehörten und zum Leben dazugehörten wie psychische und soziale Krisen (vgl. Salzmann 2016, 10). Bei Diskussionen um die Behandlung der Andropause

sollten Lebensstilfragen und psychosoziale Faktoren in die mögliche Behandlung der Symptome mit einfließen (vgl. Vainionpää/Topo 2005, 848).

Die Entwicklung der Medikalisierung der Andropause ist, wie bereits erwähnt, auf einem niedrigeren Entwicklungsstand als die der erektilen Dysfunktion. Daher ist eine Hypothese, dass ÄrztInnen eine größere Rolle spielen, da diese mittels Informationsmaterial von Pharmakonzernen Aufmerksamkeit schaffen können. Zudem sieht man an der Debatte zur Medikalisierung der Andropause, dass nicht nur Ärzte, sondern auch medizinischen Labore ein Interesse daran haben die Andropause als eine Krankheit zu definieren. Nicht die Testosteronpräparate seien, womit sich viel Geld verdienen lasse, sondern vor allem auch die Laboruntersuchungen. Diese würden zum einem der Testung auf einen Testosteronmangel dienen und dann in Folge einer andauernden Reihe von Tests, welche die Gabe von Testosteronpräparaten begleiten müssten. Die Verschreibung und Verabreichung von Testosteronpräparaten sei also bloß ein Teil eines Systems an aufeinander folgenden Behandlungsschritten, wie etwa der Bestimmung genetischer Risikofaktoren (vgl. Reincke 2016).

Interesse an der Kenntnisnahme des Phänomens der Andropause dürften auch VertreterInnen der Andrologie haben. Hierbei handelt es sich um Fachbereich, welcher komplementär zur Gynäkologie steht und sich mit Themen der ‚Männergesundheit‘ befasse (vgl. Wöllmann 2004, 256). Dies bedeute den männlichen Körper als einen biologischen Geschlechtskörper zu sehen und nicht mehr den weiblichen Körper „als das zu medikalisierende ‚Andere‘ zu setzen“ (ebd.). Insofern wird hier also eine Angleichung der Geschlechterbedeutungen vollzogen.

Eine starke Rolle in der Medikalisierung der Andropause spielen Anwendungsbeobachtungen (vgl. Grill 2016). Dabei handelt es sich um die Auswertung von Wirksamkeit der Vergabe von Medikamenten an PatientInnen: „Nach § 67 Abs. 6 des [deutschen] Arzneimittelgesetzes (AMG) sind Anwendungsbeobachtungen [...] ‚Untersuchungen, die dazu bestimmt sind, Erkenntnisse bei der Anwendung zugelassener Arzneimittel zu sammeln““ (Mey 2000, 56). Es würden also bereits zugelassene Arzneimitteln für zugelassene Indikationen getestet werden (vgl. ebd.). Mey (2000) spricht auch von „‚Post-marketing‘-Studien“ (ebd., 56). Dabei erhalte die Ärztin oder der Arzt pro PatientIn ein Honorar von dem entsprechenden Pharmahersteller. Der Ablauf sei meist so, dass ein Pharmareferent die Ärztin oder den Arzt in dessen Praxis besuche und nach Interesse an Teilnahme an einer Anwendungsbeobachtung für ein bestimmtes Medikament frage (vgl. Grill 2016). Kosten für die Medikamente würden von den Krankenversicherungen übernommen und die ÄrztInnen schickten nun Formulare an die Pharmaunternehmen, die etwa Auskunft über Verträglichkeit des Medikaments geben würden.

Mehrwert würden diese Daten nicht bieten, da ÄrztInnen gesetzlich dazu angehalten seien Auffälligkeiten und Nebenwirkungen bei staatlichen Instituten zu melden. Auftretende Komplikationen mit bereits zugelassenen Medikamenten werden also auch ohne Anwendungsbeobachtungen systematisch erkannt und erfasst. So wird Prof. Dr. Jürgen Windeler in Grill (2016) zitiert, welcher das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, eine Institution zur Qualitätssicherung in der Krankenversorgung, leitet: „Diese Studien sind wissenschaftlich wertlos.[...] Sie liefern uns keinerlei Informationen über den Nutzen und die Wirksamkeit eines Medikaments. Deshalb schauen wir sie uns auch nicht an“ (ebd.). Dabei handele es sich bei den meisten ‚getesteten‘ Medikamenten nicht um neuartige mit neuartigem Anwendungsfeld, sondern um Analogpräparate, welche in sehr ähnlicher oder gleicher Weise schon seit längerer Zeit benutzt würden und damit deren Wirksamkeit oder Unwirksamkeit bewiesen sei. Dies ließe auf eine Scheintestung schließen und erhärte somit den Verdacht gegen die Anwendungsbeobachtungen als ‚legalisierte Bestechung‘(vgl. ebd.). So sagt Karl Lauterbach, Mediziner, SPD-Politiker und Mitglied des Deutschen Bundestages: „Es ist ganz klar Ziel der Pharmaindustrie, über diese Anwendungsbeobachtungen Patienten zu rekrutieren [...] Wenn ein Arzt zwei Produkte zur Wahl hat, dann entscheidet er sich häufig für jenes, wo er die Anwendungsbeobachtung durchführen kann, weil er dann ein Zusatzeinkommen hat [...] Der Patient bekommt nicht das Produkt, das besser für ihn wäre, sondern das, an dem der Arzt besser verdient“ (ebd.). Durchschnittlich habe eine Ärztin bzw. ein Arzt im Jahr 2014 669 Euro pro PatientIn im Rahmen von Anwendungsbeobachtungen erhalten. Im Zeitraum von 2009 bis 2014 habe dieser Wert bei 474 Euro pro PatientIn gelegen. Insgesamt betrage das Gesamtbudget von Pharmakonzernen für Anwendungsbeobachten in Deutschland etwa 100 Millionen Euro pro Jahr (vgl. ebd.).

7.2.3 Pharmaindustrie

Viele Punkte in Bezug auf die Pharmaindustrie wurden schon in vorangegangenen Gliederungspunkten behandelt. Dies liegt in den starken Interdependenzen, welche zwischen AkteurInnen existieren. Als Akteure sieht Salzmann (2016) „hormonproduzierende Firmen [und] Meinungsforschungsinstitute, Werbeagenturen, PR-Unternehmen, UniversitätsprofessorInnen und JournalistInnen“ (ebd., 9). In den USA sei der Markt für Testosteronpräparate von 2009 bis 2012 um bis zu 65%. In Deutschland habe sich Vergabe von Tagesdosen in den Jahren 2008 bis 2012 um 5,3 Millionen auf 13 Millionen erhöht (vgl. ebd.).

Als ein Beispiel von Pharmafirmen, welche die Andropause bewerben, soll hier die Firma Vitabasix dienen. Hierbei handelt es sich um einen Pharmakonzern, der Produkte auf

hormoneller, sowie pflanzlicher Basis zur Behandlung von Alterungserscheinungen (Anti-Aging-Produkte) sowie Nahrungsergänzungsmittel herstellt (vgl. Vitabasix 2016a). Die Produktionsstätten befinden sich dabei in den USA und so werden Produkte verschiedener Firmen unter dem Namen Vitabasix vertrieben und auch die bereits beschriebenen Anwendungsbeobachtungen durchgeführt bzw. finanziert (vgl. Vitabasix 2016b). Ebenfalls veranstaltete die Firma Vitabasix zwei ‚Satellitensymposien‘ sowie ein ‚Lunchsymposium‘ auf dem Kongress „Menopause, Andropause, Anti Aging 2015“, welcher im Wiener Belvedere stattfand (vgl. Metka et al. 2015). Das erste Satellitensymposium galt dem Thema „Lust im Alter“, welches hauptsächlich pflanzliche Aphrodisiaka und Potenzmittel zum Thema hatte. Beim zweiten wurden „Probleme der Prostata im Praxisalltag“ sowie „Phytotherapeutische Ansätze“ behandelt (vgl. ebd., 18). Bei der Phytotherapie handelt es sich um einen alternativen Begriff für Pflanzenheilkunde (vgl. Gesellschaft für Phytotherapie 2016). Das ‚Lunchsymposium‘ widmet sich dem Thema ‚Männergesundheit‘ mit Vorträgen über die Andropause als ein „verkanntes Phänomen?“, die „Männersprechstunde im Alltag“ sowie „Phytotherapeutische Option in der Andropause“. Anderweitig wurde das Thema der Andropause direkt nicht auf dem Kongress diskutiert.

Auf der Webseite des Kongresses findet sich ein Ausstellerverzeichnis, welches unter dem Übertitel „Fachausstellung & Sponsoring 2015“ steht. Darunter finden sich verschiedene PharmaproduzentInnen, u.a. auch Vitabasix, Labore, die Untersuchungen der Gene anbieten, Medizintechnikunternehmen und Apotheken. Verantwortlich für die Durchführung dieser Ausstellungen zeichnet sich die MAW, die Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft mit Sitz in Wien aus (vgl. Menopausekongress 2016). Die Werbung der Pharmaindustrie setzt hier bei ÄrztInnen an, um ihre Produkte abzusetzen. Somit wird z.B. auch die Wahrscheinlichkeit von Anwendungsbeobachtungen erhöht, was dann einer Werbung auf Patienten- und Ärzzebene entspricht.

7.2.4 Medien

Behandlungen, die unter dem Label des Anti-Aging laufen sprächen unverhältnismäßig oft von Abhängigkeiten der Symptome von Testosteronspiegeln. Mittels Werbung würden Patienten auf die mit der Andropause assoziierten Symptome aufmerksam gemacht werden und im Zuge dessen würde eine Verbindung zur Testosterontherapie geschehen (vgl. Zitzmann/Nieschlag 2003, 1319). Wie bereits erwähnt rühmte sich die PR-Agentur CGC mittels PR-Strategien die Andropause als behandlungsbedürftig darzustellen:

„Durch intensive Medienarbeit über drei Jahre wird eine awareness für das Thema geschaffen und der Begriff Hormontief des Mannes geprägt. Das Hormontief wird als ernstzunehmende behandlungsbedürftige Erkrankung

dargestellt und der Urologe als Spezialist für das Krankheitsbild positioniert“ (BR Data 2015).

Dieses Zitat der PR-Agentur, welches im Laufe der Masterarbeit aus dem Internet gelöscht wurde, spricht gleich mehrere Aspekte der Marketingstrategien von Pharmakonzernen an. Zum einen zeigt der Hinweis auf den Zeitraum, dass über eine längere Zeitspanne versucht wird ein Bewusstsein für ein bestimmtes Phänomen und spezifischer Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen. Gleichzeitig wurden UrologInnen als AnsprechpartnerInnen dargestellt. Diese hier ist, dass nicht einzige Pharmakonzerne für die PR-Kampagne verantwortlich waren, sondern auch UrologInnen, die sich möglicherweise in ihrem Tätigkeitsfeld eingeengt sehen und ihren Patientenpool erweitern möchten (siehe dazu auch Diskussion zu Andrologie im Kapitel ÄrztInnen dieses Abschnitts).

Zu einem ähnlichen Schluss kommt Sabine Baumer-Tober (2005), welche in ihrer Diplomarbeit aus dem Jahr 2005 die Bewerbung der Andropause in Printmedien untersuchte. Demnach diene die Werbung nicht bloß den Interessen der Pharmaindustrie, sondern zeige auch den Versuch einer Etablierung der Andrologie als Fachmedizin. So werde die Andropause als neues behandlungsbedürftiges Phänomen eingeführt, was der Andrologie zu mehr Bedeutungsmacht innerhalb der medizinischen Profession verhelfen solle (vgl. ebd., 114f.).

Es existiert einige populärwissenschaftliche Literatur zu dem Thema Andropause, welche vorhandene Behandlungsmöglichkeiten wie etwa die Testosteronersatztherapie als Gegenmittel bspw. der Midlifecrisis sehen (vgl. Carruthers 1998; Lasher 2015). Dies äußert sich dann in Kundenmeinungen, wie etwa auf der Amazonseite für das Buch „Maximising Manhood: How to Beat the Male Menopause“ von Malcolm Carruthers (1998): „Testosterone is indeed the closest thing to dropping a few decades. I am 70, just returned from a cruise with my wife, and I could not believe what I was seeing. Daily performance for twelve straight days, sometimes more than once“ (Saenz 2012). Man sieht also wohin eine unkritische Auseinandersetzung mit dem Thema führen kann: Zum 70-jährigen Rentner, welcher eine Kreuzfahrt mit seiner Frau unternimmt, zwölf Tage am Stück ‚performt‘ und Testosteron die Entdeckung des Jungbrunnens beschreibt.

7.2.5 Wissenschaft

Obleich der unbekanntenen Risiken und Langzeitfolgen empfehlen etwa Keshtkaran et al. (2013) ein Fördern an Aufmerksamkeit gegenüber der Andropause in medizinischen Berufen, um so die ‚Männergesundheit‘, das Wissen über die Andropause und Einstellungen dazu zu fördern (vgl. ebd., 49). Auch tauchen einige ForscherInnen auf, wenn es darum geht die Andropause

als behandlungswürdig, und essenziell für die Gesundheit des Mannes darzustellen (vgl. Tan 2002). Wobei Tan und Culberson (2003) auch Therapiemöglichkeiten etwa der Lebensstiländerung anmerken; also nicht als Verfechter der Testosteronersatztherapie per se dastehen (vgl. ebd., 24). Jedoch führt er mit dem Artikel „Andropause: introducing the concept of ‚relative hypogonadism‘ in aging males“ den Begriff des ‚relativen Hypogonadismus‘ ein, wobei die Behandlung aufgrund von Symptomen und je altersrelevanten Testosteronwerten geschehen solle (Tan 2002). Dies erinnert an eine Strategie der Medikalisierung, welche Prädispositionen schafft, um so einen größeren Kreis an Betroffenen erreichen zu können. So wehrt sich Tan (2002) gegen die Darstellung Wespes und Schulmans (2002), dass die Existenz einer Andropause nicht hinreichend bewiesen sei und die Langzeitstudien zum Thema fordern, um mögliche Risiken ausschließen zu können. Dabei orientieren sich Wespes et al (ebd.) an dem Wunsch ein gesundes Kosten-Nutzen-Verhältnis von Diagnose und Behandlungen gewährleisten zu können (vgl. Tan 2002; Wespes et al. 2002, 96). Risiken zur Verwendung von Testosteronpräparaten seien nicht hinreichend erforscht, da die Studien meist im zu kleinen Rahmen oder einer zu kurzen Dauer durchgeführt würden. Die Anwendung von Testosteronpräparaten sei kritisch zu betrachten, zumal vor dem Hintergrund der Erfahrungen welche bei der Behandlung der Menopause bei Frauen gemacht worden seien (vgl. arzneimitteltelegramm 2004). Hier habe sich „die Nutzen-Schaden-Bilanz dieses ‚unkontrollierten Feldversuches‘ [...] spätestens mit der WHI-Studie als eindeutig negativ erwiesen“ (ebd.). Schill (2001) spricht dem Begriff der Andropause einen Großteil seiner Aussagekraft ab und sieht den Begriff der ‚Midlife crisis‘ als angemessener zur Beschreibung von Symptomen die mit der Andropause assoziiert werden. Zusammenhänge von Hormonspiegel und Symptomen wie etwa Konzentrationsschwäche, Müdigkeit etc. seien nicht klar und deshalb eine Versteifung auf den Begriff der Andropause, welcher mittels Testosterontherapie behandelt werden könne, mit Fehlern behaftet (vgl. ebd.).

Zusammenfassend zum wissenschaftlichen Diskurs lässt sich sagen, dass ein Abnehmen des Testosteronslevels mit dem Alter vorliegt, die Bezeichnung als Andropause und vor allem die Behandlung mittels Testosteronersatztherapie kritisch zu bewerten sei (vgl. Verma et al. 2006). Zudem habe das Konzept der Andropause eine Form der Normalisierung erfahren, trotz widersprüchlicher Faktenlagen (vgl. Vainionpää/Topo 2005, 855).

Wie gesagt, ist es nicht Aufgabe und Ziel einer soziologischen Betrachtung die ‚Echtheit‘ einer Erkrankung zu beurteilen. Fachkreise der Medizin betrachten die Entwicklung in Richtung einer Medikalisierung der Andropause als zumindest kritisch. Die AkteurInnen, insbesondere Pharmaindustrie und Testlabor und -institute (siehe dazu auch Reincke 2016), scheinen klare

Profiteure einer solchen Entwicklung zu sein. Patienten werden auch bei der Andropause hohe Kompetenzen im Umgang mit medizinischen Behandlungen abverlangt, was meines Erachtens nach über die normalen Anforderungen, die im Rahmen der Gesundheitskompetenz gefordert werden, gehen. Zumal der Aspekt der kritischen Gesundheitskompetenz in Forderung und Förderung im Vergleich zu kurz kommt.

7.3 Zwischenfazit

Eine Erkenntnis der Auseinandersetzung mit der Medikalisierung der Andropause hat gezeigt, dass sich diese auf einer weniger entwickelten Stufe befindet als die der erektilen Dysfunktion.

Die AkteurInnen sind Patienten, ÄrztInnen, die Pharmaindustrie, die Medien sowie die Wissenschaft. Im Vergleich mit der erektilen Dysfunktion finden sich also bloß geringfügige Unterschiede. Zumindest quantitativ, bei einer qualitativen Betrachtung fällt dies schon anders aus. Bevor jedoch die beiden Medikalisierungen in einem Schlussteil miteinander verglichen werden, folgt eine kurze Zusammenfassung der Erkenntnisse zur Medikalisierung der Andropause.

Die offizielle Leitlinie der ÄrztInnen sei, dass es keine Andropause gebe. Dies stellt etwa die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie fest: „Es gibt keine ‚Wechseljahre‘ beim Mann“ (Ärzteblatt 2015). UrologInnen und besonders AndrologInnen haben jedoch ein generelles Interesse an der Medikalisierung der Andropause, da diese existenzsichernd sein kann. Im Fokus stünden UrologInnen und vor allem AndrologInnen, welche den Beruf eines ‚Männerarztes‘ etablieren wollen würden (vgl. Wöllmann 2004, 256). Ebenso beteiligt seien Testlabore, welche die Behandlung mittels Testosteronpräparaten mit regelmäßigen Tests begleiten und somit an der Wertschöpfungskette beteiligt seien (vgl. Reincke 2016). Bei der Analyse der AkteurInnen zeigte sich, dass die Pharmaindustrie eine ähnliche Rolle spielt wie bei der Medikalisierung der erektilen Dysfunktion. Dabei würden Anwendungsbeobachtungen ein wichtiges Instrument darstellen (vgl. Grill 2016). Diese sind als Bindeglied zwischen der Pharmaindustrie und ÄrztInnen zu sehen. Auch als „‘Post-marketing‘ -Studien“ (Mey 2000, 56) bezeichnet, würden sie auf der einen Seite der Steigerung der Popularität unter ÄrztInnen und Patienten dienen, sowie der Absatzsteigerung der Behandlung mittels Testosteronpräparaten auf der anderen Seite (vgl. Grill 2016; Mey 2000). Von gesundheitspolitischen Institutionen als „wertlos“ bezogen auf den Erkenntnisgewinn bezeichnet, machen Ausgaben für Anwendungsbeobachtungen pro Jahr etwa 100 Millionen Euro aus (vgl. Grill 2016). Der Markt für Testosteronpräparate, welcher zwischen 2008 und 2012 um mehr als das Zweifache gestiegen sei stellt für die Pharmaindustrie ein erfolgsversprechendes Modell dar (vgl. Salzmann 2016, 9). Die finanzielle Unterstützung medizinischer Kongresse bietet eine

attraktive Plattform für Pharmakonzerne, welche die Reichweite ihrer Produkte erhöhen wollen (vgl. Menopausekongress 2016; Metka et al. 2015, 11). Die Medien hätten die Debatte um die Andropause im Kontext der ‚Anti-Aging-Medizin‘ aufgegriffen (vgl. Zitzmann/Nieschlag 2003). So wirken PR-Agenturen daran die Andropause als ein behandlungsbedürftiges Phänomen darzustellen, um Pharmakonzernen neue Märkte und UrologInnen neue Betätigungsfelder zu erschließen (vgl. Baumer-Tober 2005, 114; BR Data 2015). Die wissenschaftliche Debatte ist bei dem Thema der Andropause noch sehr aktiv. Auf der einen Seite stehen VerfechterInnen der Andropause als zu behandelnden Zustand alternder Männer (vgl. Tan 2002). Ebenso gibt es kritische Stimmen, welche die Andropause auch in der Analogie zur Menopause der Frau sehen und aufgrund fehlender Analysen der Langzeitfolgen zu Vorsicht raten (vgl. arzneimitteltelegramm 2004; Schill 2001; Verma et al. 2006). Nicht zuletzt stehen die Patienten als Akteure in der Debatte, deren Vorstellungen von ‚normalem‘ Altern herausgefordert und im Kontext des Enhancement neu verhandelt werden (vgl. Keshtkaran et al. 2013, 43; Vainionpää/Topo 2005, 854). Alter werde zu einer „Aufgabe aktiver Gestaltung, zur Aufgabe eines Managers mit Führungsqualitäten“ (Gransee 2009, 56). So ist das Potential von Stigmatisierungen und Diskriminierungen von Alterungsprozessen gegeben. Eine bessere Möglichkeit als von Anti-Aging zu sprechen, sei es den Begriff der ‚Pro-Aging‘ zu benutzen, was bedeute alternde Menschen mit ihren Kompetenzen wahrzunehmen und so ‚integrativ‘ die Lebensqualität zu steigern (vgl. Zitzmann/Nieschlag 2003, 1313). Es habe sich gezeigt, dass unter Patienten die Auseinandersetzung und Diskussion mit den Symptomen einer Andropause unter Peers immer noch mit Vorsicht und Unwillen verknüpft sei (vgl. Novák et al. 2002, 235). Die Einstellungen gegenüber der Andropause als ein behandlungsbedürftiges Phänomen sind gespalten, wobei ein gewisser Anteil der Männer generelles Interesse an der Behandlung der Symptome habe oder zumindest Informationen dazu wünschten (vgl. Rieder 2003, 28). Auch die Bedeutung männlicher und weiblicher Körper verändere sich im Zuge der Debatte um die Andropause, da durch die fortschreitende Medikalisierung des männlichen Körpers, vor allem auf hormoneller Ebene wie bei der Andropause, männliche und weibliche Körper näher zueinander rückten (vgl. Ehlers et al. 2013, 51).

In der Medikalisierung der Andropause zeigen sich deutliche Gemeinsamkeiten zum Foucaultschen Konzept der Biopolitik. Biomacht sei ein „unerläßliches Element bei der Entwicklung des Kapitalismus“ (Foucault 2003, 136). So seien die gemeinsamen Ziele die Lebenserwartung zu erhöhen und sicherzustellen, dass die Bevölkerung möglichst arbeitsfähig bliebe (vgl. ebd.; Vainionpää 2006, 44). Die Medikalisierung der Andropause beschreibe also die Einverleibung einer größeren Gruppe an Körper in die medizinische Domäne (vgl. ebd., 44). Die ‚Technologien des Selbst‘ finden sich ebenso in der Andropause wieder. Durch PR-

Kampagnen, Informationsblätter etc. werden Männer in die Verantwortung gezogen sich mit von jedermann erlebten ‚Symptomen‘ wie etwa Müdigkeit im Rahmen einer möglichen Krankheit auseinanderzusetzen. Hier greift auch das Konzept der Gesundheitskompetenz, in dessen Rahmen die Bevölkerung dazu angehalten wird, in der Lage zu sein, gesundheitsfördernde Entscheidungen für sich selbst und andere treffen zu können. Der mediale Diskurs der Andropause gehe in die Richtung die Andropause als Fakt darzustellen (vgl. ebd., 45). Die Andropause ist auch ein Beispiel dafür, wie die Medikamentisierung von Zuständen voranschreitet. Der postmoderne Mensch ist die Einnahme von Pillen gewöhnt. Bei Kopfschmerzen, Erkältungen, Bauchschmerzen und weiteren ‚alltäglichen‘ Beschwerden ist der Griff zur Medikamentenschachtel nicht mehr weit. Mit der Andropause ist es nun auch möglich eine Pille zu nehmen, wenn man sich müde oder schwach fühlt. Und falls sich die Medikalisierung der Andropause so durchsetzt, wie von den ‚Motoren‘ der Medikalisierung gewünscht, muss man sich dabei auch nicht schlecht fühlen.

Die Diskussion führt nun zu einer gemeinsamen Diskussion der Medikalisierung der erektilen Dysfunktion und Andropause mit anschließendem Ausblick auf mögliche Tendenzen und weitere interessante Aspekte, welche für eine soziologische Analyse interessant wären.

8 Vergleich der beiden Medikalisierungen

Nun wurden die AkteurInnen der Medikalisierung der erektilen Dysfunktion und der Andropause identifiziert und in ihren Beziehungen dargestellt. Zu welchem Schluss führt uns dies? Wo liegen Unterschiede und Gemeinsamkeiten der beiden Medikalisierungen? Dies wird in diesem Kapitel besprochen, bis dann im Fazit nochmals auf die Bedeutung der Foucaultschen Biopolitik eingegangen wird und Konsequenzen aufgezeigt werden. Schlussendlich wird bewertet, welchen Nutzen uns das Wissen über Medikalisierungsprozesse im Umgang mit diesen liefern und welche Rolle die Soziologie hierbei einnehmen kann.

Zuerst werden die Gemeinsamkeiten dargestellt, woraufhin die Unterschiede folgen.

Bei beiden Medikalisierungsprozessen existiert eine diverse Anzahl an AkteurInnen. Die alleinige Deutungshoheit der ÄrztInnen, im Vergleich zu früheren Betrachtungen der Medikalisierung, hat sich verändert (vgl. Conrad 2007, 133ff.). Dabei werden verschiedene AkteurInnen zu einem großen Netzwerk verknüpft welche, von außen betrachtet, ein großes Ziel zu verfolgen scheinen (vgl. Foucault 1987, 97f.). Die genauere Betrachtung zeigt jedoch, dass Einzelinteressen sich bedingen und somit einander zuspitzen können. Dabei treten bei beiden populäre Substanzen in Erscheinung, Viagra bei der erektilen Dysfunktion sowie

Testosteron bei der Andropause, welche es erleichtern, sich auf die Phänomene zu beziehen. Tritt Viagra noch als dominierende Substanz auf, scheint Testosteron eher eine Art ‚Aufhänger‘ darzustellen, worauf jedoch bei den Unterschieden näher eingegangen wird. Die Themen, welche die Menschen in ihrem alltäglichen (Er)Leben berühren sind ähnlich. Das Alter, Älterwerden, die Männlichkeit sowie Sexualität werden bei beiden Medikalisierungen verhandelt und stellen Menschen vor die Aufgabe, ihre Positionen dort unter neuen Kriterien zu bewerten. Hierbei handelt es sich um Lebensbereiche, welche jeden Menschen in der westlichen ‚modernen‘ Welt berühren und somit ein hohes Ausbreitungspotenzial aufweisen. Menschen werden also Handlungszwängen ausgesetzt, die aus der Definition von Krankheiten resultieren, für welche bereits Behandlungsmöglichkeiten entwickelt sind (vgl. auch Daele 2009, 68). Jedoch nicht nur die Möglichkeit der Behandlung ist bereits vorhanden. Auch die Möglichkeit des Umgangs mit der neuen Verantwortung scheint in gewissem Maße geregelt. In neoliberalen Wirtschaftssystemen, welche die Eigenverantwortung der Individuen stärken wollen, bieten Konzepte der Gesundheitsförderung und besonders der Gesundheitskompetenz, Möglichkeiten mit Handlungszwängen ‚erfolgreich‘ umzugehen. Die mitwirkenden AkteurInnen scheinen aufgrund der Komplexität nicht in der Lage Folgen der gesamten Entwicklung absehen zu können. Die weitere Diskussion dieser Aspekte folgt im Fazit unter Berücksichtigung der Möglichkeiten und Aufgaben der Soziologie. Auch die Definitionen von Krankheit und Gesundheit würden bei beiden Medikalisierungen beeinflusst und neu verhandelt (vgl. Conrad 2007, 145). Darauf müssen Versicherer sowie Gesetzgeber handeln, was eine Manifestation der Prozesse bedeutet (vgl. Oberster Gerichtshof Österreich 2004; Oberster Gerichtshof Österreich 2006). Keiner der beiden Medikalisierungsprozesse weist also eine geringere lebensalltägliche Relevanz auf. Das Gebot der Machbarkeit sei in beiden Prozessen bestimmend und führe somit auch zu den oben genannten Handlungszwängen (vgl. Vainionpää 2006, 49). So treten Fragen der Selbstbestimmung auf und werden, wie eben erwähnt, von verschiedenen AkteurInnen, deren Zusammenhänge für das Individuum unklar erscheinen, angeregt. Die Ebenen, auf denen Selbstbestimmung thematisiert wird, unterscheiden sich was sich in der Diskussion der Unterschiede zeigen wird. Es würden nicht nur potenzielle Patienten beeinflusst, sondern bei beiden Medikalisierungen das soziale Umfeld als Bezugspunkt gesehen, welcher Handlungsdruck produzieren könne und selber ausgesetzt sei. Auf der Ebene der Sexualität und Vitalität werden besonders (romantische) Liebesbeziehungen, also die PartnerInnen, zu Faktoren (vgl. Potts et al. 2003, 713ff.). Hierbei ist anzumerken, dass diese Arbeit die Perspektive der PartnerInnen größtenteils ausblendet, im Fazit findet dieser Aspekt kurze Erwähnung.

Die Unterschiede der vorgestellten Medikalisierungen sind insofern interessant, da sie unter anderem mögliche Strategiewechsel in der Vermarktung und andere Interessenlagen aufzeigen. Zuerst fällt auf, dass sich die Medikalisierungen auf unterschiedlichen Entwicklungsstufen befinden, mit der erektilen Dysfunktion deutlich weiter vorangeschritten. Die Popularisierung der Andropause ist gerade erst im Gange und das Wissen der Bevölkerung zu diesem Thema ist noch beschränkt. Auch scheinen bei der Andropause die ÄrztInnen eine wesentlichere Rolle zu spielen, da diese einen Bedeutungsverlust wahrnehmen und sich mittels der Etablierung der Andrologie und der Männergesundheit, ihren Status sichern bzw. möglichst verbessern wollen (vgl. Eisenmenger 2004a, 114f.). Die Stigmatisierungspotenziale der beiden Medikalisierungen haben sich als verschieden herausgestellt. Hatte das Populärwerden der erektilen Dysfunktion eine Destigmatisierung im Umgang mit Problemen der Potenz zu tun, scheint dies bei der Andropause nicht der Fall zu sein (vgl. Sontowski 2015, 83; Tiefer 1986, 372). Die Medikalisierung der erektilen Dysfunktion führte einerseits zu einer Destigmatisierung dieser, jedoch in gewisser Weise zu einer Stigmatisierung von Alter, da es nun nahezu unausweichlich schien, nicht mehr die sexuelle Leistung erbringen zu können (vgl. dazu auch Folkers/Lemke 2014, 12). Basierend auf der Vorstellung des penetrativen Sexes als Männlichkeitsindikator scheinen ältere Männer im Bereich der Sexualität stigmatisiert zu werden, da andere Formen der Sexualität nicht ausreichend seien (vgl. Potts et al. 2003, 714; Rieder 2003, 30). Die Medikalisierung der Andropause hat Stigmatisierungspotentiale bei der Auseinandersetzung mit den Themen Alter(n) und Männlichkeit. Durch die Definition der Andropause und vorgeschlagene Behandlungsmöglichkeiten ergeben sich Normen, die ein traditionelles Altern als mangelhaft ansehen und es erstrebenswert machen bis ins hohe Alter als ‚Mann im Leben zu stehen‘. Andropause scheint so mehr auf Ebenen der kapitalistischen Verwertbarkeit von Körpern zu wirken. Die Erhaltung von Kraft, Energie und Robustheit deckt sich mit Anforderungen, welche der Arbeitsmarkt an die Menschen stellt. Mit einer immer älter werdenden Bevölkerung und dem damit einhergehenden ansteigenden Rentenalter, bekommt dieser Aspekt eine wichtige Bedeutung in der Frage nach den Hintergründen für die Medikalisierung der Andropause auf gesamtgesellschaftlicher Ebene (vgl. ebd., 30). Die Medikalisierung der Andropause hat zwar, wie die der erektilen Dysfunktion, eine Substanz, die als Bezugspunkt dient, jedoch steht diese nicht im Mittelpunkt der Medikalisierungsbestrebungen. Die Medikalisierung der erektilen Dysfunktion ist stark verknüpft mit der Vermarktung von Viagra durch den Hersteller Pfizer (vgl. dazu etwa Baglia 2005). Bei der Andropause gibt es nicht den einen großen Hersteller, welcher Testosteronpräparate produzieren kann. Bei der Andropause stehen Symptome im Mittelpunkt. Die zeigt die niedrigere Stufe des Medikalisierungsprozesses und scheint eben auch darin

begründet, dass es nicht einen einzelnen Konzern gibt, welcher sein Produkt vermarkten will. So kann man die Entwicklung der Andropause als weiteren *shift* der Medikalisierung hin zur Biomedikalisierung sehen, die Möglichkeiten in Form von Gentechnik bietet (vgl. Fishman/Mamo 2002, 181f.). Ein Test auf erektile Dysfunktion ist nicht standardisiert, nicht jedoch ein vorzeitiger Test auf niedrige Testosteronwerte. Die Andropause bietet also Platz für Akteure aus der Biomedizin, welche Test und Analysen anbieten können. Zusätzlich bietet die Andropause durch die breite Streuung der Symptome mehr Möglichkeiten, Ursachen auf die Psyche zu begründen, was etwa die Kostenübernahme durch Krankenversicherer wahrscheinlicher macht, wie am Beispiel des Österreichischen Gerichtshofs im Fall der erektilen Dysfunktion gezeigt wurde (vgl. Oberster Gerichtshof Österreich 2004; Oberster Gerichtshof Österreich 2006).

9 Fazit

Limitierungen, die in dieser Masterarbeit auftreten, sind die Aussparung der Perspektive der PartnerInnen von Patienten der erektilen Dysfunktion und Andropause. Potts et al. (2003) haben hierzu eine interessante Befragung unter PartnerInnen von Männern, die Viagra nutzen, veröffentlicht. Dieser Aspekt ging jedoch im Großteil der Literatur zu den Themen unter und bietet daher sicherlich weiteres Forschungspotenzial. Ebenso ist anzumerken, dass sich die Analyse größtenteils auf die Mittelschicht in Westeuropa bzw. USA bezieht, da sozioökonomische Faktoren in den meisten Studien keine Rolle spielten (vgl. auch Lock 2001, 9537).

An den Anfang dieses Fazits schließt sich der Vergleich der Medikalisierungen an, welcher als eine Art Vor-Fazit zu sehen ist. Als Quintessenz kann gesagt werden: Die AkteurInnen der Medikalisierung der Andropause und erektilen Dysfunktion bedingen sich gegenseitig und werden in ihrer ‚globalen‘ Wirkung schwieriger aufzuspüren. Dabei verändern sie nicht bloß die Patienten, sondern auch ihre eigenen Standpunkte und Wirkungen. Auch ÄrztInnen, Pharmaindustrie und alle anderen AkteurInnen werden vor ein komplexer werdendes Themenfeld gestellt, welches es nach den jeweiligen Interessen zu bearbeiten gilt. Dabei stellt die Medikalisierung der erektilen Dysfunktion eine abgeschlossene Erfolgsgeschichte dar, welche einen Großteil ihres Erfolges der blauen Pille Viagra zu verdanken hat. Die Andropause nimmt den Platz in der sich entwickelnden Biomedikalisierung, welche vor dem Hintergrund biomedizinischer Innovationen geschieht, ein und erfordert daher eine Anpassung an Medikalisierungsprozesse von allen AkteurInnen. Vor allem werden neue Kompetenzen im

Umgang mit Medikalisierungsprozessen gefordert. Alle AkteurInnen stehen also vor der Aufgabe, die Felder ihrer Kompetenzen zu erweitern, um andere Sichtweisen einnehmen zu können, interdisziplinär zu arbeiten und weiter die ihnen eigenen Ziele erfolgreich verfolgen zu können. Die Pharmaindustrie muss in Sachen Marketing auf die abnehmende Rolle der ÄrztInnen reagieren. Dies geschieht zum einen durch die Stärkung der ÄrztInnenrolle und der direkten Beeinflussung etwa durch Anwendungsbeobachtungen. Auf der anderen Seite muss sie sich auf die Suche nach neuen Werbeträgern für ihre Produkte machen. Dies geschieht im Sinne der Übernahme von Eigenverantwortung und Kompetenz, die von Menschen und (potentiellen) PatientInnen gefordert wird. Hier kommt die Werbung ins Spiel, welche den PatientInnen das Gefühl gibt, kompetent und selbstbestimmt zu handeln und auf neue Probleme aufmerksam macht, die in Folge erfolgreich gelöst werden können. Das Gefühl, selbstbestimmt eine Behandlung in Gang gebracht zu haben, mit Hilfe von ÄrztInnen, welche auf von Ihnen unerkannte Misstände hingewiesen wurden, kann meiner Meinung nach Menschen das Gefühl geben, einen Erfolg errungen zu haben. ÄrztInnen sollten im Zuge dessen mehr Verantwortung für soziale Folgen ihrer Behandlungen übernehmen können. Zum einen hilft dies verantwortungsbewusst auf Medikalisierungsprozesse handeln zu können und kann zudem den Bedeutungsverlust der medizinischen Profession in Medikalisierungsprozessen kompensieren. Wo ÄrztInnen eventuell nur mehr als Gatekeeper in Erscheinung treten, entwickeln sie andere Kompetenzen, die ihre Bedeutung wieder vergrößern. So sehe ich auch die Medien in der Verantwortung, eine aktivere Rolle in der Gestaltung einer kritischen Öffentlichkeit einzunehmen. Es ist verständlich, dass Werbeeinnahmen wichtig für Entscheidungsprozesse innerhalb der Medien sind. Jedoch sollte auch hier eine Art der Awareness geschaffen werden, welche Zusammenhänge darstellt und eben auch die Vorteile einer Bewusstmachung der Medikalisierung aufzeigt. Es genügt nicht den moralischen Zeigefinger zu erheben, sondern es benötigt ökonomischer Argumente, um auf die verschiedenen AkteurInnen wirken zu können. Am ehesten zeigt sich dies bei den Krankenversicherungen. Synergien von Kosteneinsparungen und der Stärkung des Patientenwohls durch Vermeidung unnötiger Behandlungen sind hier offensichtlich. Die Krankenversicherungen können ihren Kampf gegen die ‚Pharmalobby‘ nicht mit notwendigen Kosteneinsparungen begründen, sondern müssen für Versicherte und Politik Vorteile aufzeigen, etwa in Form von nachhaltiger Gesundheit und (nicht nur langfristigen) Kosteneinsparungen. Im Endeffekt zeigt die Analyse, dass beide Medikalisierungen eine Erfolgsgeschichte darstellen, mit der erektilen Dysfunktion als Bestseller. Die der Andropause ist noch im Entstehen, besitzt jedoch ein hohes Potenzial an Expansionsmöglichkeiten.

Die Betrachtung mittels der Foucaultschen Biopolitik hat es ermöglicht, die Medikalisierung nicht bloß als Form der sozialen Kontrolle zu sehen. Mögliche Folgen können differenzierter betrachtet und geltende Werte in der Gesellschaft auf den Prüfstand gestellt werden (vgl. Daele 2005, 9). Der Fokus ist nicht mehr bloß auf die Medizin als Akteurin gerichtet, sondern sieht diese nun in einem größeren Netzwerk von AkteurInnen (vgl. Conrad 2007, 5ff.). Jedoch findet die ‚Disziplinierung der Körper‘ nicht mehr nur durch äußere AkteurInnen, sondern auch durch die Individuen selber statt (vgl. Clarke 2014, 31; Vainionpää 2006, 19). Mit dem Blick auf Machtverhältnisse versetzt sich die Soziologie in die Lage, nicht mehr zwischen ‚real krank‘ und ‚real gesund‘ bei medizinischen Phänomenen unterscheiden zu müssen (vgl. auch Conrad 2007, 5ff.). Die Machtverhältnisse und Wissensregime gewinnen an Interesse (vgl. Wehling 2008, 256). Betrachtungen der Beziehungen von AkteurInnen bedeutet, die Konstruktion von Realität zu betrachten, da diese diskursiv erschaffen werde und in den Körpern Ausdruck erlange. So kommt man zurück zu der ‚Disziplinierung der Körper‘ und der Überwachung des ‚biologischen Lebens‘ der Bevölkerung. Die Betrachtung mittels der Biopolitik zeigt klar auf, dass Gesundheit keine Privatangelegenheit ist und immer mehr in die Öffentlichkeit rückt (vgl. Vainionpää 2006, 23).

Dabei bietet die Foucaultsche Perspektive auch Möglichkeiten der Betrachtung im Kontext des Neoliberalismus, woraus sich verknüpft mit einem kritischen Blick auf den Neoliberalismus, der ebenfalls in Foucaults Denken zu finden ist, zwei Dimensionen ergeben.

Zum einen den Neoliberalismus als Vertreter des Machbarkeitswahns, im Zuge dessen nicht nur Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit verschwimmen und die Eigenverantwortung immer mehr an Bedeutung gewinnt. Zum anderen die kapitalistischen Wurzeln des Neoliberalismus, die eine Ausrichtung nach der Produktivität verfolgen. Bauman (2005) zeigt, dass es in der Postmoderne nicht bloß um die Gesundheit der ArbeiterInnen geht, welche die kapitalistische Produktion sicherstellt (vgl. ebd., 200). Vielmehr geht es auch um den Körper als „Empfänger und Sender von Empfindungen“ (ebd.) und somit als „Werkstatt, in der angenehmen Empfindungen erzeugt werden“ (ebd.).

Welchen Nutzen hat diese Art der Betrachtung für den weiteren Umgang mit Prozessen der Medikalisierung? Die einzelnen AkteurInnen sind nicht im Stande, die ‚globalen‘ Zusammenhänge zu erfassen, wobei es Aufgabe der Soziologie ist, diese offenzulegen. Da jedoch auch die Soziologie bestimmte Zugangsbeschränkungen hat, wäre hier die Forderung einer öffentlichen Soziologie sinnvoll. Hier ist ein klarer Umgang mit Begrifflichkeiten wichtig, um etwa Methoden des Marketings entgegenzuwirken. Dies zeigt sich vor allem in der Debatte um die Andropause, die sich unklarer Begrifflichkeiten bedient und somit mit unklaren

Prävalenzquoten arbeitet. Auch die wissenschaftliche Debatte ist immer noch geprägt von verschiedenen Definitionen, was einer Auseinandersetzung mit wichtigeren Aspekten der Debatte im Wege steht.

Es zeigt sich eine Entwicklung in Richtung der Biomedikalisierung, welche auf der rasanten Entwicklung gentechnischer Forschung basiert (vgl. Fishman/Mamo 2002, 181f.). Natürliche Körperzustände werden durch Dynamiken der Medikalisierung immer weiter technologisiert und auch durch technologische Dynamiken immer weiter medikalisiert. Möglichkeiten der Diagnose und Behandlung nähmen immer weiter zu (vgl. Wehling et al. 2007, 548). Jedoch entstehe hier ebenso die Möglichkeit ‚objektiv‘ über Zustände und Phänomene zu reden, was potenziell Destigmatisierungsprozesse begünstigen könne (vgl. Conrad 2007, 44).

Die vielbetonte und oftmals geforderte Interdisziplinarität in der Forschung stellt auch bei der Betrachtung der Medikalisierung eine hilfreiche Methode dar. Da die Soziologie in der neueren Diskussion um Medikalisierung von dem Anprangern eines medizinischen Imperialismus abgewichen ist, bieten sich hier neue Möglichkeiten (vgl. Conrad/Schneider 1992, 272). Wie könnte also eine Zusammenarbeit zwischen Medizin und Soziologie aussehen? Die Notwendigkeit einer praktischen Betrachtung seitens der Medizin sowie Möglichkeit einer diskursiven Betrachtung der Soziologie kann hier zu fruchtbaren Synergien führen. Soziale Implikationen von Behandlungen müssten von ÄrztInnen berücksichtigt werden (vgl. Carpiano 2001, 448; Conrad/Leiter 2004, 142). Indem die Soziologie ihr Interesse auch darauf richtet, wie sie nicht bloß PatientInnen, sondern auch den medizinischen Bereich ‚empowern‘ kann, könnte hier ein Beitrag geleistet werden. Sicherlich müsste dies bei gleichzeitiger Wahrung der Kompetenzbereiche geschehen, da sonst auch Hoheitsgebiete betreten und möglicherweise Egos verletzt werden würden (vgl. auch Conrad 2007, 3f.). So könnten etwa Podiumsdiskussionen auf medizinischen Kongressen die interdisziplinäre Debatte anregen.

Österreich habe das Glück eines der Länder zu sein, in dem alternde und alte Menschen mit ihrer Gesundheit am zufriedensten seien (vgl. Rieder 2003, 29). Diesen Zustand zu erhalten und weiter zu fördern ist sicherlich wünschenswert. Dabei helfen kann auch, unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung, eine Abkehr vom Konzept des Anti-Aging hin zu ‚Pro-Aging-Konzepten‘, welche in gesundheitsfördernde Maßnahmen eingebettet sind (vgl. ebd.; Rieder/Kunze 2016, 32). Pro-Aging verstehe ich hier als die Auffassung, das Älterwerden als Kompetenz zu sehen. Nicht die Folgen des Älterwerdens müssten beseitigt werden, sondern Unzulänglichkeiten im Umgang mit lebensweltlichen Veränderungen. Natürlich ist hier ein möglicher Kritikpunkt, wie bei der Gesundheitskompetenz als Empowerment, dass nun nicht-empowerte Menschen abgehängt werden. Ich sehe hier jedoch eher die Möglichkeiten, die ein

derartiges Konzept bietet, solange eben die kritische Gesundheitskompetenz zum festen Bestandteil der Gesundheitsförderung gehört. Da Altern immer mehr zu einer Managementaufgabe werde, ist dies im Sinne der Bevölkerung (Gransee 2009, 56). Auch die staatliche Gesundheitsversorgung die Krankenversicherungen, könnten eine derartige Entwicklung begrüßen, da sie dabei helfen kann Medikalisierungsprozesse in einem ‚gesunden‘ Maß zuzulassen und auch kritisch zu betrachten (vgl. auch ebd.). Zu wünschen ist, dass die ‚passive Medikalisierung‘, wie sie Carpiano (2001) beschreibt, abnimmt. Unter dieser versteht er ein Versagen von AkteurInnen, etwa Versicherer, staatliche Gesundheitsbehörden oder ÄrztInnen im Umgang mit der Ausübung sozialer Kontrolle (vgl. ebd., 442ff.). Die von staatlicher Seite und Krankenversicherern geforderte Gesundheitskompetenz müsste also bei allen AkteurInnen gestärkt werden, mit besonderer Berücksichtigung der kritischen Gesundheitskompetenz. So benötigt dies eine genaue Analyse der AkteurInnen, um Wirkweisen und -richtungen feststellen zu können. Gefahren liegen eben in einer undifferenzierten Sichtweise von gesellschaftlichen Phänomenen und deren zugrundeliegenden Prozessen. Allen beschriebenen AkteurInnen muss die Verantwortung ihres Handelns deutlich werden, wobei die Soziologie einen aufklärerischen Part übernehmen kann. Konsequenzen des Handelns auf gesamtgesellschaftlicher Ebene müssen bewusstgemacht werden. Wie bereits erwähnt ist hierbei auch die Soziologie gefragt, indem sie sich im Sinne der Programmatik einer öffentlichen Soziologie den öffentlichen Diskursen annähert und in einer verständlichen Sprache auftritt. Dies bedeutet zwar einen Mehraufwand für SoziologInnen, kommt jedoch letztlich auch der Soziologie, ihrer Attraktivität und Mitgestaltung unserer Gesellschaft zugute. So könnten z.B. die Rollen der AkteurInnen in Form eines Informationsblattes aufbereitet werden, um im Rahmen von gesundheitsfördernden Maßnahmen die Menschen für die komplexen Konstellationen und deren Auswirkungen auf das alltägliche (Er)Leben zu sensibilisieren.

Zum Ende möchte ich festhalten, dass ich Medikalisierung an sich als nichts Schlechtes ansehe. Solange die Bandbreite an AkteurInnen über Kompetenzen für einen verantwortungsvollen Umgang, im Sinne der Berücksichtigung auch jeweils anderer Interessen, verfügt und die Umsetzung für die einzelnen AkteurInnen von Vorteil ist. Eine Abkehr vom Wachstumsgedanken und die Umsetzung nachhaltiger, langfristig angelegter Konzepte in allen Bereichen des Lebens, Wirtschaftens, Medizinbehandlung würden diese Art der Kompetenznutzung wahrscheinlicher machen.

Literaturverzeichnis

- arzneimitteltelegramm* (2004). JUNGBRUNNEN TESTOSTERON? - arznei telegramm, abrufbar unter: http://www.arznei-telegramm.de/html/2004_02/0402017_01.html (letzter Zugriff: 6.9.2016)
- Ärzteblatt*, Deutscher Ärzteverlag GmbH, Redaktion Deutsches (2015). Wechseljahre des Mannes laut Fachgesellschaft ein Mythos, abrufbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62177> (letzter Zugriff: 6.9.2016)
- Baglia*, Jay (2005). *The Viagra Ad Venture: Masculinity, Marketing, and the Performance of Sexual Health*, Peter Lang
- Bauman*, Zygmunt (2005). Politischer Körper und Staatskörper in der flüssig-modernen Konsumentengesellschaft, in: *Schroer*, Markus (Hrsg.): *Soziologie des Körpers*, Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag
- Baumer-Tober*, Sabine (2005). *Die Wechseljahre des Mannes in der Darstellung ausgewählter Printmedien*, Wien
- Becker*, Annette/*Dörter*, Fatma/*Eckhardt*, Kirsten/*Viniol*, Annika/et al. (2011). The association between a journal's source of revenue and the drug recommendations made in the articles it publishes, in: *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 183(5), 544–548
- Boslaugh*, Sarah E. (2015). *The SAGE Encyclopedia of Pharmacology and Society*, SAGE Publications
- BR Data* (2015). Volkssport Testosteron-Doping, in: *BR*, abrufbar unter: <http://web.br.de/interaktiv/testosteron/> (letzter Zugriff: 18.8.2016)
- Breidert*, Matthias/*Hofbauer*, Karl (2009). Placebo: Missverständnisse und Vorurteile, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Vol. 106(46), 751–755
- Bucher*, A./*Szalay*, A./*Barta*, C./*Eisenmenger*, M. (2008). Leitlinie erektile Dysfunktion, in: *J Urol Urogynäkol*, Vol. 6, 7–8
- Buchinger*, Birgit (2004). *Dass man ein ganzer Mann ist...*
- Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen* (2016). *Arzneispezialitätenregister*, abrufbar unter: https://aspregister.basg.gv.at/aspregister/faces/aspregister.jspx?_afzLoop=29311253486266547&_afzWindowMode=0&_adf.ctrl-state=b8100recm_4 (letzter Zugriff: 24.8.2016)
- Bundeskanzleramt Österreich* (2016). *RIS - Gesamte Rechtsvorschrift für Arzneimittelgesetz - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 29.08.2016*, abrufbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010441> (letzter Zugriff: 29.8.2016)
- Carpiano*, Richard M. (2001). Passive medicalization: the case of viagra and erectile dysfunction, in: *Sociological Spectrum*, Vol. 21(3), 441–450
- Carruthers*, Malcolm (1998). *Maximising Manhood: How to Beat the Male Menopause*, London: Thorsons
- Clarke*, Adele E. (2014). Biomedicalization, in: *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*, John Wiley & Sons, Ltd, abrufbar unter: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118410868.wbehibs083/abstract> (letzter Zugriff: 13.9.2016)
- Conrad*, Peter (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders 1. Aufl.*, Baltimore: Johns Hopkins University Press
- Conrad*, Peter (2005). The Shifting Engines of Medicalization, in: *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 46(1), 3–14
- Conrad*, Peter/*Leiter*, Valerie (2004). Medicalization, Markets and Consumers*, in: *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 45, 158–76

- Conrad, Peter/Schneider, Joseph W. (1992). *Deviance and medicalization: from badness to sickness: with a new afterword by the authors Expanded ed.*, Philadelphia: Temple University Press
- Daele, Wolfgang van den (2009). Biopolitik, Biomacht und soziologische Analyse, in: *Leviathan*, Vol. 37(1), 52–76
- Daele, Wolfgang van den (2005). Einleitung: Soziologische Aufklärung zur Biopolitik, in: Daele, Wolfgang van den (Hrsg.): *Biopolitik*, *Leviathan*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 7–41, abrufbar unter: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-322-80772-4_1 (letzter Zugriff: 4.8.2016)
- Diekwisch, Hedwig/Schaaber, Jörg (2009). Direktwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel– Verbraucheraufklärung oder Beitrag zur Medikalisierung?, in: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 329–334
- Donohue, Julie M./Cevasco, Marisa/Rosenthal, Meredith B. (2007). A Decade of Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs, in: *New England Journal of Medicine*, Vol. 357(7), 673–681
- Ehlers, Hella/Linke, Gabriele/Milewski, Nadja/Rudlof, Beate/et al. (2013). *Körper - Geschlecht – Wahrnehmung: Sozial- und geisteswissenschaftliche Beiträge zur Genderforschung*, LIT Verlag Münster
- Eisenmenger, M. (2004a). Gedanken über Österreichs Urologie, in: *Der Urologe, Ausgabe A*, Vol. 43(1), 114–115
- Eisenmenger, Michael (2004b). Die Säulen des AndroCheck, abrufbar unter: http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/psych_u_eth_aspekte.pdf
- Esterbauer, Brigitte/Jungwirth, Andreas (2009). Erektile Dysfunktion, in: *Wiener Medizinische Wochenschrift*, Vol. 159(21–22), 529–534
- Feinberg, David T. (2005). „Daddy, What Is Erectile Dysfunction?“ Direct-to-Consumer Advertising Will Be Changing, in: *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, Vol. 15(6), 866–868
- Fessel, Mag. Klaus/Luisser, Mag. Ronald (2016). FOCUS Pressekonferenz 2/2016,
- Fishman, Jennifer R./Mamo, Laura (2002). What’s in a Disorder, in: *Women & Therapy*, Vol. 24(1–2), 179–193
- Folkers, Andreas/Lemke, Thomas (Hrsg.) (2014). *Biopolitik: ein Reader Erste Auflage.*, Berlin: Suhrkamp
- Folkers, Andreas/Rödel, Malaika (2015). Biopolitik / Biomacht, in: *Gender Glossar / Gender Glossary* (6 Absätze), abrufbar unter: <http://www.gender-glossar.de/de/glossar/item/51-biopolitik> (letzter Zugriff: 14.8.2016)
- Foucault, Michel (1987). *Sexualität und Wahrheit: Erster Band: Der Wille zum Wissen* 20. Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- Foucault, Michel (2003). *The birth of the clinic an archaeology of medical perception*, London: Routledge, abrufbar unter: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=513187> (letzter Zugriff: 15.11.2015)
- Gesellschaft für Phytotherapie (2016). Gesellschaft für Phytotherapie e.V. | Deutsch, abrufbar unter: <http://phytotherapy.org/de/> (letzter Zugriff: 7.9.2016)
- Grantee, Carmen (2009). *Diversitymanagement in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften: Strategien der Implementierung nachhaltiger Konzepte im Gesundheitswesen*, LIT Verlag Münster
- Grill, Markus (2016). Die Schein-Forscher, in: *CORRECTIV*, abrufbar unter: <https://correctiv.org/recherchen/euros-fuer-aerzte/artikel/2016/03/09/die-schein-forscher/> (letzter Zugriff: 18.8.2016)
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2016). Erstattungskodex - EKO. Stand 1. Jänner 2016, in: *Pharm. Ztg*, Vol. 108, 259–262

- Hijazi, Rabih A./Cunningham, Glenn R. (2005). Andropause: Is Androgen Replacement Therapy Indicated for the Aging Male?, in: *Annual Review of Medicine*, Vol. 56(1), 117–137
- Hofer, H.-G. (2011). Männer im kritischen Alter, in: *Der Urologe*, Vol. 50(7), 839–845
- Jeanne Turczynski und Johannes von Creytz, Bayerischer Rundfunk (2016). Testosterondoping auf Rezept: Das Geschäft mit dem alternden Mann, abrufbar unter: <http://www.br.de/nachrichten/testosteron-rezept-andropause-100.html> (letzter Zugriff: 6.9.2016)
- Johnson, Ericka/Åsberg, Cecilia (2012). Johnson & Åsberg: Enrolling Men, their Doctors, and Partners: Individual and Collective Responses to Erectile Dysfunction, in: *Science & Technology Studies*, Vol. 28(2), abrufbar unter: <http://ojs.tsv.fi/index.php/sts/article/view/55275> (letzter Zugriff: 29.8.2016)
- Jost, Prof. Dr. W. H. (2015). Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion, abrufbar unter: http://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2014/LL_82_2012_Diagnostik_und_Therapie_der_erektilen_Dysfunktion.pdf (letzter Zugriff: 24.6.2016)
- Katz, Stephen/Marshall, Barbara (2003). New sex for old: lifestyle, consumerism, and the ethics of aging well, in: *Journal of Aging Studies*, Vol. 17(1), 3–16
- Keshtkaran, Zahra/Nasab, Ali Mohammad Parvinian/Kashfi, Hannan/Jourkesh, Fatemeh (2013). Investigating Level of Knowledge, Attitudes and Practices of Health Personnel in Larestan regarding Andropause in 2010, in: *Journal of Academic and Applied Studies*, Vol. 3(8), abrufbar unter: <http://academians.org/investigating-level-of-knowledge-attitudes-and-practices-of-health-personnel-in-larestan-regarding-andropause-in-2010> (letzter Zugriff: 6.9.2016)
- Kitsis, Elizabeth A. (2011). The Pharmaceutical Industry's Role in Defining Illness, in: *Virtual Mentor*, Vol. 13(12), 906
- Köhn, F.-M. (2004). Diagnostik und Therapie des Hypogonadismus bei erwachsenen Männern, in: *Der Urologe, Ausgabe A*, Vol. 43(12), 1563–1583
- Krollner, Dr. Björn/Krollner, Dr. med. Dirk M. (2016a). ICD-10-GM-2016 F52.- Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit ICD10, in: *ICD-Code*, abrufbar unter: <http://www.icd-code.de/icd/code/F52.-.html> (letzter Zugriff: 24.6.2016)
- Krollner, Dr. Björn/Krollner, Dr. med. Dirk M. (2016b). ICD-10-GM-2016 N48.4 Impotenz organischen Ursprungs ICD10, in: *ICD-Code*, abrufbar unter: <http://www.icd-code.de/icd/code/N48.4.html> (letzter Zugriff: 24.6.2016)
- Kunze, Michael (2004). Der alternde Mann aus sozialmedizinischer Sicht
- Lasher, Antonio (2015). *The Ugly Truth About Male Menopause*, Lulu Press, Inc
- Lemke, Thomas (2008). Eine Analytik der Biopolitik. Überlegungen zu Geschichte und Gegenwart eines umstrittenen Begriffs, in: *Behemoth*, Vol. 1(1), abrufbar unter: <http://ojs.ub.uni-freiburg.de/behemoth/article/view/755> (letzter Zugriff: 14.8.2016)
- Lexchin, Joel (2006). Bigger and better: How Pfizer redefined erectile dysfunction, in: *PLoS Med*, Vol. 3(4), e132
- Lock, M. (2001). Medicalization: Cultural Concerns A2 - Smelser, Neil J., in: *Baltes, Paul B. (Hrsg.): International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, Oxford: Pergamon, 9534–9539, abrufbar unter: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B0080430767046192> (letzter Zugriff: 3.8.2016)
- Ludwig, G./Porst, H./Wetterauer, U./Sperling, H./et al. (2006). Erektile Dysfunktion, in: *Der Urologe*, Vol. 45(S04), 157–162
- Marshall, Barbara L. (2002). 'Hard Science': Gendered Constructions of Sexual Dysfunction in the 'Viagra Age', in: *Sexualities*, Vol. 5(2), 131–158

- Melnik, Bodo/Jansen, Thomas/Grabbe, Stephan (2007). Anabolikamissbrauch und Bodybuilding-Akne: eine unterschätzte gesundheitliche Gefährdung, in: *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, Vol. 5(2), no-no
- Menopausekongress (2016). Fachausstellung & Sponsoring 2015, in: *Menopausekongress*, abrufbar unter: <http://menopausekongress.at/en/fachausstellung-sponsoring-2015> (letzter Zugriff: 7.9.2016)
- Metka, M./Huber, J.C./Clementi, W. (2015). Menopause, Andropause, Anti-Aging 2015. Hauptprogramm,
- Mey, Christian de (2000). Sinn und Unsinn von Anwendungsbeobachtungen, in: *Medizinische Klinik*, Vol. 95(1), 56–62
- Meyer, Peter C. (2012). Gesellschaftliche Hintergründe der Medikalisierung, in: *Bioethica Forum*,
- Mock, K/Lunglmayer, G (1999). Androgene und Östrogene beim alternden Mann, in: *Journal für Urologie und Urogynäkologie*, Vol. 6(2), 5–9
- Morley, John E. (2001). Editorial: Andropause Is It Time for the Geriatrician to Treat It?, in: *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, Vol. 56(5), M263–M265
- Moynihan, Ray/Heath, Iona/Henry, David (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering, in: *BMJ: British Medical Journal*, Vol. 324(7342), 886–891
- Mumford, Kevin J. (1992). „Lost Manhood“ Found: Male Sexual Impotence and Victorian Culture in the United States, in: *Journal of the History of Sexuality*, Vol. 3(1), 33–57
- National Institute for Health Care Managment (2000). Prescription Drugs and Mass Media Advertising,
- National Institute of Health (1992). NIH Consensus Statement. Impotence, in: *NIH Consensus Statement*, Vol. 10(4), 1–34
- Nielsen (2014). Deutschland 2014. Handel, Verbraucher, Werbung,
- Nielsen (2015). Deutschland 2015. Handel, Verbraucher, Werbung.,
- Nieschlag, E. (2004). Testosterone replacement therapy: current trends and future directions, in: *Human Reproduction Update*, Vol. 10(5), 409–419
- Nieschlag, Eberhard (1992). Testosteron, Anabolika und aggressives Verhalten bei Männern, in: *Dtsch Arztebl*, Vol. 89, 2967–2972
- Novák, Annoesjka/Brod, Meryl/Elbers, Jolanda (2002). Andropause and quality of life: findings from patient focus groups and clinical experts, in: *Maturitas*, Vol. 43(4), 231–237
- Oberster Gerichtshof Österreich (2006). RIS - 10ObS12/06x - Entscheidungstext - Justiz (OGH, OLG, LG, BG, OPMS, AUSL), abrufbar unter: https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JIT_20060307_OGH0002_010OBS00012_06X0000_000 (letzter Zugriff: 26.8.2016)
- Oberster Gerichtshof Österreich (2004). RIS - 10ObS227/03k - Entscheidungstext - Justiz (OGH, OLG, LG, BG, OPMS, AUSL), abrufbar unter: https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JIT_20040727_OGH0002_010OBS00227_03K0000_000 (letzter Zugriff: 26.8.2016)
- Pipon, Jean-Christophe Bélisle/Williams-Jones, Bryn (2015). Regulating Direct-to-Consumer Drug Information: A Case Study of Eli Lilly’s Canadian 40over40 Erectile Dysfunction Campaign, in: *Healthcare Policy*, Vol. 10(4), 16–23
- Plewig, Gerd/Kligman, Albert M. (1993). Androgen Excess in Men, in: *ACNE and ROSACEA*, Springer Berlin Heidelberg, 351–355, abrufbar unter: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-97234-8_29 (letzter Zugriff: 6.9.2016)
- Potts, Annie/Gavey, Nicola/Grace, Victoria M./Vares, Tiina (2003). The downside of Viagra: women’s experiences and concerns, in: *Sociology of Health & Illness*, Vol. 25(7), 697–719

- Reincke, Prof. Dr. med. Martin (2016). BR Data: Testosteron-Doping, abrufbar unter: <http://web.br.de/interaktiv/testosteron/> (letzter Zugriff: 9.6.2016)
- Rieder, A. (2003). PADAM im Kontext von Public Health, in: *Blickpunkt der Mann*, Vol. 1(3), 26–33
- Rieder, Anita/Kunze, Michael (2016). MENOPAUSE AND ANDROPAUSE - THE SOCIOMEDICAL VIEWPOINT, abrufbar unter: https://www.researchgate.net/publication/242525029_MENOPAUSE_AND_ANDROPAUSE_-_THE_SOCIOMEDICAL_VIEWPOINT (letzter Zugriff: 6.9.2016)
- Saenz, Jose Luis (2012). Testosterone is for real,
- Salzmann, Dr. Jan (2016). Leiden Männer unter Wechseljahren?,
- Samaras, N./Frangos, E./Forster, A./Lang, P.-O./et al. (2012). Andropause: A review of the definition and treatment, in: *European Geriatric Medicine*, Vol. 3(6), 368–373
- Schill, W. B. (2001). Fertility and sexual life of men after their forties and in older age, in: *Asian Journal of Andrology*, Vol. 3(1), 1–7
- Schott, Gisela (2015). Erfundene Krankheiten? Zur aktuellen Problematik des Disease Mongering, abrufbar unter: <http://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/Artikel/201504/178h/index.php> (letzter Zugriff: 18.8.2016)
- Singh, Parminder (2013). Andropause: Current concepts, in: *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, Vol. 17(9), 621
- Sontowski, Claudia (2015). Viagra im Alltag, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, abrufbar unter: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-658-11707-8> (letzter Zugriff: 6.7.2016)
- Spurling, Geoffrey K./Mansfield, Peter R./Montgomery, Brett D./Lexchin, Joel/et al. (2010). Information from Pharmaceutical Companies and the Quality, Quantity, and Cost of Physicians' Prescribing: A Systematic Review, in: *PLOS Med*, Vol. 7(10), e1000352
- Tan, Robert S. (2002). Letter to the Editor Andropause: introducing the concept of 'relative hypogonadism' in aging males, in: *International journal of impotence research*, Vol. 14(4), 319–319
- Tan, Robert S./Culberson, John W. (2003). An integrative review on current evidence of testosterone replacement therapy for the andropause, in: *Maturitas*, Vol. 45(1), 15–27
- Tariq, S. H./Haren, M. T./Kim, M. J./Morley, J. E. (2005). Andropause: Is the Emperor Wearing Any Clothes?, in: *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, Vol. 6(2), 77–84
- The Rachel Maddow Show (2012). Bob Dole Viagra Commercials, abrufbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=axy72lIVgVQ> (letzter Zugriff: 27.8.2016)
- Tiefer, Leonore (1986). In Pursuit of the Perfect Penis The Medicalization of Male Sexuality: MALE SEXUALITY BIOMEDICAL APPROACHES TO MALE SEXUAL PROBLEMS PUBLIC INFORMATION ABOUT PENILE PROSTHESES CRITIQUE OF THE BIOMEDICAL APPROACH THE ALLURE OF MEDICALIZED SEXUALITY THE RISING IMPORTANCE OF SEXUALITY IN PERSONAL LIFE THE MEDICALIZATION OF IMPOTENCE: PART OF THE PROBLEM OR PART OF THE SOLUTION? PREVENTIVE MEDICINE: CHANGING THE MALE SEXUAL SCRIPT REFERENCES, in: *The American Behavioral Scientist* (1986-1994), Vol. 29(5), 579
- Tiefer, Leonore (1994). The Medicalization of Impotence: Normalizing Phallogentrism, in: *Gender and Society*, Vol. 8(3), 363–377
- Vainionpää, Kirsi (2006). „Male menopause“: the birth of a new illness, Rovaniemi: University of Lapland
- Vainionpää, Kirsi J./Topo, Päivi (2005). The making of an ageing disease: the representation of the male menopause in Finnish medical literature, in: *Ageing and Society*, Vol. 25(6), 841

- Verma, Punam/Mahajan, K. K./Mittal, Sunita (2006). Andropause-a debatable physiological process, in: *JK science*, Vol. 8(2), 68–72
- Vermeulen, A (2000). Andropause, in: *Maturitas*, Vol. 34(1), 5–15
- Vitabasix (2016a). VitaBasix®: Home, abrufbar unter: <https://www.vitabasix.com/home.html> (letzter Zugriff: 7.9.2016)
- Vitabasix (2016b). VitaBasix®: Über uns, abrufbar unter: <https://www.vitabasix.com/informationen/ueber-uns.html> (letzter Zugriff: 7.9.2016)
- Wehling, Peter (2008). Selbstbestimmung oder sozialer Optimierungsdruck? Perspektiven einer kritischen Soziologie der Biopolitik, in: *Leviathan*, Vol. 36(2), 249–273
- Wehling, Peter/Viehöver, Willy/Keller, Reiner/Lau, Christoph (2007). Zwischen Biologisierung des Sozialen und neuer Biosozialität: Dynamiken der biopolitischen Grenzüberschreitung, in: *Berliner Journal für Soziologie*, Vol. 17(4), 547–567
- Wespes, E./Schulman, C. C./others (2002). Male andropause: myth, reality, and treatment, in: *International journal of impotence research*, Vol. 14, 93–98
- Wöllmann, Torsten (2004). Andrologie und Macht: Die medizinische Neuerfindung des Männerkörpers, in: Lenz, Ilse/Mense, Lisa/Ullrich, Charlotte (Hrsg.): *Reflexive Körper?*, Reihe Geschlecht und Gesellschaft. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 255–279, abrufbar unter: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-663-11257-0_10 (letzter Zugriff: 7.9.2016)
- Zitzmann, M./Nieschlag, E. (2003). Der Altershypogonadismus des Mannes, in: *Der Internist*, Vol. 44(10), 1313–1321

Ehrenwörtliche Erklärung

Felix Sisenop

Name

6. Fachsemester

Semester

1307381

Matrikelnummer

Soziologie

M. A.–Studiengang

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel

Die Medikalisierung der erektilen Dysfunktion und der Andropause – zwei Erfolgsgeschichten

eigenständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Des Weiteren erkläre ich, dass ich alle wörtlichen und indirekten Zitate sowie Grafiken, Tabellen und Abbildungen aus den angegebenen Quellen und Hilfsmitteln korrekt gekennzeichnet habe.

Mir ist bekannt, dass ein Verstoß gegen diese Regelung als Plagiat betrachtet wird. In diesem Fall wird die Arbeit mit „nicht ausreichend“ bewertet. Im Wiederholungsfall hat dies den Ausschluss von weiteren Prüfungen – und damit vom Studium – zur Folge.

14.09.2016

Datum

Unterschrift

Anhang

Abstract

Die Masterarbeit befasst sich mit der Medikalisierung der erektilen Dysfunktion und der Andropause. Durch Darstellung beider Themen und anschließendem Vergleich wird dies behandelt. Themen des Alterns, der Körperlich- und Männlichkeit werden dort verhandelt. Mithilfe der Foucaultschen Biopolitik werden AkteurInnen identifiziert und in ihren Zusammenhängen beleuchtet. Die Medikalisierung der erektilen Dysfunktion stellt sich als weiter fortgeschritten dar als die der Andropause, wobei das Phänomen der Andropause ein hohes Expansionspotenzial besitzt. Dabei berühren beide Medikalisierungsprozesse vergleichbare Themenkomplexe und beeinflussen gesellschaftliche Entwicklungen. AkteurInnen werden so vor die Aufgabe gestellt, sich in Medikalisierungsprozessen kompetent bewegen und ihre Position in den Wechselwirkungen und dem gesamten Diskurs bestimmen zu können.