



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Qual der Wahl

Spannungen zwischen Subjekt und
biomedizinischem Diskurs im Kontext der
Wechseljahre

Verfasserin

Bakk. Veronika Eberhart

angestrebter akademischer Grad
Magistra der Geistes- und Kulturwissenschaften (Mag. phil.)

Wien, 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:
Studienrichtung lt. Studienblatt:
Betreuerin:

A 066/813
Soziologie
Dipl.-Soz. Dr. Roswitha Breckner

Danksagung

Diese Arbeit wäre ohne die Mithilfe einiger lieber Menschen in der vorliegenden Form nicht möglich gewesen.

Allen voran möchte ich mich bei meinen Interviewpartnerinnen dafür bedanken, dass sie mir einen Einblick in die Bedeutung ihrer Wechseljahre gewährten. Ihre Erzählungen waren nicht nur wesentlich für das Zustandekommen dieser Arbeit, sondern ermöglichten mir auch diese spannende Zeit aus den unterschiedlichsten Perspektiven zu betrachten.

Frau Dipl.-Soz. Dr. Roswitha Breckner danke ich für ihre Unterstützung meines Forschungsvorhabens und für die urteilssichere Betreuung meiner Diplomarbeit. Schon während meines Studiums boten ihre Lehrveranstaltungen wichtige Räume, in denen ich mit meinen Kolleg_innen über die Verknüpfungen zwischen Geschlecht, Körper und Wissen diskutieren und nachdenken konnte.

Ganz besonderer Dank gilt Julia Mitterbauer, Alena Pfoser und Carmen Köhler fürs gemeinsame Interpretieren, Diskutieren und darüber hinaus auch noch für das Korrigieren der Arbeit. Die anregenden und aufheiternden Gespräche über den Inhalt der Untersuchung, aber auch über den Prozess des Schreibens, motivierten mich immer wieder aufs Neue. Bernadette Schönangerer und Daniela Rechling möchte ich herzlich für das Korrekturlesen und für die wertvollen Anmerkungen danken. Patrick Anthofer unterstützte mich bei der Formatierung der Arbeit.

Dank gilt auch Andreas Dvořák für die Ablenkungen in den arbeitsintensiven Zeiten und für das gute Essen zu späten Stunden.

Schließlich bedanke ich mich bei meinen Eltern für ihre finanzielle Unterstützung und bei meiner Mutter dafür, dass sie mich auf ihre Art immer wieder zum Lachen bringt. Meiner Schwester, Ruth Eberhart, sei Dank dafür, dass sie mir in jungen Jahren gezeigt hat, dass es sich lohnt zu kämpfen.

1	EINLEITUNG	7
2	DIE BIOMEDIZINISCHE KONSTRUKTION DER MENOPAUSE	12
2.1	Begriffsbestimmung	12
2.2	Entstehungsgeschichte der Menopause	16
2.3	Die Etablierung des „weiblichen“ Sexualhormons	18
2.4	(Neu)Definition der Menopause durch chemische Substanzen	22
2.5	Der Kampf um die Bedeutung der Hormontherapie	24
2.6	Die Menopause: ein lokales Konzept	32
2.7	Hormontherapie als ein Akt der Selbstermächtigung?	36
3	WISSENSSOZIOLOGISCHE DISKURSANALYSE	40
3.1	Theoretischer Hintergrund	41
3.1.1	Das Verhältnis von Subjekt und Diskurs bei Michel Foucault	42
3.1.2	Der Geschlechtskörper	44
3.1.3	Das Problem der Handlungsfähigkeit: Ein wissenssoziologischer Ansatz	46
3.2	Material und Methode	48
3.2.1	Reiner Kellers Forschungsprogramm der wissenssoziologischen Diskursanalyse	48
3.2.2	Grounded Theory	50
3.2.3	Entwicklung der Fragestellung	54
3.2.4	Kontaktaufnahme und Zusammenstellung des Samples	55
3.2.5	Durchführung der Interviews	56
4	DARSTELLUNG DER EMPIRISCHEN ERGEBNISSE	58
4.1	Anwendung der Hormontherapie	60
4.1.1	Falldarstellung Ulrike E.	60
4.1.2	Try & Error – die langwierige Suche nach der passenden Medikation	64
4.1.3	Entscheidung für die HT: Bedingungen und Voraussetzungen	71
4.1.4	Erfolgreiches „Ausschleichen“ oder lebenslange Hormontherapie: Unklarheiten über die Dauer der HT	74
4.2	Ablehnung der Hormontherapie	77
4.2.1	Falldarstellung Dorothe L.	77
4.2.2	Subjekt zwischen den Fronten: konkurrierende Behandlungsformen innerhalb des medizinischen Systems	82
4.2.3	Die Entscheidung gegen die HT: Bedingungen und Voraussetzungen	88
4.2.4	Widerständiges Handeln: Non-Compliance, Pseudocompliance, Erleben und Spüren	94

5 SCHLUSSFOLGERUNGEN	102
6 LITERATUR	106
ANHANG	113
Tabellen	113
Transkriptionszeichen	115

1 Einleitung

Menopause, *Wechseljahre* und *Klimakterium* sind Begriffe, die durch sämtliche populärwissenschaftliche Ratgeberliteratur und Medienformate schwirren. Selten wird jedoch geklärt, welcher Wechsel von wem, wohin gemacht wird und des Öfteren bleibt die Impression, dass die Menopause schlichtweg der Auftakt zu Krankheit und Alter sei. Dieses Bild kommt nicht von ungefähr, da die Pathologisierung der Menopause eine lange Tradition hat und im gegenwärtigen biomedizinischen Diskurs aktualisiert wird.

Seit einiger Zeit beschäftigen sich mehrere feministische WissenschaftlerInnen¹ mit den komplexen Prozessen der historischen und medizinischen Konstruktion der Wechseljahre. Durch wissenschaftskritische Analysen biomedizinischer Fachdiskurse betrachten SozialwissenschaftlerInnen Entstehungszusammenhänge der Wechseljahre, deren Genese als *hormoneller Zustand* in den 1930er Jahren begann (vgl. Greifeld 2002: 23). Gemeinsam ist diesen Studien die Kritik an einer unhinterfragten und von der pharmazeutischen Industrie gelenkten Medikalisierung des weiblichen Körpers.

Die biomedizinische Definition der Menopause als defizitären Zustand berücksichtigt weder soziale Faktoren noch biografische Ereignisse, sondern bezieht sich ausschließlich auf ein chemisches Erklärungsmodell des Körpers (Oudshoorn 1994). KritikerInnen dieser reduktionistischen Determinierung argumentieren, dass mit der biomedizinischen Gesundheitsvorstellung „die Subjektivität von Körperempfindungen“ verloren geht: „Die naturwissenschaftlich orientierte Medizin versucht, Krankheit und Gesundheit immer genauer auf kleinster, subzellulärer Ebene zu definieren und zu erklären; die dadurch entstehenden systematisierten Krankheitsbilder sind unabhängig von dem einzelnen kranken Menschen“ (Bolte et. al. 1996: 12).

Nicht alle wissenschaftskritischen TheoretikerInnen teilen diese Auffassung. Vor allem im US-amerikanischen Raum entstand in Anlehnung an Donna Haraway und Michel Foucault ein feministischer Kanon,² der die Entwicklung neuer Technologien nicht

¹ z.B. Greer (1991), Oudshoorn (1994), Banks (2002)

² z.B. Lykke (1996), Braidotti (1996), Sourbut (1996)

ausschließlich als repressive Form der Unterdrückung erfasst. Denn durch die Entstehung der modernen Medizin werden auch neue Gestaltungs- und Handlungsperspektiven bezüglich des eigenen Körpers entworfen. Hinter dieser Argumentation steht die theoretische Annahme, dass der weibliche Körper das Resultat diskursiver Prozesse ist und daher kein „realer Körper“ vordiskursiv existiert (vgl. dazu Lupton 2006: 170). Der Körper wird hier nicht als etwas Natürliches und somit dem Kulturellen vorgängigen betrachtet, er ist vielmehr immer schon ein sozialer Körper, der durch Subjektivierungen hervorgebracht wird (vgl. Bublitz 2002: 39). Somit sind auch subjektive Körperwahrnehmungen *diskursiv konfiguriert* (Villa 2006: 178) und nicht von der Entwicklung neuer Technologien zu trennen. Die poststrukturalistischen TheoretikerInnen fordern demnach nicht eine Befreiung vom medizinischen System, sondern rufen Feministinnen dazu auf, sich in die naturwissenschaftlichen Wissensproduktion über den Körper einzumischen und an der Generierung neuen Wissens zu partizipieren, um einen Wandel der Vorstellungen und Repräsentation des Körpers zu bewirken (vgl. van Wingerden 1996: 203).

Zu beachten ist, dass die neu geschaffenen Handlungsmöglichkeiten nicht frei verfügbar sind. Eingebettet in ein Diskursgeflecht, in dem Ideologien von Schönheit und Jugendlichkeit vorherrschen, nimmt die Biomedizin eine normierende Rolle ein und übt im Namen der Gesundheit soziale Kontrolle aus (vgl. Zola 1990: 398). Die Bestimmungsmacht über Krankheit und Gesundheit geht dabei mit der mächtigen Unterscheidung zwischen Norm und Abweichung einher. Dieser Norm zu entsprechen und den eigenen Körper zu optimieren wird vor dem Hintergrund der Hochstilisierung von Jugend und Leistungsfähigkeit in einer neoliberalen Gesellschaft zur Pflicht (vgl. Bolte et al. 1996: 16). In diesem Zusammenhang ist auch die Vermarktung der Hormontherapie zu sehen. Sowohl als Mittel gegen Alterserscheinungen, als auch als Präventivmaßnahme avancierte die hormonelle Behandlung von Frauen im mittleren Alter im 20. Jahrhundert zum gesellschaftlichen Imperativ (vgl. Leysen 1996: 174).

Ziel dieser Arbeit ist es, die Genese des biomedizinischen Diskurses der Wechseljahre kritisch zu beleuchten, und aktuelle Formen subjektbezogenen Handelns zu analysieren. Das fokussierte Diskursfeld der Wechseljahre ist an gesundheitspolitische Entscheidungen und gesellschaftliche Erwartungen gebunden, die sich am Körper

kreuzen. Gerade weil jene institutionellen Strukturen tief im Subjekt wirken, ist es mir ein Anliegen, betroffene Frauen in die Sprecherinnen-Position zu rücken, um ihre Rolle der agierenden Akteurinnen zu stärken. Anhand der Analyse von narrativen Interviews mit Frauen, die sich in den Wechseljahren verorten, sollen subjektbezogene Handlungsmuster rekonstruiert werden.

Die Handlungspraktiken der einzelnen AkteurInnen im Feld der medizinischen Objektivierung und gesellschaftlichen Zuschreibungen gestalten sich in unterschiedlicher Weise. Nicht nur innerhalb der medizinischen Disziplin, sondern auch aufgrund eines wachsenden Marktes alternativmedizinischer Angebote, stehen „der Frau in den Wechseljahren“ eine Fülle von Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Auch wenn der biomedizinische Diskurs der Hormonbehandlung die Wechseljahre dominiert sind die individuellen Handlungsformen dennoch äußerst heterogen.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen entwickelten sich drei Fragen, die als Orientierungsrahmen meiner empirischen Untersuchung dienen:

- Wie positionieren sich Frauen innerhalb des vorherrschenden medizinischen Diskurses?
- Wie gestaltet sich der Umgang mit medizinischen Angeboten?
- Warum und wie entscheiden sich Frauen für oder gegen die Einnahme von Hormonpräparaten?

Um einen Rahmen für die Analyse subjektbezogener Handlungspraktiken zu schaffen, bedarf es einer detaillierten Betrachtung der Bedeutung der Wechseljahre und ihrer Entstehungsgeschichte. Demnach beinhaltet das *zweite Kapitel* eine ausführliche Darstellung feministischer Wissenschaftskritik am biomedizinischen Diskurs der Wechseljahre. Anhand von Studien und Forschungsergebnissen soll ein Überblick über die Genealogie der Wechseljahre, deren Bündnis mit Hormonen und über aktuelle Entwicklungen und Diskussionen gegeben werden. In Anlehnung an unterschiedliche epistemologische Ansätze werden Auswirkungen und Perspektiven neuer Technologien diskutiert. Dabei folge ich der Menopause von ihrer Entstehungsgeschichte im 19. Jahrhundert über ihre (Neu)Definition durch chemische Substanzen in der ersten Hälfte

des 20. Jahrhunderts bis zu den aktuellen, kontroversiellen Diskussionen über Nutzen und Schaden der Hormontherapie. Die archäologische Studie von Nelly Oudshoorn „Beyond the natural body“ (1994) bildet einen wesentlichen Ausgangspunkt für die Rekonstruktion des Entstehungszusammenhanges, in dem die Menopause als Hormonmangelkrankung definiert wurde. In ihrer diachronen Analyse erklärt sie, wie es durch das Zusammenwirken von Institutionen zur Vermarktung von „weiblichen“ und nicht von „männlichen“ Sexualhormonen kam (vgl. Oudshoorn 1994: 140). In der Tat ist die Genese der Menopause von der Konzentration auf den weiblichen Körper geprägt. Mit der Professionalisierung der Gynäkologie im 19. Jh. wurde der Frauenkörper „zum medizinischen Objekt par excellence“ (Wöllmann 2004: 262). Eine mögliche Ursache dieser asymmetrischen Problematisierung kann in der männlichen Dominanz der medizinischen Wissensproduktion gesehen werden (vgl. Ehrenreich/English 1990). Aktuelle Studien weisen darauf hin, dass sich in den letzten Jahren die Wissens- und Arbeitsbereiche der Andrologie in einem Maße etablierten, dass auch der Männerkörper zunehmend ins Zentrum der Interessen von Pharmafirmen und medizinischer Objektivierung rückt (vgl. Wöllmann 2004). Es wird sich zeigen, ob die neuen Entwicklungen ähnlich wie in der Genese der „weiblichen“ Menopause auch aus dem Mann im mittleren Alter ein defizitäres Wesen machen.

Im *dritten Kapitel* werden die theoretischen und methodologischen Bezugsrahmen sowie das methodische Vorgehen meiner Arbeit vorgestellt. Die von Reiner Keller entworfene Wissenssoziologische Diskursanalyse (2004) dient als produktive Forschungsperspektive, die eine multilaterale Betrachtung des Diskursfeldes Wechseljahre ermöglicht. Keller adaptiert die diskurstheoretischen Annahmen Michel Foucaults und übersetzt sie in eine wissenssoziologische Analyse sozialer Realität. Dies ermöglicht vor allem eine erweiterte Betrachtung des Verhältnisses zwischen Subjekt und Diskurs. Das Problem der Handlungsfähigkeit diskutiere ich zunächst anhand der TheoretikerInnen Michel Foucault und Judith Butler um anschließend durch eine wissenssoziologische Perspektive auf die Bedeutung subjektbezogener Handlungen für die Konstruktion sozialer Wirklichkeit hinzuweisen.

Die Verbindung von Diskurstheorie und Wissenssoziologie lässt eine empirische Vorgehensweise zu, die sich an der interpretativen Sozialforschung orientiert. Keller

empfiehlt zur Analyse einen Rückgriff auf die Methoden, die im Rahmen der Grounded Theory entwickelt wurden. Die Methodologie dieses Forschungsprogramms bildet die Grundlage für die Auswertung der narrativen Interviews. Neben der Erhebungsmethode und den Auswertungsschritten werden im dritten Kapitel auch die Zusammensetzung des Samples sowie das konkrete methodische Vorgehen vorgestellt.

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung werden schließlich im vierten Kapitel dargelegt. Ausgangspunkt der Rekonstruktion individueller Handlungsmuster sind zwei ausführlich dargestellte Fallbeispiele, die mit Passagen aus weiteren Interviews kontrastiert und erweitert werden. Aus der gegenstandsverankerten Analyse werden sechs Kategorien entwickelt, die aufzeigen, wie die Motivationen, Bedingungen und Strategien im Entscheidungsprozess für (k)eine bestimmte Behandlungsform wirken. Im letzten Kapitel werden schließlich die Ergebnisse der Analyse zusammengefasst und zu den theoretischen Überlegungen in Beziehung gesetzt.

2 Die biomedizinische Konstruktion der Menopause

2.1 Begriffsbestimmung

In den Sozial- und Geisteswissenschaften haben sich viele feministische WissenschaftlerInnen kritisch mit der medizinischen Objektivierung der Menopause und daran gekoppelte reduktionistische Determinationen des weiblichen Körpers auseinandergesetzt. Die Menopause, so wird entgegnet, ist keine Krankheit sondern „ein natürliches Stadium im Leben einer Frau“ (Love 1997: 12). Das Erleben der Wechseljahre variiert von Person zu Person und nicht zwingend müssen Anzeichen der körperlichen Veränderung als Beschwerden wahrgenommen werden. Biologisch betrachtet erfolgt, ähnlich wie in der Pubertät, eine hormonelle Umstellung im Inneren des Körpers (Love 1997). Jedoch wird die Menopause in ihrer sozialen Dimension meist nicht als Chance bzw. als positiver Verwandlungsprozess in der öffentlichen Diskussion rezipiert, sondern vielmehr als eine Phase von Risiken und Krankheit thematisiert.

Germain Greer kämpft mit ihrem Buch „The Change: Women, Aging and the Menopause“ (1991) vehement gegen eine gesellschaftliche Entwertung des Alters - und im Speziellen des weiblichen Körpers im Alter - an. Sie betrachtet die Wechseljahre als Auftakt zur Freiheit, in der Frauen nicht mehr den Anforderungen einer patriarchalen Gesellschaft entsprechen müssen und dadurch gelöst von Konventionen in einen neuen Lebensabschnitt eintreten können.

Durchblättert man jedoch die aktuelle Ratgeberliteratur zum Thema Menopause oder verfolgt man aufmerksam die mediale Repräsentation der Wechseljahre, so werden nach wie vor weibliche Leitbilder geschaffen, in denen Jugendlichkeit und Attraktivität zu den wichtigsten Attributen einer Frau gehören. Gekoppelt an die vorherrschenden Ängste vor Alter und Tod in den industrialisierten Gesellschaften, eröffnet die

Sehnsucht nach ewiger Jugend einen fast unüberschaubaren Markt an Produkten, die der Frau im mittleren Alter angeboten werden.

Aber was ist denn nun eigentlich genau unter den Begriffen Wechseljahre, Menopause und Klimakterium zu verstehen? Wenden wir uns der medizinischen Definition der Umbruchsphase im mittleren Alter zu, so wird das *Klimakterium* folgendermaßen erfasst:

[zu gr. κλιμακτηριον = Stufenleiter; kritischer Zeitpunkt des menschlichen Lebens] s; -s, ...rien [...i^en], in fachspr. Fügungen: Climacterium, *Mehrz.:* ...ria: „Wechseljahre“, kritischer Zeitraum im Leben der Frau (etwa um das 47. Lebensjahr), in dem die regelmäßigen Monatsblutungen aufhören u. in dem sich als Folge einer verminderten Eierstocksfunction bestimmte physische u. psychische Veränderungen (wie Rückbildung der Geschlechtsorgane, Hitzewallungen, Depressionen) einstellen“ (Ahlheim 1985: 380).

„sog. Wechseljahre der Frau; durch Erlöschen der zykl. Ovarialfunktion bedingte Übergangsphase von der vollen Geschlechtsreife bis zum *Senium*; zentrales Ereignis ist die *Menopause* (durchschnittlich im 50.-52. Lebensjahr); Einteilung; *Prä-, Peri- und Postmenopause*; Sympt.: etwa ein Drittel aller Frauen im Klimakterium ist subjektiv symptomfrei; ein Drittel gibt subjektiv vegetative Beschwerden an, bei einem weiteren Drittel erreichen die Beschwerden Krankheitswert (s. Menopausensyndrom)“ (Pschyrembel 1990: 937f).

Unter *Senium* wird wiederum das „Greisenalter“ definiert, welches mit „erheblichem körperlichen und geistigen Abbau und Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens“ einhergeht (ebd.: 1669).

Das „kritische“ Stadium wird in die Phasen *Prämenopause*, *Pärimenophase*, *Menopause* und *Postmenopause* unterteilt. Mit der *Menopause* wird im eigentlichen und medizinischen Sinne der Zeitpunkt der letzten Menstruation bezeichnet, welcher meist nach einem Jahr retrospektiv festgelegt wird. Als *Prämenopause* werden die ersten Jahre des Klimakteriums benannt. Es kann hier bereits zu einem unregelmäßigen Menstruationsverlauf und zum Auftauchen unterschiedlicher Symptome kommen (vgl. Love 1997: 22). Die Zeit nach der letzten Regelblutung wird schließlich als

Postmenopause definiert. Mit dem medizinischen Terminus *Perimenopause* wird die Phase um die Menopause herum erfasst: „[...] das heißt die Zeitspanne von etwa zwei Jahren vor der letzten Menstruation bis zwei Jahre danach. Die Postmenopause und die Prämenopause und die überschneiden sich also teilweise mit der Perimenopause“ (Love 1997: 22). Der Begriff Menopause wird in der Literatur meist synonym mit der Bezeichnung Postmenopause verwendet. Ich schließe mich diesem Gebrauch in meiner Arbeit an und verwende den Ausdruck Menopause auch für den Zeitraum nach der letzten Regelblutung. Als einen weiteren zentralen Begriff benutze ich in der vorliegenden Arbeit den Ausdruck „Wechseljahre“, welcher meist im alltäglichen Sprachgebrauch für die Beschreibung der Zeit um die letzte Regelblutung angewandt wird. Die Verwendung ergibt sich einerseits aus den Gesprächen mit meinen Interviewpartnerinnen, die selbst diesen Begriff für die Umschreibung der letzten Menstruation und damit einhergehende Symptome wählten. Zum anderen wird das Wort „Wechseljahre“ auch in der populären Literatur und in den öffentlichen Diskussionen in Österreich anstelle der klinischen Bezeichnung Klimakterium verwendet.

Die Auslegung des mittleren Alters als kritischer Punkt im menschlichen Leben, wie die medizinische Definition vermittelt, lässt eine positive Konnotation der letzten Regelblutung nur schwer zu. Es scheint vielmehr so, als bedeutet das Klimakterium eine Zeit, in der bestimmte Funktionen für immer erlöschen und der Weg ins Greisenalter unwiderruflich bevor steht. Um diesem zum Problem erhobenen Zustand entgegenzuwirken, erfolgte im 20. Jahrhundert eine umfangreiche Medikalisierung des weiblichen Körpers. Der Soziologe Peter Conrad begreift die Medikalisierung als einen Prozess in dem ein nichtmedizinisches Problem zu einer medizinischen Tatsache transformiert wird: „Medicalization consists of defining a problem in medical terms, using medical language to describe a problem, adopting a medical framework to understand a problem, or using a medical intervention to „treat“ it“ (Conrad 1992: 211).

Als vorherrschende Behandlung des postulierten Hormonmangels setzte sich im europäischen und nordamerikanischen Raum in den 60er und 70er Jahren die

Hormontherapie³ durch. Die Menopause wurde damit zu einer medizinischen Angelegenheit und die Einnahme von Hormonpräparaten im mittleren Alter zum gesellschaftlichen Imperativ erhoben (vgl. Leysen 1996: 174).

Es sollte jedoch nicht lange dauern bis die ersten kritischen Stimmen auf Neben- und Folgewirkungen der Wunderdroge „Östrogen“ aufmerksam machten. Auf Grund von Langzeitstudien, die negative Effekte der Hormontherapie beobachteten, rieten WissenschaftlerInnen und Teile der Ärzteschaft von einer Einnahme der Östrogenpräparate ab. Daraufhin folgten wiederum unterschiedlichste Strategien der Rettung der Hormontherapie, die ich im Kapitel 2.5 darstellen werde. Bis zum heutigen Tag sind die Wechseljahre ein heiß umkämpftes Feld unterschiedlicher Interessen und verschiedener epistemologischer Ansätze. Neue Studienergebnisse schaukelten die Diskussion, an der MedizinerInnen, FeministInnen, WissenschaftlerInnen und Pharmafirmen beteiligt waren, immer wieder auf und die zentralen Fragen, ob und wie das Klimakterium zu behandeln ist, blieben bestehen.

Bevor ich die genauen Vorgänge, die sich in den letzten Jahrzehnten ereigneten, betrachte, möchte ich zunächst der Frage nachgehen, wie es zu der modernen medizinischen Rezeption der Menopause gekommen ist, aus welchem historischen Kontext und unter welchen wissenschaftlichen Bedingungen die Bezeichnung der Menopause überhaupt entstanden ist. Für die Klärung dieser Fragen widme ich mich vorab der historischen Genese der Menopause, um danach ihre (Re)Definition durch die Entdeckung der Hormone zu beleuchten. Die Biologin und Wissenschaftstheoretikerin Nelly Oudshoorn untersucht in ihrer Archäologie der Sexual-Hormone, wie durch Naturalisierungsprozesse wissenschaftliche Tatsachen zu ontologischen Objekten werden. In ihrem Buch „Beyond the natural body“ (1994), das sich in einer von Michel Foucault geprägten Betrachtung der Geschichte einordnet, untersucht sie den Entstehungszusammenhang und die daran anschließende erfolgreiche Etablierung des weiblichen Sexualhormons. Anhand ihrer und anderer Studien, die den biomedizinischen Diskurs des weiblichen Körpers analysieren, sollen

³ In der vorliegenden Arbeit verwende ich vorzugsweise den Begriff Hormontherapie (HT) anstatt der medizinischen Bezeichnung Hormonersatztherapie (HET), da dieser Ausdruck bereits suggeriert, dass die Menopause eine Mangelkrankung ist, die durch einen Ersatz von Medikamenten behandelt werden muss.

Naturalisierungsstrategien, durch die die Menopause zu einem defizitären Zustand erklärt wurde, kritisch beleuchtet werden. Denn, so formuliert der Wissenschaftstheoretiker und Soziologe Ludwik Fleck treffend: „Das Gewesene ist viel gefährlicher – oder eigentlich erst dann gefährlich – wenn die Bindung mit ihm unbewusst oder unbekannt bleibt“ (Fleck 1994: 31).

2.2 Entstehungsgeschichte der Menopause

Die Bezeichnung Menopause wurde erstmals 1816 in einer Publikation des französischen Arztes Gardanne verwendet (vgl. Banks 2002: 5). Der Ausdruck wurde zunächst zur Erfassung von körperlichen Veränderungen und bald darauf als Krankheitsbild, welches im Verlauf des 19. Jahrhunderts für eine Anzahl von psychischen und physischen Anomalien verantwortlich gemacht wurde, definiert. Schon wenige Jahre nach der Begriffsbestimmung wurden bereits Symptome, als deren Verursacherin die Menopause galt, festgelegt. Neben physiologischen Beschwerden und Krankheitsbildern wie Hitzewallungen, Verdauungsstörungen, Tuberkulose und Diabetes waren auch mentale Abweichungen, wie Melancholie, Depression und Geisteskrankheiten als Merkmale der Menopause definiert (vgl. Fausto-Sterling 1985: 113). Auch das allein für Frauen entworfene Krankheitsbild der Hysterie, welches sich schon durch etliche Epochen der Geschichte schlich, wurde als medizinische Diagnose für die menopausale Frau angewandt. Obwohl die Gründe und Eigenschaften der Hysterie über die Jahre hinweg unterschiedlich interpretiert wurden, steht jenes Konzept konstant als Ausdruck des anormalen und unberechenbaren weiblichen Körpers (vgl. Christina von Braun 2000: 27). Die Menopause wurde zunehmend als unausweichlicher, katastrophaler Zustand beschrieben, der des Eingreifens der medizinischen Hilfe bedürfe um das Leiden dieser „kritischen Phase“ zu lindern (vgl. Greer 1992: 33). In Folge dessen wandten Mediziner eine breite Palette an Behandlungsarten an, welche von Mineralbädern, Abstinenz vom Geschlechtsverkehr, über Aderlass und Opiumbehandlungen, bis hin zur Ruhigstellung von Frauen reichten (vgl. Banks 2002: 5).

Die Pathologisierung der Menopause, welche sich im 20. Jahrhundert fortsetzte, wurzelt in einer frauenfeindlichen medizinischen Tradition des 19. Jahrhunderts. Die Bestimmung der Frau lag zu dieser Zeit in der Aufrechterhaltung der Familie. Ihre Aufgaben lagen in ihrer Reproduktionsfähigkeit und damit einhergehend in der Entfaltung ihrer mütterlichen Instinkte, während ihr jegliches Lustempfinden abgesprochen wurde. Darüber hinaus behauptete man, dass die weibliche Sexualität der Reproduktionsleistung diametral entgegen stünde und somit die Lust im weiblichen Wesen nichts verloren hätte (vgl. Ehrenreich/English 1990: 278). Diese Annahmen gingen mit einem faszinierten männlichen Blick auf den hemmungslosen „wilden“ Frauenkörper einher. Denn würde das weibliche Verlangen nämlich einmal freigesetzt, so die Meinung der Ärzteschaft, könnte die Libido der Frauen unkontrollierbare Formen annehmen, was verheerende Folgen mit sich bringen würde. So verwandelten sich, laut medizinischen Beobachtungen, junge Frauen zu „nymphomanischen Jungfrauen“, welche sich durch das unersättliche Verlangen selbst zerstörten (ebd.: 278). Wissenschaftliche Entwicklungen, die diese Gefahren bändigen sollten, ließen nicht lange auf sich warten. Zur Abwehr von Nymphomanie, Masturbation und „unnatürlicher“ Größe der Klitoris wurden im 19. Jahrhundert chirurgische Eingriffe, in denen man die Klitoris entfernte, vollzogen. Daneben avancierte die operative Entfernung der Eierstöcke zum meist verbreiteten Eingriff zur Regulierung des weiblichen Wesens (ebd.: 279)

Die Stilisierung der Menopause zu einem düsteren Zustand von Alter und Gebrechlichkeit vollzog sich in einer Zeit, in der die Ovarien als Quelle der Weiblichkeit galten. Zugleich machte man Eierstöcke und Gebärmutter aber auch als Auslöser für deviantes Verhalten von Frauen verantwortlich. Sowohl ihre gesamte Persönlichkeit aber auch jegliche Abnormalitäten wurden auf die Ovarien zurückgeführt. Frauen wurden damit auf ihren Körper reduziert, der sich angeblich einer willentlichen Beherrschung entzog und somit zum gesellschaftlichen Wohle kontrolliert werden musste. Diese Faktoren waren unter anderem dafür ausschlaggebend, dass sich das Wissen um die weiblichen Reproduktions-Organen in dieser Zeit akkumulierte.

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts kam es insgesamt auch zu einem wiederauflebenden Interesse an der Organtherapie. Zur Behandlung von Krankheiten

und Beschwerden erfolgte eine zunehmende Produktion von Arzneimitteln aus tierischen Organen und Sekreten.⁴ Es kam dadurch zu einer verstärkten klinischen Verwendung unterschiedlicher Ovarien und Urin-Extrakten sowie zur Implantation ovarischen Gewebes. 1896 schlug Maria Bra erstmals vor, Sekrete von Eierstöcken zur Behandlung von menopausalen Symptomen einzusetzen (vgl. Banks 2002: 6).

Die Spezialisierung auf die Erforschung von Gebärmutter und Eierstöcken ebnete schließlich den Weg für das Fachgebiet der Sexualendokrinologie, in dem die Erfolgsgeschichte der Hormontherapie ihren Ursprung fand. Die Idee der Menopause als zu behandelndes Krankheitsbild gab es schon im 19. Jahrhundert. Ursachen und Symptome wurden mit der Hervorbringung neuer wissenschaftlicher Modelle jedoch neu definiert.

2.3 Die Etablierung des „weiblichen“ Sexualhormons

Vor dem 20. Jahrhundert wurde durch ein anatomisches Erklärungsmodell „Weiblichkeit“ als auch „Männlichkeit“ an einem bestimmten Ort im Körper lokalisiert (Gebärmutter, Eierstöcke, Hoden). Durch die „Entdeckung“ und Benennung des Hormons vollzog sich eine Wandlung vom organischen Körperkonzept hin zu einem chemischen Erklärungsmodell des Geschlechtskörpers (Oudshoorn 1994). Die Erforschung des hormonalen Körpers verlagerte sich in das Labor. Von dort ausgehend kam das generierte Wissen wieder in die gynäkologische Praxis.

Die Unterteilung der Hormone in „weibliche“ und „männliche“ Sexualhormone baute auf der Annahme auf, dass Ovarien und Östrogene als Quelle der Weiblichkeit bzw. Hoden und Androgene (also auch Testosteron) als Essenz der Männlichkeit galten (Banks 2002: 8). Obwohl schon in den 1930er Jahren „männliche“ und „weibliche“ Hormone in Blut und Urin sowohl von Männern als auch von Frauen identifiziert wurden, scheint sich die dichotome Zuschreibung bis in die heutige Zeit aufrecht zu erhalten. Darüber hinaus werden auch heute noch männliche und weibliche Verhaltensmuster und Charaktereigenschaften auf Grund eines Überschusses oder eines

⁴ Die Behandlung mit tierischen Organen hatte ihre Verwendung bereits in der Altägyptischen Kultur sowie in der Chinesischen Iatrochemie vom 10. bis ins 16. Jahrhundert (vgl. Banks 2002: 4).

Mangels an männlichen oder eben weiblichen Hormonen argumentiert (vgl. Fausto-Sterling 1985).

Viele Jahrzehnte der Forschung über den hormonellen Körperhaushalt kamen jedoch zum Resultat, dass Östrogene und Androgene Teile komplizierter biosynthetischer Verbindungen sind, die in allen Geschlechtskörpern vorhanden sind. Frauen bestehen genau so wenig nur aus Östrogenen wie der männliche Körper ein reines Produkt von Androgenen ist. Darüber hinaus ist der Hormonstatus auch kein fixer Wert im menschlichen Körper. Tagtäglich und während des gesamten Lebens variieren die Hormonwerte im Körper. Sowohl bei Frauen, intersexuellen Personen als auch bei Männern vollzieht sich in unterschiedlichen Lebensstadien, eine enorme Veränderung der Hormonwerte: „Prior to puberty girls and boys possess broadly similar levels of oestrogens and androgens and adult men have lower levels of oestrogen than premenopausal women and higher levels than postmenopausal women. Pregnant women have around four times the testosterone levels of other women of reproductive age” (Banks 2002: 8).

Nelly Oudshoorn (1994) argumentiert, dass die Konzeption von Geschlecht als chemisches Modell die Vorstellungen über den Körper erweiterte und somit auch für eine völlig andere Unterteilung sorgen hätte können. Demnach hätte die Festmachung des Geschlechts durch chemische Substanzen auch eine grundlegende Revolutionierung der binären Vorstellung von Geschlecht mit sich bringen können, denn so Oudshoorn: „Attaching sex to chemicals rather than organs means that sex becomes an entity with multidirectional capacities“ (Oudshoorn: 1994: 146). Die durch den wissenschaftlichen Umbruch eröffnete Chance, das dualistische Geschlechtermodell aufzubrechen, blieb aber ungenutzt. NaturwissenschaftlerInnen hielten am antagonistischen Modell der Zweigeschlechtlichkeit fest. Zwar machte die Endokrinologie aus dem anatomischen Geschlecht einen quantifizierbaren Gegenstand, der gemessen und schließlich auch manipuliert werden kann, jedoch ließen die moralischen und ideologischen Hintergründe keine andere als die zweigeschlechtliche Ordnung zu (vgl. ebd.).

Die Generierung wissenschaftlichen Wissens erfolgt in einem dynamischen und produktiven Prozess, in dem unterschiedliche Naturalisierungsstrategien zur

Anwendung kommen (vgl. Lemke 2003). Entwicklungsgeschichtliche Untersuchungen über die vorherrschenden Wissenspraktiken helfen uns, die Vorgänge der Etablierung bestimmter Modelle besser zu verstehen. Nelly Oudshoorn widmet sich in ihrer diachronen Analyse der Sexualhormone genau jenen Prozessen, die aus wissenschaftlichen Wahrheitsansprüchen ontologische Gegebenheiten machen. Sie unterteilt dabei zwei Strategien, die zu einer erfolgreichen Wissensproduktion führen. Zum einen müssen Wahrheitsansprüche als wissenschaftliche Tatsachen anerkannt werden (*(Re)Kontextualisierungsstrategie*), zum anderen werden die sozialen Zusammenhänge, in der die wissenschaftlichen Tatsachen entstanden sind, verschleiert (*(De)Kontextualisierungsstrategie*) (Oudshoorn 1994: 138). Demnach argumentiert sie: „One of the reasons why science succeeds in convincing us that it reveals the truth about nature is that the social contexts in which knowledge claims are transformed into scientific facts and artefact are made invisible“ (ebd.: 139).

Das durch Experimente im Labor produzierte Wissen wurde durch medizinische Techniken und klinische Testverfahren in Form von normierten Substanzen materialisiert und konnte so erfolgreich in anderen Kontexten existieren. Die lokalen Zusammenhänge, unter denen die Wissensproduktion erfolgte, sowie die ideologische und sozio-kulturelle Umgebung, in der das Wissen entstanden ist, werden jedoch immer unsichtbarer bis sie schließlich vollkommen verschwinden. Zurück bleiben biologische Phänomene, die als natürlich und ahistorisch gelten, da die Umstände, unter denen sie etabliert wurden, verborgen bleiben.

Die Transformation wissenschaftlicher Tatsachen in natürliche Gegebenheiten impliziert auch immer einen Ausschluss anderer Tatsachen und eine Spezialisierung auf einen gewissen Problembereich (vgl. Schäfer/Schnelle 1994). Bei der Erforschung der Hormone zentrierten Ärzte und Forscher ihr Wissen zunehmend auf den Frauenkörper. Sie griffen dabei auf einen historisch geformten Wissensbestand zurück, der Material und Methoden zur Verfügung stellte. Bereits im 19. Jahrhundert wurde am und im weiblichen Körper experimentiert. In der gynäkologischen Praxis vollzogen sich nicht selten inhumane Operationen, die auf einem sexistischen und rassistischen, kolonialgeschichtlichen Hintergrund beruhten. Als ein horribles Beispiel skizzieren Ehrenreich und English die Arbeit von weißen Männern am weiblichen Körper in den

USA: „The pioneering work in gynaecological surgery had been performed by Marion Sims on black female slaves he kept for the sole purpose of surgical experimentation. He operated on one of them thirty times in four years, being foiled over and over by postoperative infections. After moving to New York, Sims continued his experimentation on indigent Irish women in the wards of New York Womens’s Hospital” (Ehernreich/English 1990: 280).

Aufgrund der Forschungsergebnisse des 19. Jahrhunderts gab es zum einen einen leichten Zugriff auf bestehende Wissensbestände. Zum anderen sorgte die entstehende Verbindung zu institutionellen Strukturen, die sich im gleichen Zeitraum wie die Erforschung der Hormone formierten, wiederum für die Weiterentwicklung und Vermarktung weiblicher und nicht männlicher Sexualhormone. Sowohl die sich entwickelnde Gynäkologie als auch pharmazeutische Unternehmen stützten so das im Labor generierte Spezialwissen über den weiblichen Körper. Durch ein Zusammenspiel relevanter Gruppen wurde die Etablierung „weiblicher“ Sexualhormone immer weiter vorangetrieben, während die Wissensproduktion über „männliche“ Sexualhormone immer geringer wurde. Für die Erforschung der Androgene gab es weder ein geeignetes Ressourcennetzwerk, welches Forschungsmaterialien zur Verfügung stellte, noch stand ein institutionalisiertes Anwendungsgebiet bereit, in der das Wissen in die Praxis umgesetzt werden konnte (Oudshoorn 1994: 140).

Die institutionellen Zusammenhänge schufen also erst die Bedingungen, die die Etablierung und Anwendung von „weiblichen“ Sexualhormonen ermöglichte. Hierbei gehen Laborwissenschaften und pharmazeutische sowie gynäkologische Institutionen ein wechselseitiges Verhältnis ein. Die Vermarktung der Hormone wirkt reziprok auf die wissenschaftlichen Erkenntnisse, die im Rahmen von Laborexperimenten generiert werden. „In the marketing of female sex hormones, the number of indications for which sex hormones were tested increased simultaneously with the involvement of more groups, in a process by which female sex hormones were made into drugs applicable for a wide variety of diseases in women” (ebd.: 140).

Durch die Transformation weiblicher Sexualhormone in Medikamente begann auch ein breiterer Einsatz von Hormonpräparaten in unterschiedlichsten medizinischen Fachgebieten. Dabei war die pharmazeutische Firma *Organon* aus Holland eine der

wesentlichen Institutionen, die an der Verbreitung von Hormonpräparaten intensivst arbeitete. So stellt Oudshoorn fest: „With respect to female sex hormones, Organon was quite successful in enrolling the relevant groups to promote new types of drugs to a wide variety of audiences, sponsors and consumers, including general practitioners, psychiatrists, neurologists, medical health institutions, women’s clinics, factory boards of directors and insurance companies” (ebd. 140). Es entspann sich also ein dichtes Netzwerk an Institutionen um das „weibliche“ Sexualhormon, welches auf historisch gewachsene Erkenntnisse aufbaute und an einem vertieften Wissen über den weiblichen Körper interessiert war.

2.4 (Neu)Definition der Menopause durch chemische Substanzen

Die (Re)Definition der Menopause als Mangelkrankung basierte mit dem Eintritt ins 20. Jahrhundert nicht mehr auf anatomischen Grundlagen, sondern auf der neu entwickelten Wissenschaft der Sexualendokrinologie. Das Östrogen wurde zur Essenz der Weiblichkeit erklärt und bereits in den 1930er Jahren erfolgte die Rückführung vieler Krankheiten auf einen veränderten Hormonspiegel (Banks 2002: 7). Da Östrogene vorerst exklusiv dem weiblichen Körper zugeordnet wurden, kamen auch nur Frauen für die Anwendung der Hormontherapie in Frage. Die ersten Verschreibungen fanden in Deutschland und in den Niederlanden im Zuge von klinischen Tests von Hormonpräparaten statt. Urin und Plazenta waren zur Herstellung von Hormongaben benötigte Substanzen, weshalb die Pharmafirma *Organon* einen Tauschhandel verfolgte, der wiederum zum vermehrten Einsatz der Präparate führte. „Organon and Laqueur tried to gain the cooperation of Dutch gynecological clinics to deliver urine (and placentae) from their female patients. In exchange, Organon promised to distribute Ovarnon free of charge, for the purpose of arranging clinical trials” (Oudshoorn 1994: 90).

Die Patientinnen der Kliniken lieferten den Pharmafirmen somit nicht nur das benötigte Material, sie wurden darüber hinaus auch zu verfügbaren Testpersonen gemacht, an denen die Auswirkungen neu entwickelter Präparate erprobt wurden. Im Gegenzug versprach die Teilnahme an den pharmazeutischen Studien wiederum

Publikationsmöglichkeiten für die ausführenden Ärzte in renommierten Zeitschriften (ebd.: 91).

Ende der 1930er Jahre wurden viele Erkrankungen einem veränderten Hormonspiegel zugeschrieben. Mediziner begannen Östrogenpräparate für Krankheitsbilder wie Schizophrenie, Epilepsie, Diabetes und auch für die Menopause zu verabreichen. Daraus resultierte die Deklaration zu einem defizitären Körperzustand auf Grund eines niedrigen Levels bestimmter Hormone. Der Frauenkörper blieb im Zentrum der Forschung und so blieb auch ein veränderter Hormonwert ein rein „weibliches“ Problem. Die Chirurgin Susan Love erfasst diese Ungleichheit folglich: „Man könnte meinen, wenn Östrogenmangel tatsächlich eine Krankheit wäre, hätten die Mediziner alle Männer für chronisch krank erklären müssen. Aber nein, diese Krankheit war auf ein spezifisch weibliches Problem zurückzuführen, das die gynäkologischen Lehrbücher als „Ausfall der Fortpflanzungsfunktion“ oder „ovarielle Insuffizienz“ bezeichneten. Frauen in der Mitte ihres Lebens wurden daher als Kranke definiert, bei denen ein Organsystem versagte- und diese Vorstellung beherrscht das medizinische Denken immer noch“ (Love 1997: 41).

Es waren Frauen und nicht Männer mittleren Alters, die als Kranke und damit zu behandelnde Patientinnen definiert wurden. Oudshoorn kommt in ihrer Analyse der Normalisierungsprozesse, die mit der Einführung des chemischen Körpermodells einhergehen, zum Schluss, dass Körper und Technologien nicht durch die Natur bestimmt sind und andere Netzwerke sowie differente soziale und moralische Vorstellungen durchaus zu anderen Ergebnissen führen hätten können:

„Who knows what might have happened to the hormonally constructed body concept if there had existed an andrological clinic, rather than a gynecological clinic? Imagine what might have happened in a world with different cultural and moral attitudes towards gender and responsibilities for family planning and childcare. It is not beyond imagination that we would have ended up with male contraceptive pill, a medical treatment of male menopause and a classification system of multiple sexes“ (Oudshoorn 1994: 151).

2.5 Der Kampf um die Bedeutung der Hormontherapie

Peter Conrad definiert drei verschiedene Stufen, die aus einem physiologischen Vorgang eine erfolgreiche medizinische Angelegenheit machen. Er unterscheidet zwischen begrifflichen, institutionellen und interaktionalen Ebenen (Conrad 1992: 211). „On the conceptual level, medicalization occurs when a problem is defined in medical terminology. On institutional level, medicalization occurs when the medical profession legally controls the problem. On the interactional level, medicalization occurs when the problem of the patient is diagnosed and/or treated as medical problem” (Bell 1990 zit. nach Leysen 1996: 175).

Mit Oudshoorn wurde in Kapitel 2.3 dargestellt wie die Medikalisierung der Menopause durch die ausgeprägte Organisationsstruktur um den weiblichen Körper von der begrifflichen zur institutionellen Ebene transzendierte. Zur vollkommenen Erfüllung aller drei Ebenen kam es schließlich in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts.

Ein entscheidender Faktor, der eine vermehrte Inanspruchnahme von Östrogenpräparaten während der Menopause forcierte, war die mediale Bewerbung der Produkte (vgl. Leysen 1996: 176). Neben Publikationen, die die Hormontherapie als Wundermittel gegen den alternden Körper propagierten, waren es aber auch Frauengruppen, die eine Verbreitung der Hormontherapie forderten, da sie sich eine bessere Gesundheitsvorsorge für Frauen im mittleren Alter davon erhofften (vgl. Lock 2002: 285). Es gab allerdings unterschiedliche Ansichten seitens der feministisch motivierten Frauengruppen. Während die einen gegen die Ignoranz von männlichen Ärzten gegenüber weiblichen Beschwerden kämpften und somit die Hormontherapie befürworteten, formierten sich andere Gruppen, um gegen die universale Hormonverschreibung während der Menopause anzukämpfen, da diese die Menopause als Krankheit deklarieren und somit den weiblichen Körper als defizitäres Objekt darstelle. Bis zum Ende des 20. Jahrhunderts hatte sich die zweite Argumentationslinie durchgesetzt und die Befürwortung der Hormontherapie während der Wechseljahre kam zum Erliegen.

Trotz kritischer Stimmen zog sich die Determination der menopausalen Frau als Mangelwesen im medizinischen Denken fort und wurde in den 1960er Jahren erfolgreich durch Publikationen verfestigt. Diesmal propagierten Bücher, die an ÄrztInnen aber auch an die betroffenen Frauen selbst gerichtet waren, die Einnahme von Hormonpräparaten als außerordentliche Möglichkeit, das Alter aufzuhalten. Das Östrogen avancierte zum Garanten ewiger Weiblichkeit, die eine „vollkommene“ Frau ausmache (Wilson 1966).

Robert Wilson, ein Facharzt der Gynäkologie, war nicht der einzige, aber einer der populärsten und heftigsten Befürworter der Hormontherapie während der Wechseljahre. In seinem Buch „feminine forever“ erklärt er, dass die Einnahme der Östrogene den Verlust der Weiblichkeit zurückhalte, die eine „echte“ Frau ausmachen würde. Mit drastischen Worten fasst er die körperlichen Veränderungen und den damit einhergehenden Verlust von Weiblichkeit und Lebensglück zusammen: „[...] die Gewebe trocknen aus, die Muskeln werden schwach, die Haut schlaff; die Knochen werden, aus Hormonmangel spröde, porös und zerbrechlich; die Schwächung der Knochen führt oft zu einer mit den Jahren sich steigernden Rückgradverkrümmung, dem >>Witwen-Buckel<<; [...] Beraubt seiner natürlichen Flüssigkeit durch das allgemeine Austrocknen des Gewebes, trocknet das gesamte Geschlechtssystem aus. Die Brüste werden schlaff und schrumpfen ein, die Scheide wird hart und unnachgiebig“ (Wilson 1966: 49f). Der körperliche Verfall, so Wilson kann durch die Hormontherapie aufgehalten werden. Mit der Behandlungsmethode sei nicht nur der Frau, sondern auch dem Mann geholfen. und damit einhergehend stabilisiere sie auch die ganze Familie: „Dies allein schon, so glaube ich, kann das Glück von Millionen von Familien erhalten, deren eheliche Grundlagen sonst von den üblichen psychosomatischen Belastungen der mittleren Jahre zerrieben worden wären“ (ebd.: 50).

Diese Beschreibungen können aus heutiger Sicht oder besser aus einer feministischen Sicht als eine Degradierung von Frauen zu Wesen, die von Hormonen gesteuert, allein in der Welt sind um das Wohl des Mannes zu befriedigen, gelesen werden. In den 60er und 70er Jahren brachten jedoch solche Publikationen den Verkauf von Hormonpräparaten zur Behandlung der Wechseljahre in raschem Tempo voran. Bereits in den 70ern zählten Östrogene zu den fünf meist verschriebenen Medikamenten in den

USA (Lock 2002: 291). Ausgehend von den USA verbreitete sich die vermehrte Inanspruchnahme der Östrogentherapie auch in Europa.

Obwohl die letzten Jahrzehnte gekennzeichnet waren durch (Neu)Verhandlungen über Nutzen und Schaden von Hormoneinnahmen, und obwohl neben den kritischen Stimmen auch die Anzahl alternativmedizinischer Angebote zur Behandlung der Menopause immer größer wird, verdrängt die Fülle an Forschung und Publikationen zur Hormonanwendung bisweilen jeden anderen Ansatz im Zusammenhang mit der Behandlung von klimakterischen Beschwerden (vgl. Stolzenberg/Sachse 2005: 13).

Elina Hemminki (2004) beschreibt anlässlich des Kongresses „Wechseljahre multidisziplinär: was wollen Frauen – was brauchen Frauen“ an der Universität Bremen, den Kampf um den Erhalt der Popularität der Hormontherapie (HT), der sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts ereignete. Sie differenziert zwei Kämpfe, wovon der erste in den USA geführt wurde und der zweite aus finnischer Perspektive von ihr untersucht wird.

Nachdem es in den 1960er Jahren, als ein Mittel zur Verlangsamung des Alterungsprozesses und zum Erhalt von Jugend und Weiblichkeit einen Anstieg von HT-Anwendungen gab, kam es zu einer steilen Abnahme in den Jahren 1975-1980. Der Grund dafür war der Befund eines ursächlichen Zusammenhangs von Östrogen-Einnahme mit einem erhöhten Risiko für Gebärmutterkrebs. Aber schon kurz danach, nämlich 1981, gelang die Wiederbelebung des HT-Verkaufs. Als Retter, so Hemminki, agierten einerseits Gestagene, die als Zusatz zur medikamentösen Therapie eingeführt wurden, um die Wirkung der Östrogene auf den Uterus zu bekämpfen, zum anderen gab es einen Wandel in der Fachpresse, der aus den Wechseljahren ein „richtiges“ medizinisches Problem machte. Mit der Einnahme von Hormonen solle das Risiko einer Osteoporose-Erkrankung reduziert werden. Die HT bekam als Präventionsmaßnahme gegen mögliche bevorstehende Krankheiten eine neue Bedeutung und Osteoporose wurde analog dazu zu einem entscheidenden Public Health-Problem erklärt (Hemminki 2004: 165). Mit anderen Worten, konstatierte sich eine Wendung in der argumentativen Verteidigung: Der Duktus lautete nun nicht mehr „feminine forever“, sondern „healthy forever“ (Leysen 1996). Als Präventivmittel wurde die Hormontherapie eine wichtige Stütze der Gesundheitsvorsorge. Denn mittlerweile ist die Frau in den Wechseljahren zu

einem gesundheitspolitischen Thema avanciert. Die anfallenden Kosten, die durch die Gebrechen älterer Frauen entstehen würden, sollten durch nachhaltige Medikalisierung des weiblichen Körpers in Grenzen gehalten werden (vgl. Lock 2002: 293).

Interessant hierbei ist auch die dynamische Beziehung zwischen Hormontherapie und dem Krankheitsbild der Osteoporose. So gab es zu Beginn der Osteoporose-Forschung zwei unterschiedliche Theorien zur Erklärung der Ursachen, die zur Abnahme der Knochendichte im Alter führen. In der einen Theorieschule wird Osteoporose durch Calciummangel hervorgerufen, in der anderen als Folge von Östrogenmangel diagnostiziert (vgl. Klinge 2002: 53). Infolgedessen entstanden auch zwei unterschiedliche Empfehlungen der Therapie zur Behandlung und Prävention von Osteoporose. Die Östrogendefizittheorie setzte sich jedoch durch, da mit der Einnahme von Östrogenpräparaten auch positive Auswirkungen auf Symptome der Menopause prognostiziert wurden (ebd.: 53).

Obwohl, so Sylvia Groth (1992), die Knochendichtemessung wenig über das tatsächliche Eintreten von Knochenbrüchen aussagt, wird die Vorsorgeuntersuchung noch immer automatisch mit dem Eintritt in das Klimakterium von GynäkologInnen empfohlen. Daneben würde der Einsatz der Hormontherapie in der Präventivmedizin auch eine lebenslängliche Einnahme von Medikamenten implizieren, denn das Absetzen der Medikamente würde erneut zu einem beschleunigten Abbau der Knochendichte führen (ebd.: 58). Neuere Studien verweisen jedoch auf Risiken, die durch jahrelange Einnahme von Hormonen bestehen und fordern als Konsequenz eine möglichst kurze Einnahmedauer. Die Ergebnisse dieser Studien nehmen auch im Definitionskampf um die Osteoporose wiederum keine unwesentliche Rolle ein. Die Calciumtheorie zur Erklärung der Abnahme der Knochendichte profitiert von den negativen Neben- und Folgeeffekten der Hormontherapie. Die Vorsorge durch Calciumgaben wird diesmal mit dem Hinweis propagiert, dass sie im Gegensatz zu Östrogentherapie völlig risikolos sei (Klinge 2002: 54). Die Ergebnisse der Langzeitstudien veränderten aber nicht nur die Verhältnisse unterschiedlicher Osteoporosetheorien, sie waren auch Auslöser erneuter Debatten um Nutzen und Schaden der Hormontherapie.

Hemminki beschreibt den zweiten großen Kampf um die Erhaltung der Popularität der Hormontherapie, welcher sich im 21. Jahrhundert ereignete und noch immer anhält, am

Beispiel Finnlands. Die Studie der US-amerikanischen Women's Health Initiative (WHI), in der postmenopausale Frauen, unterteilt in eine Östrogen-Gestagen-Gruppe sowie in eine Placebogruppe, über einen Zeitraum von 8,5 Jahren beobachtet werden sollten, wurde nach fünf Jahren abgebrochen, da die Zwischenergebnisse zur Nutzen-Schaden-Bilanz der Östrogen-Gestagen-Kombination so ungünstig ausgefallen sind, dass der Einsatz dieses Medikaments nicht länger verantwortlich war. Die im Juli 2002 veröffentlichten Ergebnisse der WHI-Studie zeigten eine negative Bilanz: Frauen, die Hormone eingenommen hatten, waren zwar weniger oft von Darmkrebs und Knochenbrüchen betroffen, jedoch ereigneten sich mehr Herzinfarkte, mehr Schlaganfälle und mehr Thrombosen. Noch im August 2002 beruhigten führende finnische GynäkologInnen die Öffentlichkeit und erklärten, dass die WHI-Studie keine große Auswirkungen auf die finnische Praxis habe, da in Finnland andere Medikamente als die untersuchten verwendet würden und das Studienkollektiv in den USA nicht mit den finnischen Patientinnen vergleichbar sei (Hemminki 2004). Auch eine gemeinsame Stellungnahme der führenden finnischen Experten zur HT, welche im Finnish Medical Journal veröffentlicht wurde, hinterließ laut Hemminki den Gesamteindruck, dass HT nicht mehr zur Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen empfohlen würde, aber im Grunde eine gute Sache sei, von der Frauen Gebrauch machen sollten (Hemminki 2004: 167). Sie ist davon überzeugt, dass neue Retter den weiteren Einsatz der Hormontherapie gewährleisten. Sie vermutet, dass *sister-drugs* (Analogpräparate) in Erscheinung treten und den Markt wieder ankurbeln werden (ebd.).

Als eine weitere Form der Verteidigung - oder Rettung der HT - möchte ich die Argumentation für eine möglichst individuelle Hormonbehandlung anführen. So wird die WHI-Studie oft auf den US-amerikanischen Kontext reduziert und die HT mit einer individuell dosierten Behandlungsform weiterhin von anerkannten Gynäkologen in der Öffentlichkeit begrüßt (Mühlhauser/Meyer 2004: 156).

Ein jüngstes Beispiel zeigt auch in Österreich die kontroverse Diskussion um die Hormontherapie. 2005 veröffentlichte das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (*BMGF*) den Österreichischen Frauengesundheitsbericht.⁵ Auf Grund der Ergebnisse der Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) sowie der WHI-Studie wurde eine Konsensempfehlung für die Hormontherapie seitens des *BMGF*

⁵ vgl. Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006

und der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG) erarbeitet. In der Empfehlung wird angeraten, die HT nicht für die Prävention und Behandlung von Osteoporose, die Prävention des Dickdarm-Karzinoms oder die kardiovaskuläre Prävention zu verordnen, sondern nur für kurze Zeit, nach dem *low dose*-Prinzip für das (mittel)schwere klimakterische Syndrom zu verschreiben.⁶ Als Charakteristiken des klimakterischen Syndroms werden Wallungen, Schweißausbrüche, Schlafstörungen, psychische Labilität, Trockenheit von Haut und Schleimhäuten, urogenitale Beschwerden, Beeinträchtigung der *vita sexualis*, etc. genannt. Eine Empfehlung, die auch bezüglich des „klimakterischen Syndroms“ nach der Analyse Mühlhausers und Meyers (2004) durchaus mit Behutsamkeit zu betrachten ist. So existiert zwar laut Mühlhauser und Mayer ein Nachweis der Wirksamkeit von Sexualhormonen auf Menopausen-Beschwerden wie Hitzewallungen und Nachtschweiß, jedoch konnte laut WHI-Studie kein positiver Nutzen auf Harnwegsinfektionen sowie auf Lebensqualitätsparameter wie körperliches und geistiges Wohlbefinden, Vitalität, depressive Verstimmung oder sexuelle Zufriedenheit gefunden werden (ebd.: 146).

Erst 2007 erklärt Dr. Luzuy (Dozent an der Medizinischen Fakultät Genf, FMH Gynäkologie und Geburtshilfe), im österreichisch/schweizerischen Journal für Menopause: „Anders als 2002 aufgrund der Ergebnisse der WHI-Studie behauptet, sind diese schwarzmalerschen (!) Daten nicht unbedingt relevant bei jüngeren Patientinnen oder bei Frauen mit anderen Therapien“ (ebd.: 4). Auch Dr. Luzuy spricht sich weiters für eine möglichst individuelle Lösung bezüglich Therapiedauer und Dosierung aus. Mit dem Angebot der individuellen Medikalisierung vollzieht sich ein Argumentationsmuster, das den Kampf um die HT wieder aufflackern lässt und die Patientinnen zur Gelassenheit aufruft. Mühlhauser und Meyer (2004) sehen diese Form der Befürwortung der HT als pure Ignoranz der Ergebnisse der HERS- und WHI-Studien. Jene Aussagen, so Mühlhauser und Mayer, würden die Behandlung als Ausdruck der ärztlichen Kunst der wissenschaftlichen Überprüfbarkeit zu entziehen versuchen. Um dem entgegenzusteuern, fordern sie von Bundesbehörden wie von der Industrie entsprechende Langzeitstudien ein, welche die Wirksamkeit von Medikamenten, inklusive Wirkstoffkombination und Verabreichungsform, ausreichend

⁶ vgl. Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006: 207

gut dokumentierten: „Anstatt dies mit öffentlichen Geldern zu fördern, wäre es im Falle der Sexualhormonbehandlung, d.h. bei Lifestyle-Medikamenten, vonnöten, die Studien von den Pharmafirmen einzufordern“ (ebd.: 157).

Für Österreich gibt es momentan keine aktuellen Studien, welche Veränderungen der Verkaufszahlen von (post)menopausalen Hormonpräparaten oder den Zeitrahmen von Hormonverschreibungen beobachten würden. Orientieren wir uns an der Analyse von Hemminki, kann 2002 ein leichter Rückgang der Verkaufszahlen in Finnland beobachtet werden (Hemminki 2004: 168).

Die Propagierung der Hormonbehandlung hat sich aber trotz zahlreicher Warnungen weder in Finnland, Deutschland, noch, wie oben beschrieben, in Österreich entschärft. Obgleich von unterschiedlichsten Seiten von einer langzeitigen Einnahme der Hormontherapie abgeraten wird und damit einhergehend auch der präventive Nutzen neu überdacht werden muss, lassen sich Pharmafirmen von der Bewerbung der Hormoneinnahme als Instrument der Vorsorge nicht abbringen. Müller-Rockstroh zeigt in ihrer Interpretation von Pharmabroschüren und pharmazeutischen Werbeanzeigen auf, dass die Hormontherapie nach wie vor als Mittel für den Erhalt von Weiblichkeit, Jugendlichkeit und Gesundheit angepriesen wird. Durch Formen der Aufklärung über den biologischen Vorgang im Körper, das Angebot der Selbstdiagnose durch einen objektiven Anamnesebogen, durch Ratschläge zur richtigen Bewegung und Ernährung und schließlich mit der Empfehlung der Hormonsubstitution vollzieht sich in den Broschüren eine geschickte Mischung aus Information und Werbung, die Margaret Gullette (1997) auch als „informercial“ bezeichnet (vgl. Müller-Rockstroh 2002). Analog zur Aufklärung über Vorgänge im Körper durch naturwissenschaftliche Gesetzmäßigkeiten, wird zur Herstellung des „natürlichen“ Gleichgewichtes wiederum die Einnahme von „natürlichen“ Hormonen empfohlen (ebd.: 45f). In der Vermarktung der Hormonpräparate als zwingende Lösung für den Erhalt von Gesundheit und Jugendlichkeit wird erneut ein Bild der Wechseljahre produziert, welches das Ende der reproduktiven Lebensphase als risikobehaftetes Stadium von Krankheiten und Gebrechlichkeit zeigt. Eine Analyse der Webseiten von Gynäkologinnen und Gynäkologen zum Thema Wechseljahre/Hormontherapie im Jahr 2003, die vom wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen in Deutschland in Auftrag gegeben wurde, kam ebenfalls zu einem ernüchternden Ergebnis: „Das Resultat der Analyse ist

erschreckend, da lediglich ein Viertel der Praxen sich auf ihren Internetseiten mit der WHI auseinandergesetzt haben und insgesamt knapp 70% aller untersuchten Praxis-Websites zu einer - in einer zum Teil sehr fragwürdigen Art und Weise - befürwortenden Haltung gegenüber der HT kommen“ (Kolip/Bucksch/Deitermann 2003: 34).

Auch in den österreichischen Tageszeitungen herrscht ein Diskurs auf der medialen Ebene vor, der die Wechseljahre zu einem defizitären Zustand erklärt. Nora Zoglauer (2005) beobachtete die Wissensproduktion über die Wechseljahre in der österreichischen Medienlandschaft anhand ausgewählter Zeitungsberichte, die in der Zeitspanne zwischen 2000 und 2005 erschienen sind. Demnach vollzog sich zwar ein Wandel in der Argumentation der Verteidigung der Hormontherapie, jedoch verwehren sich Mediziner jeder Kritik und befürworten nach wie vor den Einsatz der Hormontherapie.

Die hier genannten Studien kommen ebenfalls zum Resultat, dass Hormone nun weniger zwingend als Präventivmaßnahme, dafür jedoch als Symptomlinderung und zur Steigerung des Lebenswerts empfohlen werden. So soll die Libido, welche laut den medizinischen Definitionen auf biologische Faktoren beruht, durch die Einnahme von Sexualhormonen aufrechterhalten werden (vgl. Müller-Rockstroh 2002). Mit Ausdrücken wie „vertrocknete Schamlippen, die beim Sexualverkehr schmerzen“ wird in den Pharmabroschüren nicht nur die Steigerung der Lebensqualität durch Lustempfinden vermarktet, sondern auch eine heteronormative Vorstellung des Geschlechtsverkehrs und des Lustempfindens einer Frau vermittelt, welche alleine durch Penetration erreicht werden könne. Wurde im 19. Jahrhundert der Frau noch jegliche Sexualität abgesprochen, so wird die sexuelle Aktivität im 21. Jahrhundert zum Muss. „Wie die vorgestellten Vorbilder dabei suggerieren, soll (und kann) die ältere Frau aktiv, attraktiv, leistungsfähig, verständnisvoll, ausgeglichen, immer in guter Verfassung, produktiv und einsatzbereit sein und als Ehefrau, Mutter, Geliebte, Hausfrau und Berufstätige alle an sie gestellten Erwartungen erfüllen. Deutlich nicht erwünscht scheint die Aufbegehrende, Lustlose oder Ruhebedürftige“ (Müller Rockstroh 2002: 49).

Anhand unterschiedlicher AkteurInnen und Beispielen habe ich hier aufgezeigt wie sich der dominierende biomedizinische Diskurs über die Wechseljahre als zu behandelnden Zustand unermüdlich hält. Obwohl wir uns gegenwärtig wieder in einer Phase der Neuverhandlung über Nutzen und Schaden von Hormoneinnahmen befinden, bleibt die Verschreibung von Hormonpräparaten in den Wechseljahren eine weit verbreitete Form der Behandlung.

Als eine weitere Form der Veränderung des Marktes zur Behandlung der Frau im mittleren Alter kann in den letzten Jahren das immer größer werdende Angebot alternativmedizinischer Produkte beobachtet werden. Die historische Betrachtung ihrer Genese würde diese Arbeit sprengen, jedoch möchte ich anmerken dass alternativmedizinische Angebote den westlichen Markt in jüngster Zeit entscheidend mitbestimmen. Auch auf medizinischen sowie auf sozial- und geisteswissenschaftlichen Kongressen zum Thema Menopause, gehört das Thema der Alternativmedizin zum fixen Bestandpunkt im Programm.

Ob alternativmedizinische Angebote zur drohenden Konkurrenz für die schulmedizinische Praxis werden wird oder ob sich der Trend dahin zieht, dass alternativmedizinische Behandlungsformen in die Schulmedizin integriert werden und sich somit eine strategische Verwissenschaftlichung der Alternativmedizin ereignen wird, wird sich erst in den nächsten Jahrzehnten weisen.

2.6 Die Menopause: ein lokales Konzept

Wie schon in Kapitel 2.3. ausgeführt wurde, müssen zur Etablierung wissenschaftlicher Wahrheitsansprüche, Strategien der (Re)Kontextualisierung und (De)Kontextualisierung erfolgreich vor sich gehen. Die Entkontextualisierung von Wissensansprüchen kann aber auch auf der interaktionalen Ebene scheitern, wenn das Wissen in einem völlig divergierenden Kontext angewandt werden soll als in jenem, in dem es entstanden ist.

Die Distribution entwickelter Technologien in andere Länder bzw. die angestrebte universelle Anwendbarkeit medizinischen Fachwissens, kann durch unterschiedliche Faktoren gestört werden. Deswegen konzentriert sich die Vermarktung von Hormonpräparaten auch hauptsächlich auf den nordamerikanischen und europäischen

Raum. Am Beispiel des fehlgeschlagenen Exportversuchs der Pille als universelle Verhütungsmethode skizziert Oudshoorn (2004: 265) 4 Kriterien, die zur erfolgreichen Vermarktung erfüllt werden müssen. Demnach muss ein Kontext bestehen in dem:

1. eine leicht zugängliche, gut entwickelte Infrastruktur der Gesundheitsversorgung vorhanden ist.
2. Menschen daran gewöhnt sind, verschriebene Medikamente zu nehmen (in vielen Entwicklungsländern werden hauptsächlich rezeptfreie Medikamente ‚über den Ladentisch‘ gekauft und genutzt).
3. Frauen an regelmäßige medizinische Kontrollen gewöhnt sind.
4. Männern und Frauen den Freiraum haben, über Nutzung von Verhütungsmitteln zu verhandeln.

Es muss also eine Gesundheitsinfrastruktur existieren, eine disziplinierte Nutzerin vorhanden sein und die Einnahme des Präparates vom unmittelbaren Lebensumfeld akzeptiert werden. Diese Kriterien gelten auch für die Anwendung der Hormontherapie während der Wechseljahre. Im Gegensatz zur Reproduktionsfähigkeit, die als universelle Tatsache anerkannt ist, muss jedoch das Konzept der Menopause erst bestehen, damit es zum behandlungsbedürftigen Stadium deklariert werden kann.

Einer Anzahl an ethnologischen und feministischen Studien ist es zu verdanken, dass auf die Vielfalt, mit der Frauen ihrer letzten Regelblutung begegnen, hingewiesen wird. Nicht zwingend unterliegt jene Zeitspanne der negativen Konnotation der westlichen Gesellschaften.

Kritische Publikationen verweisen auf die soziokulturellen Umstände, welche das Bedürfnis einer medizinischen Behandlung erst generieren. Unter Kultur wird hier ein politisches sowie dynamisches Mächteverhältnis verstanden: „Es kann als ein Kompendium von Leitlinien definiert werden, welches die Gesellschaft ihren Angehörigen mitgibt und durch das bestimmt wird, wie die Welt zu sehen und emotional zu erleben ist, und welches Verhalten anderen Menschen, den übernatürlichen Kräften oder Gott und der Umwelt gegenüber richtig ist“ (Richters 2002: 26).

Margaret Lock (2002) erklärt am Beispiel Japan wie sich gesellschaftliche Konventionen auf die subjektiven Erfahrungen auswirken. Anders als im europäischen und nordamerikanischen Raum stellt nicht das Ende der Menstruation, sondern das Alter ein gesellschaftliches Problem dar. Im Vordergrund der öffentlichen Verhandlungen über den Körper stehen die körperlichen Veränderungen im Alter und die damit einhergehende Arbeitsunfähigkeit. Da sowohl Frauen als auch Männer den körperlichen Veränderungen des Alters unterliegen, besteht auch der Diskurs über das mittlere Alter nicht exklusiv über den weiblichen Körper (Lock 2002: 303).

Für das Ausbleiben der Menstruation wird in Japan der Begriff *kōnenki* verwendet, der sinngemäß übersetzt „Veränderung des Lebens“ meint. Das *kōnenki* wird nicht unmittelbar mit Beschwerden in Verbindung gebracht. In ihrer komparativen Analyse, in der sie US amerikanische und japanische Studien vergleicht, kommt Lock zum Ergebnis, dass die für typisch gehaltenen Symptome von japanischen Frauen nur sehr selten genannt werden bzw. nicht die nötige Sprache existiert, um einen körperlichen Zustand der Hitzewallung auszudrücken (Lock 2002: 304). Darüber hinaus waren chirurgische Eingriffe, anders als in Europa und Nordamerika, in der japanischen Kultur bis zum 20. Jahrhundert eine Seltenheit. Anders als in den westlichen Ländern, in denen das anatomische Körpervverständnis zum vorherrschenden Konzept wurde, blieb der physiologische Blick auf den Körper, welcher ein Spezialwissen über das traditionelle medizinische System und ein ausgeprägtes Wissen über die Kräutermedizin beinhaltete, in Japan dominant (ebd.: 306).

In der jüngsten Zeit vollzieht sich jedoch auch in Japan eine beobachtbare Veränderung hin zum biomedizinischen Konzept der Menopause. So arbeitet die pharmazeutische Industrie bereits daran eine lokale Infrastruktur, die die Distribution von Hormonpräparaten ermöglicht, aufzubauen. Auch diesmal ist es wieder die Firma *Organon*, die bemüht am Aufbau eines Netzwerkes arbeitet: „Die Firma trainiert jetzt Gynäkologinnen und Gesundheitsexpertinnen, um Informationen unter die Frauen zu bringen, die zur Medikamentalisierung der Wechseljahre in den nicht-westlichen Gesellschaften führen sollen“ (Klinge 2002: 62).

Mit der vergleichenden Perspektive auf unterschiedlichste geographische Räume und verschiedene kulturelle Kontexte wird von WissenschaftlerInnen auch darauf

hingewiesen, dass die Idee der Menopause mit all ihren sozialen Implikationen nicht universell wirkt. Demnach kann das Ende der Fruchtbarkeitsphase in afrikanischen Ländern auch erhöhte Mobilität, Freiheit und eine Zunahme von Macht und Autonomie bedeuten (vgl. Richters 2002: 30). Ethnographische Studien haben aufgezeigt, dass das Ende der Menstruation auch mit einer Statuserhöhung durch Übernahme wichtiger gesellschaftlicher Positionen einhergehen kann (vgl. Binder-Fritz 2002).

Die vollkommene Unterwerfung des weiblichen Körpers unter den biomedizinischen Diskurs und die daran gekoppelte Medikalisierung der Frau im mittleren Alter stößt aber auch in Europa und den USA auf ihre Grenzen. In letzter Zeit wird verstärkt auf die innerkulturellen Unterschiede bezüglich der Einnahme von Hormonpräparaten verwiesen. Auch ethnische, ökonomische Bedingungen sowie das Lebensumfeld von Frauen bilden wichtige Faktoren, die die Entscheidung der Einnahme von Medikamenten mitbestimmen (vgl. Richters 2002: 31). Trotz dieser innerkulturellen Variationen im europäischen und US amerikanischen Raum, muss jedoch an dieser Stelle angemerkt werden, dass jene Verhandlungen in der westlichen Gesellschaft nur durch den gewachsenen biomedizinischen Diskurs funktioniert. Auch wenn sich Frauen gegen eine Hormontherapie entscheiden, agieren sie innerhalb von Wissensvorstellungen und Denksystemen über den Geschlechts-Körper, deren Entstehungszusammenhang in ein naturwissenschaftliches Körperbild mündet.

Feministische Wissenschaftlerinnen haben anhand historischer Betrachtungen aufgezeigt wie die Entwicklungen und Machtdynamiken der westlichen medizinischen Diskurse, gesellschaftliche Ordnungen hergestellt und verfestigt haben. Nelly Oudshoorn veranschaulicht am Beispiel der Etablierung der Hormontherapie, welche transformativen Kräfte die moderne Medizin begleiteten. Sowohl die Wahrnehmung als auch die Konzeption des Geschlechtskörpers sind durch den hegemonialen medizinischen Diskurs reguliert. „Sex hormones shaped our understanding of sex and the body, they changed the medical treatment of our bodies, they thoroughly changed the cultural and material authority of the laboratory and the clinic, and last but not least, sex hormones redefined the relationship of women to reproduction“ (Oudshoorn 2002: 149f).

2.7 Hormontherapie als ein Akt der Selbstermächtigung?

Im Zentrum der vorangegangenen Seiten stand die Frage, unter welchen Bedingungen die Menopause zu einem medizinischen Problem und damit einhergehend Frauen im mittleren Alter zu defizitären Personen gemacht wurden. Anhand unterschiedlicher Studien habe ich versucht, die Genese der Medikalisierung der Menopause und damit verbundene Vorstellungen über den weiblichen Körper darzulegen. An dieser Stelle soll nun noch eine weitere Betrachtungsweise auf die Folgen moderner Technologien eröffnet werden.

Die Kritik an den biomedizinischen reduktionistischen Vorstellungen beinhaltet implizit oder explizit oft den Verweis darauf, dass die Menopause ein „natürlicher“ Umbruch sei und biomedizinische Eingriffe das „wahre“ Erleben beschränken würden. Diese Auslegungen laufen Gefahr, selbst wiederum die Grenzziehung zwischen Frauen und Männern zu naturalisieren. Analog dazu wird damit genauso ein universalistisches Frauenbild konstruiert, in dem auch biomedizinische Argumentationen ihren Ausgangspunkt finden. Die Betrachtung biomedizinischer Entwicklungen als rein repressive Technologien, die die Authentizität des weiblichen Körpers untergraben, bringen unweigerlich Fragen mit sich, die Nina Lykke und Rosi Braidotti (1996: 244) folgendermaßen formulieren: „Which nature? How do we construct our knowledge about it? Who are ‘we’, the knowers? What roles do race and sexual difference play in the framing of these questions?“ Poststrukturalistische Ansätze wie die von Lykke und Braidotti kritisieren die Vorstellung eines passiven „realen weiblichen Körpers“, der vom biomedizinischen Diskurs befreit werden muss und argumentieren demgegenüber, dass der Körper Resultat diskursiver Prozesse ist und demnach nicht davon trennbar ist (vgl. dazu Lupton 2006: 170f). Auch im Rahmen der Gouvernementalitätstheorie wird das ambivalente Verhältnis zwischen Subjekt und Technologie diskutiert. Thomas Lemke (2003) weist am Beispiel der Genetik darauf hin, dass die Kritik am biochemischen Körpermodell durch ihren Hinweis auf Verzerrung oder Abwesenheit der „Wahrheit“ an ihre Grenzen stößt. Mit einem Rekurs auf Michel Foucault argumentiert er, dass Differenzen zwischen Menschen und Dingen der Wissenschaft

nicht vorrangig sind, sondern jene erst durch diese gemacht werden: „Daher ist es wichtig, der Naturalisierungsstrategie der Genomforschung, die darauf abzielt, unsere gesamte Existenz auf das biologische Leben zurückzuführen, nicht eine andere, aber ebenso entpolitisierte Strategie entgegenzustellen, die erklärt, wer der Mensch „wirklich“ sei“ (Lemke 2003: 28). Neben der Feststellung, dass das medizinische System an einer konsequenten Unterdrückung von Frauen mitbeteiligt war, verweisen Feministinnen auch darauf, dass die moderne Medizin ebenso zur Befreiung von Frauen beigetragen hat (Lupton 2006: 143). Demzufolge möchte ich hier zur Diskussion stellen, ob neue Technologien nicht auch als eine Quelle für neue Gestaltungs- und Handlungsmöglichkeiten bezüglich des Körpers betrachtet werden können und ob mit ihrer Hilfe nicht auch eine Unterwanderung heteronormativer Körpervorstellungen vollzogen werden könnte. So werden durch die Entstehung der modernen Medizin ganz neue Reproduktionsmöglichkeiten jenseits heterosexueller Praktiken eröffnet. In diesem Sinne könnte die moderne Medizin auch als emanzipatorisches (Hilfs)Mittel betrachtet werden, das es lesbischen Paaren erlaubt ihren Kinderwunsch zu realisieren.

Eine weitere Dimension neuer Technologien stellt auch die Möglichkeit einer Körpertransformation von Transgender Personen dar. Die Entwicklung der Endokrinologie eröffnet durch die Einnahme von Hormonen die Möglichkeit der Steuerung von körperlichen Veränderungen wie Haarwuchs und Brustwachstum. Fausto-Sterling merkt in diesem Zusammenhang jedoch kritisch an, dass das Bündnis von Medizin und Transgenderbewegung die vorherrschenden Normen nicht zwingend unterwandert: „Zum einen destabilisiert sie die Binarität, verschiebt die Grenzen, vor allem unter Transgender Personen, die sich für ein Leben in dieser Art Zwischenstadium von Transgender-Existenz entscheiden statt für eine komplette Umwandlung. Zum anderen re-etabliert sie die Binarität, weil die dominante Erzählung der Transgender-Bewegung jene ist, dass es sich um Personen handelt, die im falschen Körper geboren sind. Das impliziert, dass es immer einen richtigen Körper gibt, um darin zu leben, und das ist entweder ein männlicher oder ein weiblicher Körper“ (Fausto-Sterling 2007).

Festzuhalten ist, dass der autonomen Steuerung neuer Technologien Grenzen gesetzt sind. Eingebettet in ein juristisches und medizinisches Gefüge werden ihre

Anwendungen kontrolliert und mit dem geregelten Einsatz auch normiert. Während die Hormontherapie für Frauen in den Wechseljahren geradezu als logische Konsequenz gilt, müssen Transgender Personen eine Anzahl an juristischen und psychiatrischen Verfahren über sich ergehen lassen, um die Hormoneinnahme bewilligt zu bekommen. Der Grund für diese asymmetrischen Bedingungen ist in der normierenden Rolle der juristischen und medizinischen Institutionen zu finden. Während die eine Personengruppe versucht die festgelegte Geschlechtsidentität und somit die Norm zu verlassen, wird die zweite Personengruppe dazu angehalten, den menopausalen Zustand möglichst weit hinauszuschieben, da mit ihm ein Stadium der Abweichung vom jugendlichen, weiblichen und zur Norm erhobenen Körper prognostiziert wird.

Auch im Falle der künstlichen Befruchtung besteht in den meisten europäischen Ländern ein stark strukturiertes Regelwerk, das momentan meist nur heterosexuellen LebenspartnerInnen die Anwendung erlaubt. Es vollzieht sich jedoch eine Veränderung der gesetzlichen Bestimmungen durch veränderte gesellschaftspolitische und moralische Vorstellungen.⁷ Elisabeth Sourbut (1996) plädiert in Anlehnung an Donna Haraway dazu, neue Technologien nicht grundsätzlich zu verteufeln, sondern vielmehr an einem Wandel des ideologischen Systems in der Wissenschaft zu arbeiten. Denn, so Sourbut, wenn neu darüber nachgedacht wird welches Wissen als relevantes Wissen gilt und die Zusammenhänge, in denen Wissen akkumuliert wird, reflektiert werden, dann ermöglichen neue Technologien auch Grenzen der dichotomen Vorstellungen über den Körper aufzubrechen (Sourbut 1996: 234).

Der biomedizinische Diskurs kann weder als vollkommen deterministisch noch als frei verfügbare Technologie betrachtet werden. Des Weiteren kann die Genese der Menopause nicht getrennt vom biomedizinischen Diskurs analysiert werden. Vielmehr schafft er die Bedingungen, durch die das Konzept der Menopause überhaupt erst als natürliches Ereignis wirkt. Dementsprechend sind auch die einzelnen Subjekte nicht als handlungsunfähige Effekte dem biopolitischen System gegenüberzustellen (vgl. Kapitel 3.1).

⁷ So ist in Schweden, Belgien, Finnland und den Niederlanden die künstliche Befruchtung für gleichgeschlechtliche Paare erlaubt. (Stand 2006)

In dem vorangegangenen Kapitel habe ich die mächtige Position der medizinischen Wissenspraktiken in Europa und den USA dargestellt. Als Konsequenz möchte ich jedoch nicht Frauen als ohnmächtige Opfer dem biomedizinischen Diskurs gegenüberstellen. Der Körper schmerzt und viele Frauen erfahren die Beschwerden, die sie in den Wechseljahren begleiten (seien diese nun durch Hormone ausgelöst oder nicht) als wesentliche Beeinträchtigung in ihrem Leben. Für sie kann die Einnahme von Medikamenten (egal ob diese als Placebo wirken oder nicht) Erleichterung im Alltag und Befreiung von Schmerzen bedeuten. Es liegt somit nicht im Interesse dieser Arbeit über Frauen zu urteilen, die der Hormontherapie positiv gegenüberstehen. Eine Vielzahl an Faktoren ist an die Entscheidung für oder gegen die Einnahme von Hormone während der Wechseljahre gebunden.

Bevor ich im vierten Kapitel individuelle Handlungsmuster rekonstruieren werde, möchte ich im nächsten Teil mein methodisches Vorgehen sowie implizierte theoretische Annahmen darlegen, die die Basis der vorliegenden Arbeit bilden.

3 Wissenssoziologische Diskursanalyse

Die vorliegende Arbeit folgt der offenen Forschungslogik der qualitativen Sozialforschung und orientiert sich in erster Linie an den von Reiner Keller vorgeschlagenen theoretischen sowie methodischen Grundlagen der *Wissenssoziologischen Diskursanalyse* (Keller 2004). Die Wissenssoziologische Diskursanalyse fungiert als Forschungsperspektive, die in den Sozialwissenschaften im „interpretativen Paradigma“ und hier insbesondere in der hermeneutischen Wissenssoziologie verankert ist.

Der empfohlene Forschungsstil unterscheidet sich von anderen diskursanalytischen Ansätzen im Wesentlichen durch die Einbettung diskurstheoretischer Annahmen Michel Foucaults (1983, 1994, 2003) in die soziologische Wissenstheorie von Peter Berger und Thomas Luckmann (2003). Als Konsequenz der Verbindung von Wissenssoziologie und Diskurstheorie eröffnen sich in der Forschungspraxis empirisch-methodische Verfahren, die sich an der interpretativen Sozialforschung orientieren und somit die Diskursanalyse in ihren Möglichkeiten der methodischen Ausführungen ergänzen. Wissenssoziologische Diskursanalyse greift somit gezielt auf einen ausgereiften Methodenkanon in den Sozialwissenschaften zurück, um mit dem von Foucault geleiteten theoretischen Hintergrund gefestigte Analysewerkzeuge zur wissenssoziologischen Diskursforschung zu bieten (Keller: 2005). Durch die Verbindung von Diskurstheorie mit den theoretischen Grundannahmen der Wissenssoziologie, erfährt auch das Verhältnis von Diskursen und sozialen AkteurInnen eine Dimensionierung, die für meine Arbeit äußerst produktiv ist (vgl. Keller 2005: 21). Die Verortung des Forschungsprogramms in der interpretativen Sozialforschung erlaubt kohärente sowie divergierende Handlungslogiken zu rekonstruieren, und gibt daher anregende Einsichten in das komplizierte Verhältnis von Subjekt und Diskurs, die ich im weiteren Verlauf erörtern werde.

In der Umsetzung kann die Wissenssoziologische Diskursanalyse unterschiedliche Ebenen der Konstruktion sozialer Wirklichkeit berühren. Das Forschungsinteresse kann sich einerseits auf die Diskursproduktion und die damit verbundene Konstitution von Phänomenen konzentrieren. Darüber hinaus ist auch die Untersuchung der Vermittlung bzw. die Analyse von Distributionsverläufen von Deutungs- und Handlungsmustern möglich. Eine weitere Ebene bildet die Untersuchung des Verhältnisses von Diskursen und Sprecherpositionen. Wer darf wie, worüber sprechen oder schweigen? Diese Fragen führen uns schließlich zur Ebene, in der Diskurse in ihrer Alltagsrepräsentation analysiert werden. Dabei wird das handelnde Subjekt in das Zentrum der Analyse gerückt, um die Manifestation von Diskursstrukturen in der Lebensrealität zu begreifen (vgl. Keller 2005: 17). Bei der empirischen Durchführung kann die Aufmerksamkeit auf materiale Objekte, Praktiken und/oder textförmige Elemente gelenkt werden (vgl. Keller 2004: 69).

Nach der theoretischen Einführung, die in Kapitel 3.1 folgt, beschreibe ich in Kapitel 3.2 das methodische Vorgehen, das im meinem Fall maßgeblich von Konzeptionen der Grounded Theory geleitet wird (vgl. Strauss/Corbin 1999). Neben der Klärung des empirischen Verfahrens werden auch die wesentlichen Schritte der praktischen Durchführung von Datenerhebung und Datenauswertung erläutert.

3.1 Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden soll zunächst mit Foucaults Arbeiten dem Verhältnis von Diskurs, Subjekt und Macht nachgegangen werden. Danach wird mit einem Rekurs auf Judith Butler, die sich stark auf Foucaults Arbeiten bezieht, ein konstruktivistischer Blick auf den Geschlechtskörper geworfen. Die Auseinandersetzung mit der Regulierung von Geschlechtsidentität und Geschlechtskörper ist an dieser Stelle sinnvoll, da die Endokrinologie seit ihren Anfängen einen wesentlichen Anteil zur Normalisierung der Geschlechterdifferenz beiträgt (vgl. Villa 2006: 110). Anschließend wird die auch bei Butler auftretende Debatte über Dualität von Determination und Autonomie des handelnden Subjekts, durch eine wissenssoziologische Perspektive ergänzt.

3.1.1 Das Verhältnis von Subjekt und Diskurs bei Michel Foucault

Der Begriff Diskurs erfährt in unterschiedlichsten Disziplinen wie auch in Alltagsgesprächen eine heterogene Bedeutungszuschreibung. Die Verwendung des Begriffs in der vorliegenden Arbeit orientiert sich an den Überlegungen Michel Foucaults. In der Anwendung des poststrukturalistischen Diskursbegriffes wird davon ausgegangen, dass erst Diskurse Konstitutionsbedingungen erschaffen, die bestimmen was wahr, normal, oder überhaupt denkbar ist. Diskurse sind demnach:

„Systeme des Denkens und Sprechens, die das was wir von der Welt wahrnehmen, konstituieren, indem sie die Art und Weise der Wahrnehmung prägen“ (Villa 2006: 20). Ein wesentliches Element der Diskurstheorie bildet die gesprochene Sprache, jedoch wird mit der Ausweitung des Diskursbegriffes auf eine diskursive Praxis die Analyse von Machtmechanismen der Wirklichkeitskonstitution ins Zentrum gestellt (vgl. Bublitz et al. 1999: 11). So lautet Kellers Definition für die Diskursforschung: Der Diskurs ist „eine nach unterschiedlichen Kriterien abgrenzbare Aussagepraxis bzw. Gesamtheit von Aussageereignissen, die im Hinblick auf institutionell stabilisierte gemeinsame Strukturmuster, Praktiken, Regeln und Ressourcen der Bedeutungserzeugung untersucht werden“ (Keller 2004: 64).

Michel Foucault (1993, 1994, 1983) interessierte sich in seinen materialen Analysen unter anderem für die institutionelle Verankerung und Regelung der untersuchten Diskurse. Er geht davon aus „[...] dass in jeder Gesellschaft die Produktion des Diskurses zugleich kontrolliert, selektiert, organisiert und kanalisiert wird [...]“ (Foucault 2003: 7). Die Regulierung und Ordnung von Diskursen erfolgt durch eine grundsätzliche Verbindung von Macht und Diskurs (Foucault 2003). Macht ist hier nicht als Eigentum zu verstehen sondern als Verhältnis, das sich in und durch Subjekte entfaltet. Foucault spricht in seinem Buch *Überwachen und Strafen* (1994) von der Mikrophysik der Macht:

„Das Studium dieser Mikrophysik setzt nun voraus, dass die darin sich entfaltende Macht nicht als Eigentum, sondern als Strategie aufgefasst wird, dass ihre Herrschaftswirkungen nicht einer „Aneignung“ zugeschrieben werden, sondern

Dispositionen, Manövern, Techniken, Funktionsweisen; dass in ihr ein Netz von ständig gespannten und tätigen Beziehungen entziffert wird anstatt eines festgehaltenen Privilegs; dass ihr als Modell die immerwährende Schlacht zugrunde gelegt wird und nicht der Vertrag über die Abtretung eines Gebietes oder die Eroberung, die sich eines solchen bemächtigt“ (Foucault 1994: 39). Macht wird hier als etwas permanent Immanentes in gesellschaftlichen Beziehungen beschrieben und als etwas, das produktiv und repressiv zugleich wirkt. Produktiv in dem Sinne, dass in der Verbindung von Macht und Diskurs erst Dinge geformt werden. In seinen Publikationen, „Überwachen und Strafen“ sowie in „Sexualität und Wahrheit“ rückt Foucault die Rolle von Macht- und Wissenskomplexen bei der Subjektkonstitution in den Vordergrund (Foucault 1994, 1983). Die Disziplinierung des Körpers, die durch Praktiken der Normalisierung und Regulierung vor sich geht, wird dabei zum zentralen Thema. Am und im Körper selbst kreuzen sich die Machtverhältnisse. „[...] sie umkleiden ihn, markieren ihn, dressieren ihn, martern ihn, zwingen ihn zu Arbeiten, verpflichten ihn zu Zeremonien verlangen von ihm Zeichen“ (Foucault 1994: 37). Die Unterwerfung gestaltet sich in den unterschiedlichsten Formen, sie kann physisch und direkt sein, aber auch völlig gewaltlos vor sich gehen: „sie kann kalkuliert, organisiert, technisch durchdacht, subtil sein, weder Waffen noch Terror gebrauchen und gleichwohl physischer Natur sein“ (ebd.: 37). Das Subjekt wird durch die Unterwerfung, an der Diskurse arbeiten, in ein komplexes Machtgefüge eingebettet, das wiederum seine Hervorbringung erst ermöglicht. Sowohl unterworfen als auch durch Macht hervorgebracht ist das Subjekt eine Wirkung der Macht und gleichzeitig auch ihr verbindendes Element.

Dieser vielschichtige Prozess von Unterwerfung und Konstitution wird unter dem Begriff Subjektivation subsumiert (vgl. Butler 2001: 81). Subjektivation meint nicht einen einmaligen Akt, der mit der Geburt in ein gesellschaftliches System vollzogen wird, viel mehr beschreibt dieser Begriff einen ständigen Vorgang in dem diskursive Identität erzeugt wird.

Rückführend auf meine Studie bedeutet dies, dass die „Frau in den Wechseljahren“ erst durch ein regulatorisches Mächteverhältnis, bestehend aus juristischen, medizinischen, sozialwissenschaftlichen, naturwissenschaftlichen, ökonomischen Institutionen und

Strukturen hervorgebracht wird und als anerkanntes Identitätskonzept wirkt und von sozialen Akteurinnen genutzt wird bzw. genutzt werden muss. Der Zwang erfährt seine Stärke vor allem durch Sanktionen, die mit einer Abweichung einhergehen. Die institutionalisierte Regulierung zieht somit den Rahmen der Normalität und sanktioniert jene Individuen die davon abweichen. Die „Frau in den Wechseljahren“ ist aber kein starres und einmaliges Subjekt, ständig erfährt das Identitätskonzept Veränderung durch konkurrierende Diskurse und damit verbundene kollektive Positionierungen.

3.1.2 Der Geschlechtskörper

Judith Butler, die ebenfalls mit Foucaults Diskursbegriff arbeitet, fokussiert in ihren Analysen die Regulierung und Stabilisierung des Geschlechtskörpers durch die heterosexuelle Matrix. Sie untersucht die ontologische Gegebenheit von Kategorien und die damit verbundenen Formen der Naturalisierung. Ihr Fokus richtet sich auf Herrschaftsverhältnisse und Ausschließungen, die mit „geschlechtlich“ bestimmten Identitätskategorien gestützt werden (vgl. Jäger 2004: 65).

Obwohl Butler kein methodologisches Vorgehen für SozialwissenschaftlerInnen erarbeitet oder anbietet, da sie der Verdinglichung der Geschlechtsidentität analytisch begegnet, bringen ihre Überlegungen zur Subjekttheorie ein komplementäres Verständnis, individuelle Handlungsfähigkeit zu begreifen.

In ihrem Buch *Das Unbehagen der Geschlechter* (1991) hinterfragt sie die Unterscheidung zwischen natürlich anatomischem Geschlecht (*sex*) und die als kulturell konstruiert verstandene Geschlechtsidentität (*gender*). Butler versteht nicht nur die Geschlechtsidentität, sondern auch die angeblich natürlichen Sachverhalte des Geschlechts, und somit die des Körpers, als ebenso diskursiv produziert wie die Geschlechtsidentität (vgl. Butler 1991: 24). Sie verweist nicht nur darauf, dass die Unterscheidung zwischen Geschlechtskörper und Geschlechtsidentität neu formuliert werden muss, sondern auch auf die mit der Trennung eingeführte Annahme einer vordiskursiven anatomischen Gegebenheit, die die diskursiven Produktionen des Geschlechts selbst verschleiert.

„Die Produktion des Geschlechts als vordiskursive Gegebenheit muss umgekehrt als Effekt jenes kulturellen Konstruktionsapparats verstanden werden, den der Begriff ‚Geschlechtsidentität‘ (gender) bezeichnet“ (ebd.: 24).

Die diskursiven und regulierenden Strukturen, die die dem Subjekt zugrunde liegende Geschlechtsidentität erzeugen, werden auf unterschiedlichsten Ebenen erfasst. Butler bezieht sich unter anderem auf Austins Sprachphilosophie und greift, wie ich auch weiter unten darstellen werde, auf das Regulierungskonzept von Foucault bei der Herausbildung von Subjekten zurück. Für ihr Konzept der performativen Konstruktion der Identität entlehnt sie den Begriff der Performativität aus dem Werk *How to do things with words* von J.L. Austin (1985). Demnach ist eine performative Handlung „eine solche, die das, was sie benennt, hervorruft oder in Szene setzt und so die konstitutive Macht der Rede unterstreicht“ (Butler 1993: 124). Die Sprache wird somit nicht als rein deskriptives Mittel sondern vielmehr als produktive Handlung bzw. Struktur begriffen (vgl. Villa 2006: 146). Ihre Macht bzw. Effektivität erhält das Performative durch die kontinuierliche Wiederholung. Durch das ständige Rezitieren wird die Aussage zur Konvention und setzt diese wiederum immer neu in Szene. Wenn ein Subjekt von Sprache konstituiert ist, meint dies auch, dass der Vorgang der Konstitution nie als abgeschlossen zu betrachten ist (vgl. Butler 1993: 125).

Butler verweist in diesem Zusammenhang auf die Handlungsperspektiven des konstruierten Subjekts. Diskurse sind in ihrer Rezeption Foucaults nicht als vollkommen deterministisch zu verstehen, denn „das kulturell eingebettete Subjekt steht in einem aktiven Verhältnis zu seinen Konstruktionen, auch wenn diese die Prädikate seiner eignen Identität sind“ (Butler 1991: 210).

Hegemoniale so wie auch subversive Diskurse sind nach Butler nicht durch willentliche Absichten einzelner Individuen lenkbar, jedoch räumt sie dem agierenden Subjekt durchaus Handlungsmöglichkeiten ein (vgl. Butler 1993: 124). Soziale AkteurInnen erhalten Konventionen durch wiederholtes Zitieren aufrecht und können, so Butler, auch durch ein kollektives Handeln eine Umdeutung festgelegter Kategorien ermöglichen. Für ihre Analyse hegemonialer Geschlechter-Kategorien wird dem handelnden Subjekt eine wesentliche Rolle in möglichen Destabilisierungs- und Umdeutungskonzepten zugeschrieben.

3.1.3 Das Problem der Handlungsfähigkeit: Ein wissenssoziologischer Ansatz

Die Handlungsfähigkeit sozialer AkteurInnen stellt wohl einen der umstrittensten Punkte in der Rezeption von Michel Foucaults Werken dar. Aus der konstruktivistischen Perspektive auf die Subjektkonstitution verliert das Subjekt an Autonomie, da das intellegible Subjekt erst durch diskursive Mechanismen erzeugt und reguliert wird (vgl. Villa 2006: 162). VertreterInnen der diskursanalytischen Forschung argumentieren jedoch gegen die Annahme, dass das Subjekt gänzlich verschwände. Achim Landwehr, ein Vertreter der Geschichtswissenschaftlichen Diskursanalyse erläutert dem zu Folge: „Wahrnehmungen und Erfahrungen des Subjekts sind durch die Diskurse und die Ordnungen zwar organisiert, aber diese Strukturen sind kein undurchdringliches Gefängnis, sondern weisen zahlreiche Brüche und Diskontinuitäten auf“ (Landwehr 2001: 99).

Die Wissenssoziologische Diskursanalyse fokussiert Momente subjektbezogener Handlungsmöglichkeiten und eröffnet dadurch neue methodische Vorgangsweisen im Rahmen der Diskursanalyse. Die Rolle gesellschaftlicher AkteurInnen erhält in der Wissenssoziologie eine wesentliche Aufgabe. Sie müssen die bestehenden Wissensordnungen ständig transformieren, realisieren und „akzeptieren“ damit die Bedeutungszirkulation aufrechterhalten bleibt (Schröer 1997: 127). Gesellschaftliche Wirklichkeit konstituiert sich demnach auch durch interaktive Handlungsprozesse, die einerseits auf kollektiven Wissensbeständen basieren jedoch auch aufgrund biographischer wie lebensweltlicher Kontexte variieren können (vgl. Rosenthal 2005: 40). Die postulierte Handlungsfähigkeit stößt jedoch unweigerlich an ihre Grenzen, wenn damit ein prinzipielles Austreten aus dem Diskursgeflecht gemeint ist. Wir können uns nie außerhalb der zirkulierenden Normen positionieren, sondern nur innerhalb der Diskurse handeln, da wir auf ein vorhandenes Regelsystem von Wissensbeständen zurückgreifen müssen um „sinnvolle“ Handlungen setzen zu können. Jedoch ergeben sich durch die zahlreichen konkurrierenden Diskursstränge sowie lebensgeschichtlichen Erfahrungen, unterschiedliche Positionierungsmöglichkeiten.

Deswegen verlangt die methodische Umsetzung auch ein Einlassen auf das Bezugssystem der handelnden Personen (Schröder 1997: 109).

Die sozialkonstruktivistische Wissenssoziologie räumt dem Subjekt somit eine aktive Rolle bei der Aufrechterhaltung sozialer Realität ein und eröffnet dadurch auch ein methodisches Vorgehen, das in der interpretativen Sozialforschung verankert ist. Keller nutzt diese Erweiterung der Diskurstheorie und entwirft eine schematische Unterteilung für die Analyse des Umgangs sozialer AkteurInnen mit gesellschaftlichen Wissensordnungen (vgl. Keller 2005: 21). Die Gliederung arrangiert sich in einer dreifachen Relationierung von Diskursen und AkteurInnen, die sich in *Sprecherpositionen*, *Subjektpositionen/Identitätsangebote* und *Soziale AkteurInnen* unterteilt:

„Sprecherpositionen bezeichnen Orte des legitimen Sprechens innerhalb von Diskursen, die von sozialen Akteuren unter bestimmten Bedingungen (beispielsweise nach Erwerb spezifischer Qualifikationen) als Rollenspieler eingenommen und interpretiert werden können. Subjektpositionen/Identitätsangebote bezeichnen Positionierungsprozesse und >Muster der Subjektivierung<, die in Diskursen erzeugt werden und sich auf Adressaten(bereiche) beziehen (beispielsweise die Rolle des Ratsuchenden der humangenetischen Expertise). Soziale Akteure sind Individuen oder Kollektive, die sich auf die erwähnten Sprecher- oder Subjektpositionen beziehen und diese handlungspraktisch realisieren“ (Keller 2005: 21).

Diese Form der Differenzierung ermöglicht auch meiner Analyse eine verschärfte Betrachtung der Verhandlungen zwischen Sprecherpositionen aus natur- und sozialwissenschaftlichen Disziplinen und Subjektpositionen, die von Frauen in den Wechseljahren eingenommen werden.

Die Verfolgung der Diskursrezeption sowie deren Aktualisierung und Umdeutung in alltäglich-lebensweltlichen Kommunikationsprozessen und Praktiken benötigt Kenntnis über die entsprechenden Diskurse, will sie nicht vorschnell Stereotypen reproduzieren (vgl. Keller 2004: 70). Die in Kapitel 2 dargestellten Ergebnisse feministischer Untersuchungen stellen diesen erfordernten Ausgangspunkt für meine Analyse dar. Durch das Beleuchten der Genealogie der Wechseljahre und die sozio-historische Entwicklung der Hormontherapie anhand feministischer Wissenschaftskritik werden die

Aspekte der Bedeutungserzeugung und der Distributionskanäle demonstriert. Dieser ausformulierte Hintergrund ermöglicht mir erst meinen Fokus auf das Handeln sozialer Akteurinnen im Themenkomplex Wechseljahre.

In diesem Sinne betonen auch Berger und Luckmann die Bedeutung makrosoziologischer Strukturen, bei der Analyse von Internalisierungsprozessen: „Die Sozialisation findet immer innerhalb einer spezifischen Gesellschaftsstruktur statt. Nicht nur ihre Inhalte, auch das Maß ihres „Erfolges“ haben sozial-strukturelle Grundlagen und sozial-strukturelle Folgen. Mit anderen Worten: mikrosoziologische oder sozialpsychologische Analysen der Internalisierungsphänomene müssen immer auf den Hintergründe eines makrosoziologischen Verständnisses ihrer strukturellen Aspekte vorgenommen werden“ (Berger/Luckmann 1977: 174).

Kellers Rückgriff auf wissenssoziologische Strömungen zur Ergänzung einer methodischen Durchführung der Diskursanalyse gestaltet sich schlüssig, beachtet man die umfassende theoretische Diskussion in den wissenssoziologischen Traditionen über das Verhältnis von Determination und Emergenz bei der Konstruktion sozialer Wirklichkeit (Schröder 1997).

3.2 Material und Methode

3.2.1 Reiner Kellers Forschungsprogramm der wissenssoziologischen Diskursanalyse

Die von Keller empfohlene Forschungslogik zur empirischen Durchführung einer Diskursanalyse greift auf einen ausgereiften Methodenkanon in den Sozialwissenschaften zurück und empfiehlt unterschiedlichste Erhebungs- und Auswertungsverfahren miteinander zu kombinieren. Bei der Auswahl der geeigneten methodischen Vorgehensweise ist vor allem auf die ‚*Passung*‘ zwischen Fragestellung, Datenmaterial und Umsetzung zu achten (Keller 2004: 81). Die Untersuchung soll demnach nicht nach einem vorgefertigten Auswertungskatalog, sondern von im Feld generierten Kriterien geleitet sein.

Diskursanalyse beginnt mit einer groben Umklammerung des zu untersuchenden Forschungsfeldes. Mögliche Kriterien zur Eingrenzung des Gegenstandsbereiches können ein bestimmtes Thema, ein institutionelles Setting oder wichtige AkteurInnen bzw. unterschiedliche Kombinationen davon sein (Keller 2004: 81). Besteht das skizzierte Feld, werden im nächsten Schritt Fragestellungen formuliert. Diese können im weiteren Verlauf durchaus modifiziert oder für neue Resultate fallen gelassen werden. Anschließend, so Keller, werden adäquate Untersuchungsgrößen bestimmt und die entsprechenden Datenerhebungs- und Auswertungsverfahren ausgewählt (ebd.).

Die erste Annäherung an den Gegenstandsbereich geschieht durch Einholung von zugänglichen Informationen aus unterschiedlichsten Quellen. Der Zugang zum ausgewählten Thema kann durch ExpertInneninterviews, Beobachtungen, sowie über wissenschaftliche und nichtwissenschaftliche Literatur eingeleitet werden. Mit diesem Schritt befindet sich der/die ForscherIn auch schon mitten im Prozess der Datenerhebung. Schon in dieser ersten Phase wird mit der Zusammenstellung des Datenkorpus begonnen (vgl. Keller 2004: 82). Der Umfang, Inhalt und die Bestandteile des Datenkorpus richten sich nach den jeweiligen Forschungszielen. So wird beispielsweise eine diachrone Untersuchung, welche eine historische Entwicklung rekonstruiert, andere Zugangsweisen verlangen, als eine synchron angelegte Studie, welche auf aktuellen Diskursereignissen basiert.

Bei der Zusammenstellung des Datenkorpus können Texte in zwei unterschiedliche Kategorien aufgeteilt werden. Texte können einerseits dem Informationsgewinn (über wichtige Ereignisse und AkteurInnen) dienen und andererseits als Basis für die Rekonstruktion einer Diskursstruktur herangezogen werden (vgl. Keller 2004: 87). Beides schließt sich nicht aus, jedoch fordern die beiden Textformate unterschiedliche Herangehensweisen. Um über ein Feld Informationen zu generieren empfiehlt sich ein einfaches Lesen einer möglichst heterogenen Dokumentenmenge, welche Hinweise über das anvisierte Feld bringen können. Jene Daten, die zur Einzelanalyse herangezogen werden, folgen einer reflektierten und begründeten Auswahllogik, die sich auf einer intensiven Beschäftigung mit dem Forschungsfeld stützt. Die Analyse ist

ressourcenaufwändig und kann meist nicht alle Daten des Korpus einbeziehen (Keller 2004: 87).

Die zur Datenverdichtung herangezogenen Kriterien generieren sich in der Regel aus dem Forschungsgegenstand selbst und orientieren sich an Schlüsseltexten, -passagen, -akteuren und -ereignissen (Keller 2004: 81).

3.2.2 Grounded Theory

Für die Analyse des Materials verweist Keller auf die methodischen Ausführungen, die im Kontext der Grounded Theory entwickelt worden sind. Der Rückgriff auf die elaborierten Anwendungen ergibt sich auch aus der theoretischen Ausgangsposition die beiden Forschungsstilen gemeinsam ist. So wird auch in der Grounded Theory von einer aktiven Gestaltung sozialer Wirklichkeit durch ihre AkteurInnen ausgegangen (vgl. Straus/Corbin 1999: 109) Grounded Theory ist demnach ein handlungsorientiertes Modell, in dem eine theoretische Darstellung sozialer Prozesse und damit verbundenen Wirklichkeitskonstruktionen erarbeitet werden (vgl. Strauss/Corbin 1999: 9).

Mit dem Buch „Discovery of Grounded Theory“ (1967) legen Barney Glaser und Anselm Strauss das Fundament für jene Forschungsperspektive. Das Ziel liegt in der Entwicklung empirisch formierter Theorie, die durch eine bestimmte Organisierung von Erhebungs- und Auswertungsverfahren geleitet wird. Durch ein reflektiertes, methodisches Vorgehen können demnach theoretische Erklärungsmodelle für soziale Prozesse entwickelt werden.

Sowohl Glaser als auch Strauss (in Zusammenarbeit mit Juliet Corbin) legten nach ihrem gemeinsamen Grundstein unterschiedliche Akzentuierungen auf die methodische Durchführung der Grounded Theory. Mein empirisches Vorgehen stützt sich vor allem auf das von Strauss und Corbin (1996) entwickelte Kodierparadigma, das von unterschiedlichen Verfahren getragen wird. Die wichtigsten Elemente und Begriffe, die meine Untersuchung organisiert haben, sollen hier kurz erläutert werden.

In der Grounded Theory gestaltet sich der Forschungsprozess durch ein konstantes Wechselspiel zwischen Datenerhebung und Auswertung. Die Interpretation der Dokumente folgt nicht linear nach der Sammlung der Daten, sondern kann schon vor

dem endgültig erhobenen Datenkorpus beginnen. Nach den ersten Ergebnissen wird sich auch klären, ob und wie der Datenkorpus ausgeweitet oder eventuell in eine andere Richtung geleitet werden muss (vgl. Keller 2004: 80). Diese Form der Organisation wird von Strauss und Corbin durch das Konzept des „theoretical sampling“ charakterisiert (Strauss/Corbin 1999). Zusammenfassend bedeutet dies, dass die Kollektion der Daten nach theoriegeleiteten Kriterien erfolgt, welche wiederum aus dem Forschungsfeld selbst abgeleitet wurden.

Einen weiteren Zugang zum Material können die Prinzipien der *minimalen und maximalen Kontrastierung* bilden. Dies bedeutet, dass zum einen stark divergierende Dokumente (maximale Kontrastierung) in Bezug gesetzt werden um die Breite und Heterogenität eines Diskurses bzw. mehrere Diskurse zu einem Thema zu erfassen. Zum anderen wird bei der Analyse ähnlicher Aussageereignisse (minimalen Kontrastierung) eine möglichst detailreiche Rekonstruktion ausgewählter Bereiche ermöglicht (Keller 2004: 88).

Die Interpretation der Daten erfolgt durch ein systematisches Kodierverfahren, das sich bei Strauss und Corbin in offenes Kodieren, axiales Kodieren und selektives Kodieren, gliedert. Das offene Kodieren wird als „der Prozess des Aufbrechens, Untersuchens, Vergleichens, Konzeptualisierens und Kategorisierens von Daten verstanden“ (Strauss/Corbin 1996: 43). In der Praxis bedeutet dies, dass der Text entweder Wort für Wort, Zeile für Zeile oder nach Sinnabschnitten durchforstet wird, um mit Hilfe von Fragen, die an den Text gestellt werden, Kategorien zu erzeugen. Der Inhalt der Textsegmente wird dabei durch Kodennamen erfasst. Es handelt sich hierbei jedoch nicht um eine einfache Deskription oder Paraphrasierung sondern um eine Konzeptualisierung der Daten (ebd.). Neben selbst gestalteten Benennungen, liefern „In-vivo-Kodes“ eine weitere Form der Bezeichnung einer Kategorie. „In-vivo-Kodes“ sind treffende Begriffe für einen Vorfall, die von den InformantInnen selbst genannt werden (Strauss/Corbin 1996: 50). Jede Kategorie bringt bestimmte Charakteristika und Kennzeichen mit sich. Die Dimensionalisierung dieser Eigenschaften erfolgt durch Fragen nach Ausprägungen, wie der Häufigkeit, Ausmaß, Dauer oder Intensität eines Phänomens. Die systematische Entwicklung von Ausprägungen bildet schließlich jene wesentliche Basis, die benötigt wird, um Beziehungen zwischen den Kategorien bzw.

zwischen Kategorie und Subkategorie herauszubilden (Strauss/Corbin 1996: 51). Die Bezeichnung ähnlicher Phänomene mit dem gleichen Kode sorgt im weiteren Verlauf für die nötige Dichte der Ausprägungen und Dimensionen. Obwohl mit dem offenen Kodieren meist die ersten Analyseschritte am Material vollzogen werden, bedeutet das nicht, dass die drei Kodier-Typen in einer rigiden Abfolge angewandt werden müssen. Vielmehr vollzieht sich eine kontinuierliche Hin- und Herbewegung zwischen den einzelnen Kodierverfahren (ebd.: 40).

Das axiale Kodieren definieren Strauss und Corbin als „eine Reihe von Verfahren, mit denen durch das Erstellen von Verbindungen zwischen Kategorien die Daten nach dem offenen Kodieren auf neue Art zusammengesetzt werden. Dies wird durch Einsatz eines Kodier-Paradigmas erreicht, das aus Bedingungen, Kontext, Handlungs- und interaktionalen Strategien und Konsequenzen besteht“ (Strauss/Corbin 1996: 74). Die Durchführung des axialen Kodierens gestaltet sich als komplexer Prozess, in dem Kategorien mit den Subkategorien in Beziehung gesetzt werden. Als Subkategorien werden Bedingungen und Kontext eines Ereignisses, sowie Handlungs- und Interaktionsstrategien zur Bewältigung des Phänomens und die daraus resultierenden Konsequenzen, bezeichnet. Zur Erstellung einer möglichst breiten Variation und konzeptionellen Dichte des Phänomens werden entlang des Materials Kategorien miteinander verglichen, verknüpft und in Beziehung gesetzt.

Beim selektiven Kodieren wird schließlich eine Kernkategorie herausgearbeitet, in der alle anderen Kategorien integriert werden. In meiner Darstellung der Ergebnisse habe ich jedoch auf die Heraushebung einer einzigen Hauptkategorie zu Gunsten der Darstellung mehrerer, gleichbedeutender Phänomene, verzichtet.

Im fortgeschrittenen Stadium werden durch Feinanalysen und Hypothesenbildungen theoretische Verdichtungen vorgenommen, bis die Untersuchung schließlich als beendet gilt.

Der Abschluss der Untersuchung gestaltet sich durch einen Rekonstruktionsprozess, durch eine zusammenfassende Interpretation und die Aufbereitung der Ergebnisse (Keller 2004: 80). Als Indiz der höchstmöglichen Dichte des Materials dient das Konzept der theoretischen Sättigung. Kategorien sind gesättigt, wenn neues Material

keine Erweiterungen bzw. theoretische Einsichten über die Kategorie mit sich bringt. Dies bedeutet nicht, dass sich ein Muster immer wieder wiederholen muss, sondern dass keine Informationen über das Muster mehr dazu kommen.

Das verbindende Element zwischen Datenerhebung und dem Endbericht wird durch das Verfassen von Memos gewährleistet. Memos beinhalten unterschiedliche Gedanken, Reflexionen sowie theoretische Überlegungen und können in allen Forschungsphasen produziert werden. Das ständige Verfassen von Memos zu unterschiedlichen Themen verhilft der Interpretation zur nötigen Dichte, die schließlich bei der Verfassung der Ergebnisse essentiell ist. Durch das ständige Niederschreiben können fehlende Komponenten sichtbar gemacht werden und die Mehrdeutigkeit eines Ereignisses reflektiert werden (Charmaz 2006: 72-96).

Auch die eigene Rolle im Forschungsfeld kann Inhalt eines Memos sein. ForscherInnen untersuchen ein Feld immer aus einer bestimmten Position, die Verzerrungen Vorannahmen oder ein spezielles Wissen mit sich bringen (Straus/Corbin 1999). Kathy Charmaz (2006) spricht in diesem Zusammenhang auch von *Constructing Grounded Theory* anstatt von *Discovery of Grounded Theory*, wie es Glaser und Strauss in ihrer gemeinsamen Publikation getan haben. Charmaz hebt die Konstruktions-Arbeit, die seitens der ForscherInnen geleistet wird, hervor und appelliert daher an ständige Reflexion über die eigene Position im Feld (Charmaz 2006: 10). Jedes Interview und jede Beobachtung ist nicht einfach eine Abbildung sozialer Realität sondern ist selbst schon Teil einer Interpretationsleistung, die seitens der ForscherInnen erbracht werden muss. Ronald Hitzler und Anne Honer (1997) weisen darauf hin, dass SozialwissenschaftlerInnen Konstruktionen „zweiter Ordnung“ entwerfen. Soziale AkteurInnen erbringen eine Konstruktionsleistung indem sie ihre Realität sinnvoll deuten. SozialwissenschaftlerInnen (re)konstruieren diese erbrachten Konstruktionen (erster Ordnung) um eine theoretische Abstraktion der sozialen Realität zu erarbeiten. Deswegen ist es von äußerster Wichtigkeit „sich über seine Vorraussetzungen und Methoden seines Verstehens Klarheit zu verschaffen“ (Hitzler/Honer 1997: 7).

Nach der Klärung der dargelegten Forschungshaltung und daran geknüpfte methodische Umsetzungen, die in meiner Arbeit zur Anwendung gekommen sind, möchte ich einen kurzen Einblick über meinen Zugang zum Forschungsfeld geben.

3.2.3 Entwicklung der Fragestellung

Eine erste Annäherung an das Themenfeld „Wechseljahre“ erfolgte durch ein mehrdimensionales Verfahren, das sich aus Gesprächen mit Frauen, die sich in oder nach der Menopause verorteten, aus Recherchen im Internet, Informationsgewinnung aus Fachliteratur und Einsicht in Ratgeberliteratur, zusammenstellte. Aus den ersten Gesprächen, sowie durch die Literaturrecherche wurde deutlich, dass sich das Thema der Hormonbehandlung als eine unabwendbare Begleiterscheinung an das Thema Wechseljahre heftete. Die medizinische Verhandlung des Klimakteriums gestaltete daher einen ersten Ausgangspunkt meiner Untersuchung. In diesem Zusammenhang ermöglichte die Aufbereitung feministischer Wissenschaftskritik einen breiten Einblick in die sozio-historischen Entwicklungen von Hormonen und Klimakterium.

Parallel zur theoretischen Vertiefung, erweiterte ich mein empirisches Material durch die Grobanalyse eines österreichischen Internetforums zum Thema Wechseljahre.⁸ Das Internetportal gestaltete sich als aufschlussreiche Datenquelle, da ein anonymer Austausch über physisches und psychisches Befinden sowie ein Wissenstransfer von Ratgebenden und Ratsuchenden stattfindet. Das Medium Internet verdeutlicht, dass die Kommunikation über Behandlungsmöglichkeiten und Erfahrungswissen nicht auf das Gespräch zwischen ÄrztInnen und Patientinnen beschränkt ist. Die grobe Auswertung des Internetforums, welche sich auf der manifesten Ebene bewegte und bedeutsame Informationen, aber auch Fragen mit sich brachte, lenkte meinen Fokus auf die handelnden Akteurinnen selbst. Folglich richtete sich das Erkenntnisinteresse meiner Arbeit auf den subjektbezogenen Umgang mit der Fülle an medizinischen Behandlungsmöglichkeiten während des Klimakteriums.

⁸ Internetforum Wechseljahre. Online unter http://www.netdokter.at/debatte/boards/?list,391,template=nd_frames (zugegriffen am 27.3.08)

Die zentralen Fragestellungen lauteten in der Folge:

- Wie positionieren sich Frauen innerhalb des vorherrschenden medizinischen Diskurses?
- Wie gestaltet sich der Umgang mit medizinischen Angeboten?
- Warum und wie entscheiden sich Frauen für oder gegen die Einnahme von Hormonpräparaten?

Diese Fragen, die Resultat einer ersten Phase empirischer sowie theoretischer Auswertung waren, generierten die zweite Phase der Datenerhebung. Es folgten narrative Interviews mit ausgewählten Personen. Das transkribierte Textmaterial der Interviews bildete schließlich die Hauptquelle für die detaillierte Analyse. Beide Phasen, sowohl die anfängliche grobe Erhebung und Auswertung, als auch die späteren spezifischen Datenerhebungen und Analysen, wurden durch das Verfassen von Memos begleitet. Diese Dokumente lieferten mir immer wieder wichtige Inspirationen für das weitere Vorgehen im Feld.

3.2.4 Kontaktaufnahme und Zusammenstellung des Samples

Im Zuge des empirischen Vorgehens wurden sieben Personen von mir interviewt. Der Zugang zu den Interviewpartnerinnen erfolgte durch persönliche Kontakte sowie durch Inserate im Internet, die von mir geschaltet wurden. Auf drei unterschiedlichen Plattformen, die sich in verschiedenster Weise mit dem Thema Wechseljahre beschäftigen, postete ich meine Suche nach Interviewpartnerinnen. Die Resonanz war unterschiedlich groß. Während ich auf zwei Inserate gar keine Antwort bekam, folgte auf die dritte Annonce eine Fülle an Antwortmails. Dies lag wahrscheinlich auch an der höheren UserInnenzahl des Portals. Die meisten Frauen wollten meine Fragen jedoch nur per Mail beantworten und sich nicht zu einem Interviewtermin verabreden. Da ich das persönliche Gespräch für die Durchführung der Interviews bevorzugte, ging ich auf diese Angebote nicht ein. Mit drei Personen aus dem Forum kam es schließlich zu einem Interviewtermin. Die Interviewpartnerinnen vermittelten mir dann im Schneeballsystem weitere Gesprächspartnerinnen. Vor den jeweiligen Treffen führte ich

mit allen Frauen ein telephonisches Gespräch, in dem die Rahmenbedingungen des Interviews, sowie der Inhalt meines Forschungsvorhabens besprochen wurden.

Die Kriterien zur Wahl der Interviewpartnerinnen bildeten zunächst Merkmale wie Geschlecht, Selbstverortung in den Wechseljahren und eine bewusste Entscheidung für oder gegen die Einnahme von Hormonpräparaten. Nach den ersten Interviews versuchte ich möglichst kontrastierende Fälle für die weiteren Gespräche auszuwählen.

Demnach haben drei der sieben Befragten Erfahrungen mit dem Konsum von Hormonpräparaten. Fünf Personen nehmen Homöopathische Produkte zu sich. Drei dieser fünf Personen haben auch Erfahrungen mit Hormonpräparaten.

3.2.5 Durchführung der Interviews

Als Erhebungsinstrument für die Datenzusammenstellung diente das offen geführte Interview und folgte bei der Durchführung insbesondere den Kriterien des narrativen Interviews. Die methodologische Vorgehensweise wurde dabei durch die von Gabriele Rosenthal (2005) explizierten Kriterien narrativer Gesprächsführung geleitet. „Die Entscheidung, eine Form des offen geführten Interviews bei einer Untersuchung anzuwenden, ist hier dem Ziel geschuldet, das zu untersuchende Thema aus der Perspektive der Interviewten zu erfassen und darüber hinaus verstehen und erklären zu können, weshalb eine bestimmte Perspektive eingenommen wird, wie sich diese im Laufe des Lebens entwickelt hat oder auch wie diese im Interviewkontext erzeugt wird“ (Rosenthal 2005: 125).

Im Gegensatz zu standardisierten Leitfaden-Interviews entwickelt sich der Gesprächsverlauf nach den Äußerungen der InterviewpartnerInnen und nicht nach der Reihenfolge vorgefertigter Fragen (vgl. ebd.: 126). Das narrative Interview nach Rosenthal gliedert sich in zwei Phasen (ebd.: 143):

1 Phase:

Die Erzählaufforderung

Die autonom gestaltete Haupterzählung oder Selbstpräsentation

2. Phase

Erzählgenerierendes Nachfragen:

- a) Internes Nachfragen anhand der Phase 1 notierten Stichpunkte;
- b) Externes Nachfragen

Interviewabschluss

Das Interview beginnt mit der Erzählaufforderung und einer damit verbundenen autonom gestalteten Haupterzählung oder Selbstpräsentation. In dieser *ersten Phase* ist die Forscherin dazu angehalten, keine Detaillierungsfragen zu stellen, sondern die interviewte Person durch aufmerksames Zuhören zu begleiten. Anhand von kurzen Stichpunkten, die in dieser Phase notiert werden, gestalten sich später gestellte Fragen. Die Einstiegsfrage zur Eröffnung der von mir geführten Interviews lautete:

„Könnten Sie mir bitte von der Zeit erzählen, in der Sie in die Wechseljahre gekommen sind? Bitte lassen Sie sich dafür soviel Zeit wie Sie möchten. Sie können alles erzählen was Ihnen dazu einfällt, ich werde Ihnen zuhören und mir einige Notizen machen.“

In der *zweiten Phase* folgen erzählinterne Nachfragen, die sich an den zuvor notierten Aufzeichnungen orientieren. Nach der Abhandlung der Stichpunkte folgt schließlich der externe Frageteil. In diesem Teil kann nach Themenbereichen, die noch nicht erwähnt wurden, jedoch für die Untersuchung bedeutend sind, gefragt werden. Jedoch sollte auch hier, so Rosenthal, auf die erzählgenerierende Form der Fragestellung geachtet werden.

Beim *Interviewabschluss* sollte darauf geachtet werden, dass das Gespräch nicht bei der Erzählung einer schwierigen Phase endet. Es sollte genügend Zeit eingeplant sein, damit sich die Erzählenden aus einem belastenden Bereich heraus erzählen können (Rosenthal 2005: 150). In den von mir geführten Interviews habe ich das Gespräch auch immer mit der Frage: „Gibt es noch irgend etwas, das Ihnen wichtig erscheint, aber das noch nicht erwähnt wurde?“ ausgeleitet. Dieses Vorgehen stellte sich als sehr nützlich heraus, denn obwohl in den meisten Fällen kein neues Thema angesprochen wurde, bot die Frage dennoch eine Möglichkeit für die Interviewpartnerinnen, Aspekte, die für sie besonders bedeutend waren in ihren abschließenden Ausführungen hervorzuheben.

4 Darstellung der empirischen Ergebnisse

Im Zentrum des ersten Teils meiner Arbeit standen wissenschaftskritische Auseinandersetzungen mit dem, im Kontext der Naturwissenschaften entstandenen, vorherrschenden medizinischen Diskurs der Wechseljahre. Die feministischen Ansätze untersuchen historisch gewachsene Mächteverhältnisse und verweisen auf diskursive Zwänge, die Frauen dazu bewegen sich für eine Medikation während ihrer Wechseljahre zu entschließen. In der Analyse der Interviews wird nun die Aufmerksamkeit auf die sozialen Akteurinnen und ihre Handlungsperspektiven gerichtet, da - wie im vorangegangenen Teil dieser Arbeit beschrieben - den Individuen eine wesentliche Rolle in der Aktualisierung und Deutung von Diskursen zukommt.

Die von mir interviewten Frauen verorten sich alle, wenn auch unterschiedlich lange, in den Wechseljahren. Ein Teil von ihnen kämpft mit starken Beschwerden, die mit dem Ende der Menstruation in Verbindung gebracht werden. Andere empfinden das Auftreten möglicher Anzeichen der Wechseljahre weniger unangenehm und versuchen sich mit den Symptomen zu arrangieren bzw. diese bewusst zu durchleben. Ein Großteil der Interviewpartnerinnen beurteilt das Ausbleiben der monatlichen Regelblutung als positiv. Diese Ansicht ist zum einen dadurch gegeben, dass bei keiner der befragten Frauen noch ein unerfüllter Kinderwunsch besteht. Zum anderen schildert ein Teil der Interviewpartnerinnen ihre Periode als unangenehm bis hin zu einem schmerzerfüllten Zustand, der sie monatlich einholte.

Die interviewten Frauen begegnen den Anzeichen der Wechseljahre mit mannigfachen Bewältigungsstrategien. Diese reichen von der Anwendung einer Hormontherapie über die Nutzung alternativmedizinischer Behandlungsformen bis hin zum bewussten Spüren und Erleben der Veränderungen im Körper.

Im Folgenden sollen sowohl die Bedingungen als auch die kontextuellen Gegebenheiten, welche zu einer Einnahme bzw. zu einer Ablehnung der

Hormontherapie führen, demonstriert werden. Mittels Falldarstellungen werden dabei eingenommene Subjektpositionen und daran gekoppelte Handlungspraktiken bzw. Handlungszwänge rekonstruiert und analysiert. Für die Demonstration der Fallbeispiele habe ich eine Gliederung mit zwei Abschnitten gewählt. Zunächst wird der Beginn der Menstruation sowie die angewandten Formen der Kontrazeption beleuchtet. Daran anschließend folgt die ausführliche Darstellung der Erzählung über die Wechseljahre. Diese Strukturierung erfolgt aufgrund der Annahme, dass ein Zusammenhang zwischen dem Verlauf der Periode, den Erfahrungen mit Verhütungsmethoden und dem Umgang mit den Wechseljahren besteht.⁹

Durch die Darstellung der Geschichte von Ulrike E. und die daran anschließende Kontrastierung der Handlungsperspektiven mit anderen Fällen, werden die Motivationen und Strategien, die zur Anwendung der Hormontherapie führen, beleuchtet. Dabei werden mit den drei Kategorien - **try & error, Entscheidung für die HT, erfolgreiches „Ausschleichen“ oder lebenslange Hormontherapie** - Prozesse der Entscheidungsfindung als auch der Anwendung einer Hormontherapie erarbeitet. Im Fokus der Interpretation stehen hier die Bedingungen für die Anwendung der Hormontherapie als auch für ihre Fortsetzung.

Der zweite Fall, Dorothe L. bildet den Ausgangspunkt für die Rekonstruktion von Bedingungen, die eine Ablehnung der Hormontherapie in den Wechseljahren lenken. Wie bereits zuvor wird in Hinblick auf drei Kategorien - **Subjekt zwischen den Fronten, Entscheidung gegen die HT, widerständiges Handeln** - auf Motive der agierenden Personen eingegangen. Durch die Einbeziehung weiterer Passagen aus den anderen Interviews wird die Interpretation der Interaktionsmuster verdichtet.

⁹ Wie wir sehen werden, fließen die Erfahrungen mit der Antibabypille in die Entscheidung zu der Behandlungsform der Wechseljahre ein. Inwieweit die Wahrnehmung der Menstruation mit dem Erleben der Wechseljahre zusammenhängt, liegt nicht im Fokus meiner Analyse, wäre jedoch eine spannende Fragestellung für weitere Untersuchungen.

4.1 Anwendung der Hormontherapie

4.1.1 Falldarstellung Ulrike E.

Ulrike E. ist zum Zeitpunkt des Interviews 57 Jahre alt und lebt gemeinsam mit ihrem Mann in einer Wohnung in Wien. Sie ist Mutter zweier Kinder und Großmutter zweier Enkelkinder. Nachdem sie ihre Kinder, die sie im Alter von 18 und 20 Jahren bekommen hatte, bis zur Volljährigkeit betreute, begann sie an der Universität Wien Psychologie zu studieren. Anschließend war Frau E. einige Jahre als Psychologin für strafrechtliche Angelegenheiten zuständig. Sie beschreibt diese Jahre als eine aufregende Zeit, in der sie mit suchtkranken Straftätern arbeitete und darüber zu entscheiden hatte, ob die Insassen einer Haft oder einer Therapie zugewiesen werden sollten. Im Rahmen ihrer Tätigkeit absolvierte Ulrike E. ferner eine klinische Ausbildung, die es ihr ermöglichen sollte, ihren Tätigkeitsbereich zu erweitern. Aufgrund familiärer Veränderungen beendete sie im Jahr 2003 ihr Arbeitsverhältnis. Die Scheidung ihrer Tochter erforderte eine erweiterte Betreuung der Enkelkinder, welche von Ulrike E. übernommen wurde. Der Rückzug aus dem Berufsleben bedeutete nicht nur einen Statuswechsel, sondern auch einen Verlust der finanziellen Unabhängigkeit. Laut eigenen Angaben bedeutete dies jedoch kein schweres Opfer für sie, da sie ihrer Arbeit nicht vorrangig aus ökonomischen Gründen nachging. Sie erklärt, dass ihr Mann als Akademiker eine hohe Position inne hatte und sie deswegen nicht auf ihr eigenes Gehalt angewiesen war. Die starke Orientierung an ihrem Berufsleben sowohl am Beginn ihrer Erzählung als auch während des Interviews deutet darauf hin, dass ihre Arbeit ein identitätsrelevantes Thema in ihrer Biographie darstellt. In mehreren Passagen macht sie deutlich, dass sie Akademikerin ist und in „gehobenen Kreisen“ verkehrt. Seit fünf Jahren übernimmt Frau E. nun einen wesentlichen Teil der Betreuung ihrer Enkelkinder. Sie begleitet die Söhne ihrer Tochter, welche sieben und zehn Jahre alt sind, morgens zur Schule und kocht nachmittags nach dem Unterricht für sie.

Die Erzählung von Ulrike E. orientiert sich sowohl an ihrer Familie als auch an ihrem Beruf. Gemeinsam ist beiden Lebensbereichen, dass sie von medizinischem Wissen

geprägt sind. Sie beschreibt, dass sie in „Ärzte-Kreisen“ aufgewachsen ist, da ihre Großmutter Krankenschwester und ihre Mutter Ärztin war. Mit den KollegInnen und FreundInnen ihrer Mutter steht sie auch heute noch in gutem Kontakt. Durch ihre Wahl des Psychologiestudiums und der daran anschließenden klinischen Zusatzausbildung arbeitet Ulrike E. ebenfalls in einem Gebiet, das naturwissenschaftlich geprägt ist. Auch der Sohn von Frau E. ist in der benachbarten Disziplin der Pharmazie tätig.

Die ausführliche Beschreibung ihrer beruflichen Laufbahn und die Betonung auf die familiäre Umgebung (ÄrztInnen und AkademikerInnen) verdeutlichen ihre enge Beziehung zur schulmedizinischen Tradition. Ulrike E. weist darauf hin, dass sie durch ihr Studium und durch das Lesen von Fachzeitschriften ein einschlägiges Wissen über biologische Vorgänge im Körper erworben hat. Frau E. erklärt auch, dass sie regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen geht und sich auf Grund von starken Migräneanfällen seit 20 Jahren in neurologischer Behandlung befindet. Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass für Ulrike E. die schulmedizinische Behandlung einen hohen Stellenwert in ihrem Leben einnimmt. Sowohl Familienmitglieder, als auch Frau E. selbst üben einen medizinischen Beruf aus, wodurch sie als soziale AkteurInnen auch SprecherInnenpositionen¹⁰ im medizinischen Diskurs einnehmen. Diese Positionen erlauben es ihnen legitimierte Aussagen innerhalb des Fachgebietes zu treffen. Parallel dazu verbringt Ulrike E. aber auch einen Gutteil ihrer Zeit als Konsumentin des medizinischen Angebots. Sie sieht es nicht nur als Notwendigkeit, sich zu informieren, sondern vielmehr als Eigenverschulden, wenn medizinische Leistungen nicht in Anspruch genommen werden. So erzählt sie entrüstet, am Beispiel der Mutter ihrer Schwiegertochter über mögliche Folgen der Nichtwahrnehmung des medizinischen Angebots.

Die Mutter meiner (.) ist an Gebärmutterkrebs gestorben, fragt sie der Schwiegersohn: ‚Ja wann sie zum letzten Mal beim Arzt war‘ ‚Ja als ich deine Frau geboren hab‘. . Na da darfst dich nicht wundern, da ist sie wirklich selber schuld.
(I.E. 595-597)

¹⁰ Siehe dazu Kapitel 3.1.3

Beginn der Menstruation und angewandte Formen der Kontrazeption

Ihre erste Periode bekam Ulrike E. im Alter von 13 Jahren. Sie beschreibt diesen Vorgang als relativ unproblematisch, da sie bereits aufgeklärt war und ihre Mutter ihr die nötigen Utensilien (Binden und Tampons) zur Verfügung stellte. Ihre Menstruation war immer frei von Beschwerden oder Schmerzen und vollzog sich in einem langen Zyklus von 32 Tagen, den sie als sehr angenehm bewertet.

Nach der Geburt ihres ersten Kindes, also im Alter von 18 Jahren, begann Frau E. mit der Einnahme der Antibabypille. Diese Verhütungsmaßnahme setzte sie nach der Geburt ihres zweiten Kindes, welches sie mit 20 bekam, fort. Jedoch traten bald schwere Symptome auf, die sie als Nebenwirkungen der Pille erkannte. Sie litt unter Migräne und hatte das Gefühl, dass ihre sexuelle Lust durch die Pille abgenommen hatte. Deswegen entschloss sie sich mit 30 Jahren eine Spirale einsetzen zu lassen. Trotz sitzender Spirale wurde Frau E. ungewollt schwanger, wobei der Fötus noch im frühen Stadium abging.

Für Ulrike E. war zu diesem Zeitpunkt klar, dass sie keine weiteren Kinder mehr bekommen wollte. Da sie die Pille nicht vertrug und mit der Spirale schlechte Erfahrungen gemacht hatte, entschloss sich Frau E. im Alter von 35 Jahren zu einer Sterilisation. Durch einen medizinischen Eingriff die Eileiter abzubinden, stellte für sie eine Erleichterung dar, da damit die Angst vor einer erneuten Schwangerschaft beseitigt war.

Die Wechseljahre

Ulrike E. schildert den Beginn ihrer Wechseljahre als einen „unguten“ und langwierigen Prozess. Das erste Anzeichen war eine heftige Blutung, die sie während einer Reise durch die USA überraschte. Sie war damals 40 Jahre alt und musste auf Grund der Beschwerden in ärztliche Behandlung gebracht werden. Um das Ausmaß der Blutung zu verringern, wurde ihr eine hohe Dosis der Antibabypille verabreicht.

[...] das war so eine 6-Wochen-Tour durch Amerika und da hab ich dann extreme Blutungen gekriegt, also wirklich so von da bis zum Klo, ah was tut man, ja also mega o.b. und alles und also so arg, dass ich dort ins Spital gegangen bin und ah

die haben mir dann, um das halt irgendwie zu stoppen, in Wien hätte man wahrscheinlich einfach eine Curettage gemacht, (das ist dann auch so passiert) aber ah, 4 Anti-Baby-Pillen am Tag geschluckt, damit die Blutungen aufhören oder halt weniger werden. (I.E. 52-57)

Frau E. berichtet weiter, dass sie in den USA durch die starken Blutungen noch weiter „dahin gelitten“ hatte bis die Reise schließlich zu Ende war. Noch während ihres Aufenthaltes in den USA beauftragte sie ihre Tochter in Wien einen Termin für sie bei einem Gynäkologen zu arrangieren. Kurz nach ihrer Rückkehr wurde in Wien eine Curettage durchgeführt.

Nach der unangenehmen, lang anhaltenden, starken Blutung, die durch den medizinischen Eingriff gestoppt wurde, stellte sich wieder eine Regelmäßigkeit in ihrer Menstruation ein. Es dauerte knappe zehn Jahre bis es zu weiteren Anzeichen der Wechseljahre kam. Im Alter von 49 Jahren setzten bei Ulrike E. starke Hitzewallungen ein. Sie beschreibt das Eintreten der Wallungen als völlig unerwartet, da sie normalerweise auch bei hohen Temperaturen kaum schwitzt.

[...] da hab ich dann aber wirklich massiv angefangen mit Wallungen und ich bin kein schwitziger Typ, war ich nie, ich bin auch ein Typ der nie in die Sauna geht, weil ich sitz da nur drinnen und schwitz nicht, aber da hab ich wirklich Wallungen gehabt so, und zwar extrem, ich hab's einmal gezählt, weil es mich interessiert hat, 20 Wallungen am Tag und 16 in der Nacht, also das ist wirklich und das ist ganz komisch, weil es ist, es steigt einen so richtig hoch, hot flash, also ist ein super Ausdruck dafür und dann rinnt es einen richtig runter, das war etwas was ich gar nicht gewohnt. (I.E. 103-109)

Der unvertraute körperliche Zustand brachte für Frau E. eine unvorhergesehene Belastung mit sich. Die Schwitzattacken traten in kurzen Abständen und in einer sehr hohen Frequenz auf. Die häufigen Hitzeschübe lassen Ulrike E. nicht mehr gut schlafen, da sie immer wieder schweißgebadet aufwachte. Als Folge erlebte sie auch eine andauernde Niedergeschlagenheit, die sie als sehr belastend empfand. Im gleichen Zeitraum wurden ihr Hormonstatus und ihre Knochendichte gemessen. Sie ließ sich von ihrer praktischen Ärztin zur Hormonambulanz überschreiben und besprach die Befunde mit ihrem Gynäkologen. Die Messungen des Hormonstatus ergaben, dass bestimmter

Hormonwerte abgenommen hatten: „[...] und dann hat man immer gesehen, immer mehr halt, diese Hormone werden halt immer weniger [...]“ (I.E. 119-120)

Frau E. nennt die attestierten Veränderungen ihrer Hormonwerte und den durch Hitzewallungen ausgelösten Leidensdruck als Gründe, die dazu führten, sich gemeinsam mit ihrem Arzt zu einer Hormontherapie zu entschließen. Nach einer dreijährigen Testphase, in der sie unterschiedlichste Produkte ausprobierte, stieß sie schließlich auf ein Präparat, das sie auch heute noch nimmt. Für Ulrike E. stellt die HT eine ideale Lösung dar, da ihre Wallungen aufhörten und sie keine Nebenwirkungen bemerkte. Vor eineinhalb Jahren empfahl ihr Arzt die Dosis langsam zu reduzieren. Anfangs befolgte sie den Rat, als bei der Verringerung der Dosis jedoch wieder Hitzewallungen auftraten, beschloss sie nicht gänzlich auf die Hormontherapie zu verzichten. Noch sind die durch die Reduktion der Medikation auftretenden Wallungen erträglich, jedoch steht sie einer totalen Absetzung der Hormontherapie eher skeptisch gegenüber. Obwohl Frau E. betont, dass sie ihren Gynäkologen regelmäßig besucht, ist sie zum Zeitpunkt des Interviews schon knapp zwei Jahre nicht mehr bei ihm gewesen.

4.1.2 Try & Error – die langwierige Suche nach der passenden Medikation

Seit sechs Jahren nimmt Ulrike E. nun das Hormonpräparat Liviel 2,5 ein, das einen Rückgang ihrer Hitzewallungen bewirkt hat. Frau E. ist mit dem Medikament vollauf zufrieden und betont, dass das Präparat keine Nebenwirkungen verursache und vor allem auch keine Kopfschmerzen bei ihr auslöse. Die Suche nach der richtigen Medikation gestaltete sich schwierig und vollzog sich in einem Verfahren, das unter dem Phänomen *try & error* erfasst werden kann. Zwischen 1999 und 2002 testete Ulrike E. unterschiedlichste Medikamente an sich aus. Der Ablauf war immer gleich strukturiert: Sie nahm ein Medikament über einen gewissen Zeitraum ein. Es kam zu Nebenwirkungen bzw. der gewünschte Effekt blieb aus. Sie setzte das Medikament ab und probierte es mit einem anderen Produkt.

Ulrike E. dokumentierte die Chronologie der Testphase sehr detailliert. Während des Interviews holt sie eine dicke Ringmappe aus dem Nebenzimmer, in der sich unzählige,

handschriftlich beschriebene Blätter und medizinische Befunde befinden. Sie liest mir aus ihren Aufzeichnungen vor:

[...] da sind lauter Kaszetteln, da, wart einmal, also September 99, da war ich, wart einmal ich bin 51 geboren, . 48 genau, da hab ich, ich sag da das jetzt damit du es weißt wie es heißt ja, Provinova 2mg ah und dann, da hab ich Brustschmerzen also Spannen in der Brust gekriegt, dann hab ich versucht Protafen 5mg, da hab ich Kopfweh, also Migräne eben gekriegt, dann haben mir Provinova mighte, da hab ich dann schon Wallungen (...) So dann hab ich zwei Kapseln Utrugestan 100mg, erste bis 14 Tage, hab ich aber Venenbeschwerden und bekomme Schmierblutungen ab dem sechsten Tag. Meine Mutter war Ärztin, deswegen hab ich mir, und ich wollte das nicht sozusagen wieder . . September 2000 Phämorton heißt das, ein mal eins, hab ich ungefähr drei mal so viel Migräne bekommen, dann hab ich, im September war das, dann hab ich im Jänner Aktivell, zu Beginn Kopfweh und Venenschmerzen bekommen, dann hab ich noch mal ah ba ba ba Utrogestang, nur alle drei Monate, dann hab ich noch einmal Provinova mighte probiert, noch einmal als . . ich kann nicht mehr lesen, aber ab März 2002 hab ich Klimän 28 . . ein Monat oder einmal im Monat, (.)Blutung, starke Krämpfe und Kopfweh, dann habe ich Rämiphin genommen (lacht) und da hört es dann auf, Rämiphin das sind dann diese, diese Homöopathischen, da gibt es dann alle Möglichen also also die sollen halt die Wallungen bei bei beruhigen, 2002 da war ich dann 51, stimmt das, ja klar 51 und da bin ich dann auf die Liviel 2,5 umgestiegen und die hab ich gut vertragen, die zahlt halt die Krankenkasse nicht mehr, das andere zahlt die zum Beispiel die Krankenkasse, das bezahlt die Krankenkassa nicht, nein. (I.E. 184-206)

Durch die genaue Protokollierung ihrer Testversuche verfügt Ulrike E. über eine ausführliche Dokumentation der Veränderungen ihres körperlichen Zustandes. Die Mappe hat zum einen eine Kontrollfunktion, damit sie nicht dasselbe Medikament zweimal einnimmt. Die Strategie der Dokumentation entgegnet dem Chaos, das durch die enorme Anzahl unterschiedlicher Produkte und deren differenten Wirkungen entstehen würde. Es bedarf dieses Ordnungssystems um das vielfältige Angebot zu bewältigen. Zum anderen lassen die Aufzeichnungen auch darauf schließen, dass Frau E. ein hohes Engagement in der Auseinandersetzung mit ihrem eigenen Körper aufweist. Sie verbringt nicht nur viel Zeit mit der Beschaffung des richtigen

Medikaments, sie beobachtet auch ständig ihren eigenen Körper und schreibt die gefühlten Zustände nieder. Dadurch generiert sie ein spezielles Wissen über ihre körperlichen Veränderungen, die ähnlich einem medizinischen Krankenakt protokolliert werden. Bei der weiteren Behandlung kann auf die Informationen einer so entstehenden Krankengeschichte zurückgegriffen werden. Der geschulte medizinische Blick auf den eigenen Körper, der durch die Form der Niederschrift (Krankenakt) einen objektiven Charakter bekommt, ermöglicht Frau E. nicht nur die Kontrolle über die Art der Medikation, sondern sie erwirbt dadurch auch die Kompetenz der Diagnose über den eigenen Körper. Frau E. nimmt in der diagnostischen Betrachtung ihres Körpers eine aktive Rolle ein. Sie bestimmt nicht nur wann sie ein Medikament absetzt und wann sie ein neues Präparat einnimmt, sondern auch welche Form der Hormontherapie für sie am geeignetsten ist.

Man könnte annehmen, dass die lang andauernde Suche nach dem passenden Medikament eine belastende Situation für die Konsumentin darstellt. Diese Vermutung wird jedoch im Falle Ulrike E. nicht bestätigt.

Obwohl etliche Versuche das geeignete Präparat zu finden fehlgeschlagen sind, kam es für sie nicht in Frage, die Hormontherapie abubrechen. Sie beschreibt die Jahre der Testversuche zwar als langwierigen, jedoch auch als notwendigen Prozess um ans Ziel der richtigen Medikation zu gelangen:

So haben wir das halt gemacht und dann muss halt leider, das ist langweilig, weil da muss man halt einfach, sich ein, zwei Monate, wenigstens irgendeines probieren und schlucken und so. (I.E. 431-432)

Interessant hierbei ist die Darstellung der Zeit, in der sie unterschiedliche Produkte ausgetestet hat, als *langweiligen* jedoch *erforderlichen* Prozess. Die Beschwerden, die durch die Medikamente ausgelöst wurden, stehen in keinem Verhältnis zu den Symptomen der Wechseljahre. Während die zweiteren einen enormen Leidensdruck auf sie ausübten, nimmt sie die durch die Tabletten ausgelösten Nebenwirkungen freiwillig als notwendiges Übel auf sich um die geeignete Form der Behandlung zu erreichen.

Die in Kapitel 2.3 dargestellte Argumentation seitens GynäkologInnen für eine möglichst individuell dosierte Hormonbehandlung bedeutet also nicht, dass Frauen

aufgrund ihres gemessenen Hormonstatus das geeignete Medikament empfohlen bekommen, sondern, dass sie sich nach dem Prinzip des *try and error* durch die Fülle an Angeboten durchtesten müssen bis sie bei dem Medikament mit den besten Resultaten angekommen sind (vgl. dazu auch Groth 1999: 55). Ulrike E. ist sich dieses Prozesses bewusst und sieht in ihrer Rolle als Patientin die Aufgabe an dem Test verantwortungsvoll teilzunehmen, um dem medizinischen System gerecht zu werden:

Aber leider, ich weiß inzwischen gibt es auch Augenerkrankungen und neurologische Erkrankungen, wo man genau dasselbe machen muss, nicht. Man muss einfach ein Medikament Nummer a ausprobieren, dann muss man, wenn es nichts nutzt oder kein Erfolg ist, muss man dann zwei Monate pausieren und dann Medikament b und so, das ist oft sehr langweilig und langwierig ja, vergeht ja gleich viel Zeit. (I.E. 437-441)

Frau E legitimiert die Notwendigkeit der Testversuche indem sie eine Parallele zu (anderen) Krankheitsbildern zieht. Durch ihr Fachwissen im Bereich der Medizin stellt sie das Verfahren des Versuchs und Irrtums in die Normalität von Behandlung und Genesung, welches man solange verfolgen *muss*, bis man bei dem gewünschten Resultat angekommen ist.

Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass die Einnahme eines neuen Medikaments auch immer an die ärztliche Verschreibung gebunden ist. Ulrike E. testet im Zeitraum von drei Jahren ca. zehn verschiedene Hormontherapien aus. Sie muss immer wieder neue Termine mit ihrem Gynäkologen vereinbaren und seine Ordination mehrmals im Jahr aufsuchen. Die Durchführung der Versuchsreihe und das Aufsuchen der ÄrztInnen bedeutet ein beachtliches Maß an zeitlichem Aufwand.

Mit der Entscheidung für das Produkt Liviel 2.5 treten für Ulrike E. zwar keine körperlichen, jedoch eine kleine finanzielle Nebenwirkung auf. Während die vorangegangenen Medikamente die Krankenkasse finanzierte, muss sie das Präparat nun selbst bezahlen. Da das Medikament genau die gewünschte Wirkung hat, und da es ihre ökonomische Situation erlaubt, nimmt sie die finanzielle Mehrbelastung dennoch in Kauf.

Es zahlt sich auf alle Fälle aus, ich sag man gibt für so viel Sachen Geld aus, nur ist es eigentlich nicht verständlich warum diese Sachen die Krankenkassa dann nicht mehr zahlt, eigentlich, warum nicht. (I.E. 235-237)

Um die passende Hormontherapie zu finden müssen mehrere Bedingungen erfüllt werden: Es muss ein bestimmtes Ausmaß an **Zeit** für die Organisation des Medikamentes vorhanden sein. Es benötigt ein gewisses Maß an **Geduld** bzw. einen gewissen Grad an **Selbst-Disziplinierung** zum Austesten neuer Medikamente. Geduld, da es einige Zeit dauern kann bis sich ein positiver Effekt einstellt bzw. bis das geeignete Medikament gefunden wird. Selbst-Disziplinierung, da die tatsächliche Wirkung sich nur durch die geregelte, tägliche und über einen längeren Zeitraum getätigte Einnahme des Präparats zeigt. Neben diesen Bedingungen muss die Person auch über die **finanzielle** oder **soziale Absicherung** (Versicherung) verfügen, um sich die Hormonpräparate leisten zu können. Darüber hinaus ist auch die **Empfehlung des Arztes oder der Ärztin** für eine Hormontherapie nötig, damit sich die Patientin auf die Suche nach dem geeigneten Medikament begeben kann. Neben all diesen Faktoren bedarf es aber vor allem das **Vertrauen in die schulmedizinische Behandlungsform**, damit die Versuchsreihe fortgesetzt wird und die Patientin die Testreihe nicht vorschnell abbricht.

Die Chirurgin Susan Love (1997) argumentiert, dass 30% der Frauen, die eine Hormontherapie verschrieben bekommen, die Medikation innerhalb eines Jahres wieder absetzen (vgl. ebd.: 16). Auch die schweizerische Gesellschaft der Gynäkologie und Geburtshilfe kommt mit der Einschätzung, dass 25-50% der verschriebenen Medikamente nicht korrekt eingenommen werden, zu einer ähnlichen Interpretation des Patientinnenverhaltens (vgl. Litschgi 2001:13). Fehlgeschlagene Versuche der Anwendung einer Hormontherapie können ein Grund für die Beendigung des *try and error* Prozesses sein. Anhand der Erzählung von Ingrid D. möchte ich weitere Motivationen für den Abbruch einer kontinuierlichen Einnahme und/oder Suche nach der passenden Hormontherapie anführen.

Ingrid D. ist 56 Jahre alt und lebt ohne feste Beziehung in Wien. Sie hat eine Tochter im Alter von 35 Jahren und einen Enkelsohn im Schulalter, den sie täglich betreut. Frau

D. bekam ihre erste Menstruation mit 12 Jahren, im Alter von 17 Jahren begann sie die Einnahme der Antibabypille. Nach der Geburt ihrer Tochter, welche sie im Alter von 21 Jahren bekam, nahm sie wieder die Pille. Als sie die Antibabypille nicht mehr vertrug ließ sie sich eine Spirale zur Empfängnisverhütung einsetzen. Nach der Trennung von ihrem Partner ließ sie diese wieder entfernen. Bevor Ingrid D. mit 52 Jahren in Pension ging, war sie Vollzeit beschäftigt. Sie erzählt, dass sie in ihrem Beruf oft Stresssituationen ausgesetzt war, und dass sie häufig 12 bis 13 Stunden am Tag arbeiten musste. Die Beendigung ihres Arbeitsverhältnisses ermöglichte ihr, laut eigenen Angaben einen ruhigeren und bewussteren Lebensstil zu führen. Den Beginn ihrer Wechseljahre verortet sie genau in der Zeit, in der sie ihr Arbeitsverhältnis beendete. Sie schildert das parallele Einsetzen von Pension und Wechseljahren als positiven Zusammenfall, da sie dadurch die Zeit hatte, ihre Wechseljahre bewusst anzutreten.

Auch Ingrid D. bekam sehr starke Hitzewallungen und hatte Probleme in der Nacht durchzuschlafen. Sie wendete sich mit ihren Beschwerden an ihren Gynäkologen, der ihr den Eintritt in den Wechsel attestierte und ihr daraufhin eine Hormontherapie verschrieb. Anfänglich befolgte Ingrid D. den ärztlichen Rat und nahm Hormontabletten ein, jedoch setzte sie diese nach kurzer Zeit wieder ab. Als Grund dafür nennt sie, dass sie keine Veränderung feststellen konnte und dass sie auf Informationen über mögliche Neben- und Langzeitwirkungen der Hormoneinnahme aufmerksam wurde. Einen wesentlichen Beitrag zu ihrer wachsenden Verunsicherung leistete aber auch die **Informationsknappheit** von Seiten ihres behandelnden Arztes.

Na ich bin nur wegen Schwitzen, also sowieso zur jährlichen Untersuchung und dann hab ich gesagt ich weiß nicht ich schwitz so, sagt er: ‚Möglicherweise Wechsel, naja da hab ich eh was für sie.‘ Also irgendwelche näheren Informationen und gleich eigentlich mit dem Hormon aufs Tablett gelegt, und hat gesagt, das nimmst jetzt und damit hat sich das einfach. (I.D. 122-125)

Bevor es bei Frau D. zu einem Prozess kam in dem weitere Medikamente ausgetestet wurden, beschloss sie die Hormontherapie zu beenden und die Fachmeinung einer weiteren Gynäkologin einzuholen.

Die **starken Symptome** (Hitzewallungen und Schlaflosigkeit) bewegen Ingrid D. und Ulrike E. dazu, ihren Gynäkologen aufzusuchen und ein Medikament zur Behandlung der Beschwerden einzunehmen. Obwohl bei beiden Personen nicht sofort der gewünschte Effekt eintritt, entschließen sie sich, die Suche fortzusetzen, wenn auch auf unterschiedlichen Wegen. Denn Ingrid D. lehnt im Gegensatz zu Ulrike E. weitere Testversuche innerhalb der Hormontherapie ab, beginnt aber im Zuge alternativmedizinischer Behandlungsanwendungen ebenfalls einen Prozess des *try & error*, in dem sie unterschiedliche homöopathische Arzneimittel austestet.

Aufgrund ihrer Krankheitsbiographie, Ingrid D. ist starke Allergikerin, hat sie bereits eine Reihe an homöopathischen Behandlungsformen probiert. Durch den regelmäßigen Besuch eines Allergiezentrum steht sie unter laufender Betreuung, die für sie einen geschützten Rahmen zur Anwendung neuer homöopathischer Behandlungsformen darstellt. Der Griff zu alternativmedizinischen Produkten zur Linderung der Wechseljahrsymptome kann unter anderem auf die positiven Erfahrungen, die sie im Zuge der Behandlung ihrer Allergien gemacht hatte, zurückgeführt werden.

Frau D. verfügt folglich wie Ulrike E. über die nötige **Zeit** als auch die **finanzielle Absicherung**, die zur Beschaffung der Hormontherapie notwendig sind. Jedoch stellt die fehlende Betreuung ihres Gynäkologen ein wesentliches Problem für Ingrid D. dar. Das **Vertrauen in die medizinische Behandlungsform** wird durch das Verhalten des Arztes geschwächt. Vertrauen ist ein wesentlicher Mechanismus zur Reduktion von Komplexität (vgl. Jacob 1995: 99). Laien sind in den meisten Bereichen des Lebens auf die Kompetenz von SpezialistInnen angewiesen. Durch die Komplexitätsreduktion wird ein Orientierungsschema erschaffen, welches ein Handeln maßgeblich erleichtert bzw. erst ermöglicht (vgl.: ebd.). Die sozialen AkteurInnen, in unserem Falle Patientinnen, müssen gegenüber den SpezialistInnen, also den behandelnden ÄrztInnen, Vertrauen aufbringen, damit deren Spezialwissen als Orientierung wirken kann. Durch die Informationsknappheit und daraus resultierende Verunsicherung kommt es zu einem Vertrauensbruch zwischen Ingrid D. und ihrem Gynäkologen. Das wachsende Misstrauen wird durch das eigenständige Einholen weiterer Informationen weiter verstärkt. Ingrid D. recherchiert im Internet über Wirkungen und Nebenwirkungen der

Hormontherapie. Dabei stößt sie auf zahlreiche Artikel, die über Langzeitfolgen und Nebeneffekte der HT berichten. Die kritischen Studienresultate, die in meiner Arbeit in Kapitel 2.5 dargelegt wurden, werden zwar von VertreterInnen der Naturwissenschaften als auch der Sozialwissenschaften durchaus unterschiedlich rezipiert (vgl. dazu Kap 2.5), jedoch finden Resultate dieser Untersuchungen durch das Medium Internet ihren Weg direkt zur Konsumentin und beeinflussen somit ihr Handeln. Durch Medien wird laut Faßler (1997) „soziale Realität“, die neutral anerkannt wird, vermittelt. „Dies verweist auf eine soziale Verfassung in der die Information den Zwischenraum von Individuum und Institution erweitert“ (Faßler 1997: 334). Die Informationsquelle Internet übernimmt im Falle Ingrid D. eine regulative Funktion, da sie das darauf folgende Handeln, nämlich die Absetzung der Medikation, maßgeblich beeinflusst. Neben der medialen Wissensvermittlung rät ihr auch eine Freundin die negativen Effekte einer Hormontherapie nicht zu unterschätzen: „*Du mit den Hormonen. pass auf.*“ (I.D. 112)

Die **Einstellungen von Bezugspersonen**, sowie die eigenen **biographischen Erfahrungen** mit alternativmedizinischen Verfahren haben einen Einfluss auf die Rezeption der **medialen Informationen** und der darauf folgenden Absetzung der Medikation. Aber auch **die fehlende Betreuung durch ihren Gynäkologen** und das **Nicht-Eintreten der gewünschten Symptomerleichterung** sind ursächliche Faktoren, die für den Abbruch des *try & error* Prozesses ausschlaggebend waren.

4.1.3 Entscheidung für die HT: Bedingungen und Voraussetzungen

Der im vorangegangenen Abschnitt vollzogene Vergleich der Fälle von Ulrike E. und Ingrid D. verdeutlicht die **Rolle des Arztes oder der Ärztin** im Entscheidungsprozess, sowie die grundsätzliche **Einstellung der Patientinnen zur Schulmedizin** und zu den Wechseljahren. Diese Bedingungen sind als dynamisches Geflecht zu betrachten, da sie sich auch immer wieder gegenseitig beeinflussen. Ein gutes Verhältnis zur behandelnden Ärztin oder zum behandelnden Arzt führt zu einem sozialen Klima, das das Vertrauen in die Schulmedizin fördert. Die Einstellung zur Schulmedizin ist aber auch zu einem Gutteil durch lebensweltliche und biographische Faktoren geprägt und

beeinflusst sowohl die Wahl des Behandlungsverfahrens, als auch des behandelnden Arztes oder der Ärztin.

Im Leben von Ulrike E. nimmt die Schulmedizin einen besonderen Stellenwert ein. Sowohl in ihrer Kindheit, als auch im Erwachsenenalter ist sie von einem „medizinischen Lebensumfeld“ umgeben. Die Familiengeschichte fungiert somit als wichtige Komponente, die die Entscheidung für die Hormontherapie beeinflusst. Dadurch erhält die Schulmedizin einen konstitutiven Charakter für das Handeln von Ulrike E. Die Symptome der Wechseljahre stellen für sie ein medizinisches Problem dar, das durch den Einsatz von Medikamenten gelöst werden kann.

Na, ich glaub heute, Gott sei Dank ist es in der Gesellschaft nicht mehr so ein Tabu-Thema mehr und und außerdem muss man ja unbedingt nachher nicht eine dann eine Matrone werden (lacht) das ist ja heut nimmer mehr, Gott sei Dank so.
(I.E. 574-576)

Die Medizin dient ihr als Orientierungsrahmen und als Technik bzw. als Werkzeug für die Lenkung des eigenen Körperempfindens. Damit einher geht auch ihr Verständnis der Wechseljahre als zu bewältigende Zeit, die nicht zwingend zur Abwertung von älteren Frauen führen muss.

Die schulmedizinische Behandlung bedeutet für Ulrike E. einen enormen Fortschritt, den sie selbstverständlich nutzt. Die konsequente Anwendung der Hormontherapie wird demnach auch nicht von störenden Erfahrungshorizonten beeinträchtigt. Während für andere Frauen die erlebten Beeinträchtigungen durch die Antibabypille als auch das Ausbleiben positiver Effekte durchaus essentielle Gründe für die Ablehnung einer Hormontherapie sein können¹¹, lässt Ulrike E. keine Zweifel am Entschluss, die Hormontherapie anzuwenden, aufkommen. Das Vertrauen in die therapeutische Behandlung gibt Frau E. keinen Anlass an der Wirkmächtigkeit der Medikation zu zweifeln. Sie informiert sich bei ihrem Arzt und durch das genaue Lesen der Gebrauchsinformationen über mögliche Nebenwirkungen. Jedoch nimmt sie die Hormoneinnahme nicht als Risiko wahr, vielmehr dienen ihr die Information dazu die richtige Anwendung zu sichern:

¹¹ Siehe Kapitel 4.2.3

[...] mein Gynäkologe sagt das auch und ich bin aus einer Ärzte-Familie, Psychologin, deswegen lese ich immer die Beipackzettel, weil oft ist es ganz was Eigenartiges, nicht bei diesen Hormon, aber da steht, essen sie keine Grapefruit dazu ja, bei irgendwelchen Medikamenten, weil das die Wirkung aufhebt, na gut das muss man wissen, nicht. (I.E. 142-146)

Das Vertrauen bildet demnach nicht nur eine Orientierungsfunktion für das weitere Handeln, sondern ist auch Grund für eine **geringe Risikowahrnehmung**.

Als eine weitere Voraussetzung für die Akzeptanz einer Hormontherapie möchte ich den **Grad der Belastung** durch die Wechseljahrsymptome anführen. Denn für Ulrike E. stellten die Symptome eine enorme Beeinträchtigung ihres Lebens dar. Eine weitere Interviewpartnerin, **Andrea G.**, ist zum Zeitpunkt des Interviews 54 Jahre alt und verortet sich seit ca. zwei Jahren im Wechsel. Sie bekam ihre Menstruation sehr unregelmäßig, einmal drei Monate nicht, dann wieder drei Wochen lang durchgehend, und durchlebte, vor allem in der Nacht, oftmals Hitzewallungen. Die nächtlichen Schwitzanfälle üben jedoch keinen großen Leidensdruck auf sie aus.

Ich leide nicht allzu sehr darunter (...) in der Nacht ist es unangenehm, man wacht auf und man hat das Gefühl mir ist so ahhh . ja aber ich bin da nicht so empfindlich, ich dreh mich dann halt um und noch mal hin und her und dann schlaf ich eh wieder. (I.G. 71-54)

Frau G. fügt hinzu, dass sie einer Hormontherapie nicht abgeneigt wäre und diese auf Empfehlung ihres Arztes anwenden würde, falls die Beschwerden zunehmen bzw. nicht mehr erträglich wären. Jedoch veranlassen sie die momentanen Wallungen zu keinen weiteren medizinischen Schritten. Dies geht auch mit der Empfehlung ihres Arztes einher, der ihr attestiert, dass sie sich am Beginn der Wechseljahre befinde und ihr rät einfach einmal abzuwarten. Der Grad der Belastung ist bei Andrea G. sehr gering und demnach nicht ausschlaggebend für eine Hormontherapie. In ihrer Erzählung wird des Weiteren wieder die Rolle des Arztes in der Entscheidungsfindung verdeutlicht.

Genießt der Arzt oder die Ärztin das volle Vertrauen seiner Patientinnen, ist auch seine/ihre Autorität und somit Wirkmächtigkeit als VertreterIn des medizinischen

Systems nicht in Frage gestellt. **Dorothe L.**, ihre Geschichte wird im Zentrum der nachfolgenden Falldarstellung stehen, hat über vier Jahre hinweg eine Hormontherapie in Form von Hormonpflastern angewandt. Für sie waren es rückblickend nicht die Beschwerden, sondern allein der ärztliche Rat, der sie zur Entscheidung für die Hormontherapie bewegte. Sie befand sich damals auf Kur und der behandelnde Arzt, welcher ihr die Hormontherapie empfahl, hatte ein guten Ruf und hohes Ansehen unter den Patientinnen. In Ihrem Falle wird die Entscheidung für die Hormoneinnahme wesentlich durch die Autorität des Gynäkologen gelenkt. In Kapitel 4.2.4 wird das Verhältnis zwischen ÄrztInnen und PatientInnen noch einmal zum Thema gemacht, wenn es um die unterschiedlichen Behandlungsansätze und widerständiges Potential seitens der Patientinnen geht.

An dieser Stelle möchte ich jedoch zusammenfassen, dass neben den Bedingungen oder auch *inneren Vorraussetzungen* (**Grad der Belastung, grundsätzliche Einstellung zur Schulmedizin und geringe Risikowahrnehmung**) auch die *äußeren Voraussetzungen* (**Attestierte veränderte Hormonwerte, Befürwortung des Gynäkologen bzw. der Gynäkologin, ärztliche Autorität, Vertrauensbeziehung zwischen GynäkologIn und Patientin und ökonomische Absicherung**) zur Entscheidungsfindung beitragen. Diese Voraussetzungen sind nicht getrennt voneinander zu betrachten. Es sind vielmehr Bedingungen, die sich gegenseitig begünstigen und in ihrem Zusammenspiel auf den Entscheidungsprozess wirken.

4.1.4 Erfolgreiches „Ausschleichen“ oder lebenslange Hormontherapie: Unklarheiten über die Dauer der HT

Ulrike E. nimmt zum Zeitpunkt des Interviews seit sechs Jahren kontinuierlich ein Hormonpräparat ein. Die Testversuche, die über einen Zeitraum von drei Jahren vollzogen wurden eingerechnet nimmt Frau E. seit neun Jahren die Hormontherapie in Anspruch. Bei ihrem letzten Arztbesuch, der ca. eineinhalb Jahre zurückliegt, empfahl ihr Gynäkologe im Sinne des Österreichischen Frauengesundheitsberichts¹² die Hormontherapie langsam abzusetzen. Seitdem hat Frau E. die Einnahme zunächst auf

¹² Siehe dazu Kapitel 2.5

jeden zweiten Tag reduziert, ist aber später auf die Halbierung der Dosis pro Tag umgestiegen, da dadurch die Regelmäßigkeit der Einnahme nicht gestört wurde.

[...] und das hat der Gynäkologe gesagt, wieder jetzt ist, es ist für mich besser, die sind ja winzig klein, so wie die Pille schaut das aus, die durchschneide und jeden Tag eine halbe nehme, ist ist ist besser als wenn man jeden Tag eine zweite nimmt, damit wir uns früher oder später halt ausschleichen können, wobei ich jetzt halt wieder bemerke, dass ich halt wieder manchmal so bisserl einen Schweißausbruch kriege. (I.E.132-137)

Auf Anraten ihres Gynäkologen reduziert Ulrike E ihre Dosis und hofft, dass sie sich langsam aus dem Wechsel *ausschleichen* kann. Hinter dieser Argumentation steckt die Annahme, dass die Symptome der Wechseljahre durch eine langsame Reduktion der Medikation umgehbar sind. Jedoch erweist sich diese Taktik als ungewiss, da aus medizinischer Sicht die Hormontherapie das Klimakterium nicht umgeht, sondern vielmehr verschiebt. Folglich kommt es bei einer Absetzung der Hormontherapie zu einer Hormonumstellung und dadurch zum erneuten Auftreten von Symptomen. Frau E. bemerkt trotz ihrer Zuversicht, die Anzeichen der Wechseljahre umgehen zu können, bereits selbst, dass sie erneut Hitzewallungen bekommt.

Verwirrungen über die Anwendungsdauer der Hormontherapie bzw. die Folgen einer möglichen Absetzung beschreibt auch Dorothe L.:

Naja, das ist so, ich hab zeitgleich Schilddrüsenprobleme gehabt, ich habe eine Unterfunktion, und hab damals die Turex nehmen müssen, und ich hab gesagt: ‚Na was, wie lange muss ich die Turex nehmen?‘ ‚Naja so lange Sie leben, ein Leben lang.‘ Sag ich: ‚Was, und die Pflaster picke ich auch ein Leben lang?‘ Und da haben mir alle gesagt: ‚Solange Sie wollen, dass es Ihnen gut geht.‘ Ja, sag ich: ‚Entschuldige, aber der Wechsel muss ja einmal zu Ende gehen.‘ . . Da hat mir kaum jemand eine Antwort darauf gegeben. ‚Man kann es nicht sagen,‘ haben Sie immer gesagt. ‚Es gibt 80-jährige die sich die Hormonpräparate verschreiben lassen, damit es ihnen besser geht.‘ (I.L. 312-320)

Dass die Anwendung nicht mit einem absehbaren Ende verbunden ist, wurde Dorothe L. erst klar, als sie die Hormontherapie bereits nutzte. Sie wurde darüber im Unklaren gelassen, ob sie die Hormonpflaster ihr ganzes Leben lang an ihrem Körper tragen soll

bzw. muss, um den Wechseljahren zu entgehen. Die Entscheidung, die Hormontherapie abzusetzen, wird ihr selbst überlassen. Jedoch geschieht dies nicht unkommentiert. Mit der Bemerkung, dass sie die Hormontherapie anwenden soll, solange sie will, dass es ihr gut geht wird ein enormer Druck auf die Patientin ausgeübt, die Hormontherapie nicht abzusetzen. Darüber hinaus bekommt sie auch den Hinweis, dass es Frauen, die 30 Jahre älter sind als sie, diese auch noch brauchen würden. Diese vagen Aussagen bezüglich der Anwendungsdauer setzten ein klares Signal: Solange sie die Hormontherapie anwendet, geht es ihr gut, tut sie dies nicht, ist sie für ihr Leiden selbst verantwortlich. Diese durchaus drohende Handlungsanweisung wurde Anfang der 90er Jahre, also vor fast 20 Jahren gegeben. Mittlerweile scheint sich aufgrund neuer Studienergebnisse und durch die zunehmende Kritik ein Wandel in Teilen der ÄrztInneschaft zu vollziehen, in der über eine lebenslange Verschreibung der Hormontherapie Zweifel erhoben wird. Jedoch bleiben auch heute noch die Unklarheiten darüber bestehen, wie lange die Hormontherapie genutzt werden soll bzw. was die Beendigung der Anwendung genau bedeutet. Ulrike E. betont an mehreren Stellen des Interviews sie wolle durch die Halbierung der Dosierung aus dem Wechsel „ausschleichen“. Dass ein Scheitern des „Ausschleichens“ sehr wahrscheinlich ist, erfährt sie auch durch andere Frauen, die bereits über mehrere Jahre hinweg Hormonpräparate einnehmen:

Da habe ich auch von der Gegen-Schwiegermutter also von der (.), die hat genau die lange geschluckt und hat dann irgendwann einmal aufgehört, also die ist zehn Jahre älter, also 67 jetzt und hat aufgehört und hat gesagt: ‚Du ich kriege jetzt auf einmal so Wallungen‘ wie wieder, dass sie wieder angefangen hat. Also ich hoffe dass ich mich irgendwann ausschleichen kann und dann keine Wallungen mehr krieg, das ist halt meine Hoffnung, dass man das irgendwann nicht mehr braucht nicht . . wenn ich dann natürlich irgendwelche ungunen Nebenwirkungen hab, dass ich dann sag ich kriege wieder furchtbare Wallungen oder so irgendwas, ich bin ganz depressiv oder niedergeschlagen, dann würde ich sie schon wieder nehmen oder weiter nehmen oder halt nieder dosiert nehmen oder so. Oder vielleicht auch wieder das Andere probieren, würde ich vielleicht auch, ich mein wenn es die Wallungen nicht mehr sind nicht. (I.E. 524-534)

Obwohl sie bislang den ärztlichen Rat diszipliniert verfolgt, ist sie gewillt bei stärker werdenden Symptomen wieder mit der Hormontherapie zu beginnen. Offen bleibt, ob Frau E. sich auch gegen die Empfehlungen ihres Gynäkologen richten wird und die Hormontherapie gegen seinen Rat fortsetzen wird. Allerdings weisen sowohl ihre momentane Argumentation als auch ihre versäumten Gynäkologentermine durchaus darauf hin, dass sie, sollten die Symptome gleich bleiben oder wieder stärker werden, die Hormontherapie weiter in Anspruch nehmen wird.

4.2 Ablehnung der Hormontherapie

4.2.1 Falldarstellung Dorothe L.

Die 64-jährige **Dorothe L.** ist im ländlichen Österreich im bäuerlichen Milieu geboren und lebt heute mit ihrem Partner in einer gemeinsamen Wohnung in Wien. Aus ihrer Ehe, die 14 Jahre dauerte und vor mehr als 30 Jahren geschieden wurde, stammen zwei Söhne, die mittlerweile 46 und 44 Jahre alt sind. Frau L. unterhält ein gutes Verhältnis zu ihren Kindern, wovon ein Sohn im Ausland und der andere in Wien lebt. Zehn Jahre nach der Trennung von ihrem ersten Mann - also mit 47 Jahren - verliebte sich Frau L in den 20 Jahre jüngeren Oliver M., mit dem sie noch immer in einer Partnerschaft lebt. Vor ihrer Pensionierung arbeitete Dorothe L. in einem großen Unternehmen im administrativen Bereich. Damals wie heute fährt Frau L. regelmäßig in die Gemeinde in der sie geboren ist, da sie sich dort um die Instandhaltung des Elternhauses kümmert.

Ein zentrales Element der Erzählung von Dorothe L. bildet das Liebesverhältnis zu ihrem Partner Oliver M. Im Gegensatz zu ihrer Ehe in jungen Jahren, an die sie keine schönen Erinnerungen binden, schildert sie ihre aktuelle Beziehung als äußerst gefühlvoll und innig. Sowohl auf der mentalen, als auch auf der physischen Ebene evaluiert sie ihre Beziehung als sehr harmonisch.

Beginn der Menstruation und angewandte Formen der Kontrazeption

Dorothe L. bekam ihre erste Regelblutung mit elfeinhalb Jahren. Mit dem Einsetzen der Periode begann für Frau L. eine monatliche Leidensgeschichte, die ausgelöst durch starke Schmerzen während der Menstruation knapp 30 Jahre andauern sollte. Frau L. verbindet mit dem Einsetzen der Regelblutung unangenehme Erinnerungen, welche durch das Mitleid ihrer weiblichen Familienmitglieder nur noch verstärkt wurde:

Da ist ein Zetter und Mordio losgebrochen. Meine Großmütter und meine Mama und meine Tanten: 'um Gottes wülln des orme Kind und und mit diesen Jahren schon, na so was um Gottes wülln.' Und mir hat's eh so viel gegraust, kann eh in meinem Leben kein Blut sehen. Also ich habe mich schon jedes Monat gefürchtet. Meine schönste Zeit war, wie ich bei meinen Kindern schwanger war. (I.L. 23-27)

Die Schmerzen, die Dorothe L. während ihrer Menstruation verspürte, führten dazu, dass ihre monatlich einsetzende Blutung, begleitet von Furcht und Ekel, zu einem unangenehmen Ereignis wurde, dem sie nicht entkommen konnte.

Mit 18 Jahren wurde Frau L. zum ersten Mal schwanger und ihr zweites Kind folgte zwei Jahre später. Die Monate der Schwangerschaft bedeuteten für Frau L. das Ausbleiben der Menstruation und daher ein *schöne Zeit*. Diese charakterisiert das Fernbleiben des physischen Schmerzes und der psychischen Folgen die sich in Angst und Ekel manifestierten.

Mit 39 Jahren entschloss sich Frau L. für eine Sterilisation um eine ungewollte Schwangerschaft zu vermeiden. Als dominierenden Beweggrund führt sie das Drängen ihres Mannes auf ein weiteres Kind an. Für sie war die Ehe bereits erkaltet und eine weitere Schwangerschaft kam deswegen nicht infrage. Das Verhältnis zu ihrem damaligen Mann war so distanziert, dass sie ihm ihr Vorhaben verschwieg. Für die Herstellung ihrer Unfruchtbarkeit musste Dorothe L. daher ein mehrseitiges Rollenspiel einnehmen. Das Verfahren der Sterilisation war zu Beginn der 70er Jahre noch nicht lange legalisiert und erforderte das Einverständnis des Ehemannes. Das Einholen einer Erlaubnis widerstrebte jedoch dem Vorhaben von Frau L. Sie entschloss sich durch eine

bewusste Lüge das Gesetz zu umgehen um die Bestimmung über ihren Körper aufrecht zu erhalten:

Und dann sagen die zu mir: ‚Wenn sie verheiratet sind, muss ihr Mann mit unterschreiben‘ Ich hab glaubt dort, ich spinn. Na sag ich: ‚Entschuldigung, wer bin ich denn? Bin ich nicht Herr über meinen eigenen Körper?‘ ‚Na das geht nicht‘ sag ich: ‚Gut dann muss ich euch die Wahrheit sagen, es ist mir eh sehr peinlich, aber ich weiß gar nicht wo mein Mann ist.‘ Hat ja nicht gestimmt, hab mir gedacht ich streit mir mit denen ja nicht herum. (I.L. 46-50)

In der Sequenz wird deutlich, dass sich bereits in frühen Jahren ein Kampf über die Kontrolle ihres Körpers zwischen ihr und dem medizinischen System ereignete. Der Konflikt zwischen Autonomie und medizinischer Definitionsmacht wird im weiteren Lebenslauf des Öfteren zum Thema werden. Den Kampf um Selbstbestimmung führte sie damals nicht nur im Krankenhaus sondern auch zu Hause. Ihr Verhältnis zu ihrem Mann erforderte die Verheimlichung ihrer Sterilisation. Sie erklärte den zweitägigen Krankenhausaufenthalt mit einer operativen Entfernung eines Polypen. Ihr Mann stellte keine weiteren Fragen (weder an sie noch an den Arzt) und somit hatte Dorothe L. trotz aller Einschränkungen das Ziel ihrer Unfruchtbarkeit erreicht.

Die Wechseljahre

Acht Jahre später - Frau L ist nun 39 Jahre alt - erwachte sie eines Morgens, in einer großen Blutlache. In dem Haus, in dem sie ihre erste Periode bekam setzte auch ihre letzte Regelblutung ein. Beide Male waren durch Heftigkeit und Unbehagen gekennzeichnet. Aufgrund einer Weihnachtsfeier verbrachte sie gerade einige Tage im Haus ihrer Eltern. Dorothe L. brach ihren Besuch sofort ab und fuhr noch am selben Tag in eine Frauenklinik nach Wien. Dort wurde ihr kurz darauf durch einen operativen Eingriff die Gebärmutter entfernt.

Ja und dann, die haben mich dann operiert, haben mir die Gebärmutter raus genommen aber die Eierstöcke drinnen gelassen. Und die Blase hinaufgehängt. Und ich war der glücklichste Mensch auf der Welt, weil ich hab mit elfeinhalb

Jahren die Regel bekommen und von der Minute an habe ich gelitten wie ein Hund.

(I.L. 19-22)

Obgleich das Erwachen in der Blutlache ein schockierendes Moment für Frau L. darstellte und sie die Erzählung der Operation durchaus in brutalen Worten formulierte, brachten die Folgen des Eingriffs eine wesentliche Erleichterung mit sich. Die Entfernung der Gebärmutter verhinderte das Einsetzen weiterer Perioden. Wie schon weiter oben beschrieben war für Frau L. die Menstruation ein Zyklus von Schmerzen und Furcht. Die Angst und auch der Ekel gehörten jedoch nun der Vergangenheit an. Bis auf eine öfter wiederkehrende Müdigkeit, deren Ursachen sie jedoch nicht genau benennen will, folgten der Operation fünf Jahre, in denen sie kaum Beschwerden oder Symptome der Wechseljahre bemerkte.

Mit 44 Jahren fuhr Dorothe L. auf Kur in ein Gesundheitszentrum in der Umgebung von Wien. Während ihres Aufenthaltes nahm sie an unterschiedlichen Behandlungsprogrammen teil in denen sie sich auch verschiedenen Untersuchungen unterzog. Ihr behandelnder Arzt während der Kur, den Frau L. sehr achtet, empfahl ihr eine Hormontherapie in Form eines Hormonpflasters zu beginnen. Zum einen sollte das Hormonpflaster gegen die Müdigkeit helfen, zum anderen wurde sie aber auch darauf hingewiesen, dass die Hormone vor einer Alterung der Haut schützen würden. Frau L. beschreibt die damalige Argumentation des Arztes folgendermaßen:

„Was glauben Sie und für die Haut ist es ja so wichtig, die Frauen kriegen dann grad im Wechsel dann, weil die ganze Unterpolsterung und der Feuchtigkeitsgehalt schwindet, und da bleibt das Kollagen länger, und da haben Sie eine schönere Haut.“ Natürlich wissen's eh, wenn man so einmal über 40 ist, dann hat man sowieso ein bisschen Angst vor dem runzlig werden, das ist eh so für a Frau, ist das eh so ein ungueter springender Punkt, dann hat man sich daran auch noch geklammert. (I.L. 292-297)

Das Mittel, das den Erhalt der Jugendlichkeit garantierte nahm Frau L. gerne an. Zunächst wechselte sie das Hormonpflaster zwei Mal in der Woche, nach einiger Zeit klebte sie es jeden zweiten Tag in ihrem Hüftbereich an. Sie ließ sich in den weiteren Jahren regelmäßig in einer Hormonambulanz den Hormonstatus kontrollieren und wurde von ihrem Gynäkologen in Wien betreut. Dieser stellte ihr auch in regelmäßigen

Abständen ein Rezept für die Hormontherapie aus. Frau L. bemerkte damals durch das Hormonpflaster keine wesentlichen Veränderungen. Rückblickend stellt sie aber fest, dass sie diese Zeit sehr nervös erlebte und sich ständig von einer inneren Unruhe getrieben fühlte.

Mit 47 Jahren lernte sie ihren Partner kennen, mit dem sie auch heute noch in einer Beziehung zusammenlebt. Sie beschreibt die Partnerschaft als sehr unterstützend und wichtig für die zwei Jahre darauf folgende Diagnose Brustkrebs.

Als sie mit 49 Jahren zu einer routinemäßigen Mammographie ging, wurde bei ihr ein Tumor in der Brust diagnostiziert. Ihr Arzt schlug ihr mehrmals vor, eine Chemotherapie zu machen. Frau L. weigerte sich jedoch strikt, eine Chemotherapie durchzuführen, da sie nicht an die Genesung durch die Behandlungsform glaubte. Wie schon zuvor kämpfte sie wieder um autonome Handlungsmöglichkeiten im medizinischen System. Nachdem sie die Verhandlung bezüglich einer Chemotherapie zu ihren Gunsten durchsetzen konnte, kam es zu einem operativen Eingriff an der Brust. Die Operation verlief erfolgreich. Ihr damaliger behandelnder Arzt in der Klinik riet ihr dazu, die Hormontherapie sofort abzusetzen, da er sie für einen möglichen Verursacher der Gewebeverhärtung hielt. Zum ersten Mal wurde Frau L. nun über die Risiken einer Hormontherapie informiert. Sie kam der Aufforderung sofort nach und hat seit 1994 keine Hormonpflaster mehr getragen. Ihr behandelnder Gynäkologe, der ihr über die letzten Jahre die Rezepte für die Hormonpflaster ausgestellt hatte, war jedoch nicht der gleichen Meinung wie der Arzt im Krankenhaus. Auf ihr Vorhaben, die Hormontherapie nicht mehr anzuwenden, reagierte er sehr negativ. Er attestierte ihr, dass sie sich durch die Absetzung schlechter fühlen würde und riet ihr eindringlich davon ab. Für Dorothe L. stand jedoch der Entschluss fest und als Konsequenz der Uneinstimmigkeit wechselte sie zu einem neuen Gynäkologen.

Kurze Zeit nach der Operation und der Absetzung der Hormontherapie bemerkte Frau L. einige körperliche und psychische Veränderungen. Sie erwähnt, dass sie zwar ab und zu Wallungen bekam, dass jedoch die Last der Migräne von ihr gefallen war. Des Weiteren fühlte sie sich wesentlich ruhiger und spürte, dass ihre innere Hektik nachließ. Die größte Veränderung erfuhr Dorothe L. jedoch in ihrem Sexualleben. Sie entdeckt mit ihrem Partner eine neue Ebene des Lustempfindens:

[...] und dann muss ich Ihnen sagen, nach der Operation hat sich mein Sexualleben wesentlich verändert und verbessert. Ich hab wesentlich mehr Interesse am Sex gehabt, ich hab solange ich die Hormone genommen hab, ich hab mich richtig dazu zwingen müssen. (I.L. 175-178)

Zu Beginn ihrer Partnerschaft empfand sie noch wenig Lust am Sex, jedoch verschwieg sie es ihrem Freund, da die Beziehung (in anderen Bereichen) so positiv und problemlos war, dass sie sie nicht gefährden wollte. Nach der Beendigung der Hormontherapie begann jedoch ihr Körper anders zu reagieren. Ihr Sexualleben bekam eine völlig neue Dimension und wurde über die Jahre hinweg noch erfüllter. Dorothe L. litt ihr ganzes Leben an Scheidentrockenheit, welche eine Beeinträchtigung der Sexualität für sie darstellte. Auch diese verschwand in den letzten 4 Jahren vollkommen.

[...] und ich muss sagen überhaupt die letzten drei, vier Jahre, geht es mir auch insofern besser, weil natürlich, diese Gleitcreme, die war damals an der Tagesordnung, also ohne dem ist überhaupt nichts gegangen. Das war was, da hat es mir auch so viel geirrt davon. Also das war für mich, die graulichste Sache, die es überhaupt gibt. Aber wenn es nicht anders geht. Aber ich muss sagen, jetzt, ich denk mir immer, in meinem Alter, aber ich hab noch nie so lustvoll die Sexualität erlebt, wie die letzten Jahre . . . ich weiß nicht 3, 4 Jahre, also es ist wesentlich besser und wesentlich anders. (I.L. 493-499)

Sowohl die konfliktreiche Auseinandersetzung mit dem medizinischen System, als auch die Beziehung zu ihrem neuen Partner stellen die wesentlichen Orientierungsrahmen ihrer Erzählung der Wechseljahre dar.

4.2.2 Subjekt zwischen den Fronten: konkurrierende Behandlungsformen innerhalb des medizinischen Systems

Sowohl der in Kapitel 2.5 dargestellte Definitionskampf als auch der Fall Dorothe L. zeigen deutlich, dass wir uns momentan in einer Phase der (Neu)Verhandlung um die Bedeutung der Hormontherapie befinden. Wenden wir uns noch einmal dem Schema von Keller zu, der die Positionen innerhalb eines Diskurses in Sprecherrollen und

Subjektpositionen relationiert (Keller 2005: 21), so kann hier festgehalten werden, dass ÄrztInnen durchaus divergierende Sprecherrollen einnehmen und unterschiedliche Diskursstränge vertreten können. Der medizinische Diskurs stellt ein Bündel von Aussagen und Praxen dar, die sich immer wieder einer Veränderung unterziehen. Die diskursive Erzeugung sozialer Wirklichkeit ist kein abgeschlossenes Projekt, sondern ereignet sich immer auch durch die Konkurrenz unterschiedlicher Wissensbestände.

Folglich kommt es in der medizinischen Disziplin zu inkongruenten Behandlungsformen für die gleichen Symptome. Implizit verändert sich dabei aber auch die Definition der Wechseljahre, denn solange diese als zu therapierender Zustand verstanden werden, hält sich auch die Wirkungsmacht der Krankheitsdefinition über die Wechseljahre. Wird seitens der ÄrztInnen jedoch nicht mit einer Medikation auf die körperliche Veränderung reagiert, könnte sich auch eine neue Betrachtung der Wechseljahre vollziehen.

Anhand des Falles Dorothe L. möchte ich das Verhältnis des Subjekts zu inkongruenten Diskurssträngen, das unterschiedliche Handlungsmuster mit sich bringt, vertiefend betrachten.

Der Arzt, der Dorothe L. während ihres Krankenhausaufenthaltes behandelte, machte die Hormontherapie für die Gewebeverdichtung verantwortlich. Er bezog eine klare Stellung und überzeugte sie davon, die Hormontherapie zu stoppen.

[...] dann haben sie sich das genau angeschaut, und dann hat er gesagt: ‚Das ist komisch, das ist kein Knoten, das ist eine, das ist eine eine Fläche.‘ Er hat mir das erklärt, sagt er: ‚Wie wenn man ein Papiertaschentuch klein zusammenlegt und nass macht.‘ Also das Gewebe ist derart extrem verdichtet und der hat dann gesagt: ‚Nehmen Sie Hormone?‘ Sag ich: ‚das Hormonpflaster.‘ ‚Habens eines oben?‘ Sag ich: ‚Ja‘, sagt er: ‚sofort herunter damit, auf der Stelle.‘ Na ich bin in die Hosen eingefahren und hab das obizaht und hab’s in den Kübel geschmissen. Sagt er: ‚Na dann ist uns ja einiges klar, wie lang nehmen sie es schon?‘ Sag ich: ‚Genau fünf Jahre.‘ Sagt er: ‚Na da haben wir jetzt eh schon einen Scherben auf.‘ sagt er. Und dann bin ich erst drauf gekommen, dass das so ein Verfechter gegen die Hormone ist, der hat sich dann wirklich sehr viel Zeit genommen. (I.L .109-118)

Dorothe L. begann durch das Gespräch mit dem Mediziner die Hormontherapie in völlig neuem Licht zu sehen. Sie beschreibt weiter, dass sich der Arzt sehr viel Zeit nahm und sich ihre Geschichte genau angehört hat. Die Hormontherapie wurde vom Arzt nicht mehr als nützliches Mittel in den Wechseljahren befürwortet, sondern für die mögliche Verursachung einer schweren Krankheit verantwortlich gemacht. Retrospektiv bekam nun auch die vorangegangene Empfehlung anderer Ärzte eine völlig neue Bedeutung. Denn so sehr sie damals ihrem Arzt vertraut hat umso mehr zweifelte sie nun an dem Sinn der Hormontherapie. Es blieb jedoch nicht bei diesem Antagonismus, da die Auswirkungen der divergierenden Diskursstränge Dorothe L. wieder einholten, als sie ihrem Gynäkologen mitteilte, dass sie die Hormontherapie nicht fortsetzen würde.

Nach der Operation, genau ich bin dann hingegangen zu ihm, hab ihm das erzählt, das mit die Pflaster, naja das ist ein Blödsinn, und die reden Ihnen das ein, und das kann man gar nicht sagen, dass kann man ja gar nicht wissen. Sag ich: ‚Na wenn der Arzt sagt die haben doch dort eine Menge Erfahrung dort auf der Gyn.‘ Sag ich: ‚Wenn der sagt, das ist eine extreme Gewebeverdichtung‘. ‚Ja ja, das kann allerhand Gründe haben.‘ Er war nicht damit einverstanden, ja dann bin ich nimma hingegangen, weil ich kann mich mit einem Arzt nicht herumstreiten, weil ich nicht genug versteh davon. (I.L. 279-285)

Ihr Gynäkologe war völlig anderer Meinung als ihr Arzt im Krankenhaus. Für ihn stellte nicht die Hormontherapie, sondern die falschen Überzeugungen der anderen Ärzte das Problem dar. Interessant hierbei ist, dass die Kämpfe zwischen den differenten Auslegungen einer hormonellen Behandlung direkt über das Subjekt ausgetragen werden. Dorothe L. stand nämlich nun vor der Entscheidung, welcher Erklärung sie glauben soll. Der Definitionskampf innerhalb der medizinischen Disziplin zwingt sie dazu sich für eine Behandlung zu entscheiden.

Individualisierungstheoretiker wie Ulrich Beck oder Niklas Luhmann verweisen in ihren Zeitdiagnosen darauf, dass die Abschätzung zukünftiger Folgen von gesellschaftlich erzeugten Problemen auf das Individuum übertragen wird, welches wiederum durch die Optionsvielfalt schnell überfordert werden kann (vgl. Schroer 1997: 174). Denn kommt es zu negativen Folgen des gegenwärtigen Handelns so wird die Verantwortung auf die Entscheidung des Individuums und nicht auf das Versagen

der gesellschaftlichen Institution gelenkt. Dieses, durch die Vielfalt an Angeboten bestehende Dilemma, kann durchaus zur Unschlüssigkeit und Verzweiflung bis hin zur Handlungsunfähigkeit der Einzelnen führen. Allerdings bieten neue Orientierungsrahmen auch die Möglichkeiten, das Handeln entgegen einer Empfehlung zu legitimieren. Dorothe L. befindet sich durch die divergierenden Verordnungen in jenem Konflikt und wird mit ihrer Entscheidung allein gelassen. Folglich trägt sie auch die Verantwortung für den Umgang mit der Hormontherapie.

Sowohl die **gute** und vor allem **langfristige Betreuung** des zuständigen Arztes im Krankenhaus, sowie der **Informationszuwachs** über mögliche Folgen einer Hormontherapie und nicht zuletzt das selbst **erlebte Ereignis der Gewebeverhärtung** in ihrer Brust führten dazu, dass Dorothe L. sich für eine Expertise entscheidet, die die Fortführung der Hormontherapie ablehnt. Infolgedessen handelt sie gegen die Anweisung ihres Gynäkologen, für den die Neuorientierung von Frau L. wiederum ein Kontrollverlust über seine Patientin bedeutet. Der Gynäkologe versuchte durch Sanktionstaktiken die Kontrolle wieder herzustellen. Die Taktik scheiterte jedoch, da Dorothe L. bereits in ihrer neuen Handlungsorientierung gefestigt war. Zu einer dramatischen Verschlechterung der Beziehung zwischen Arzt und Patientin kam es schließlich durch seine Prognose von selbstverschuldeten Folgen im Fall der Unterlassung der Therapieanweisung:

Der hat sich auch so komisch verhalten: „Na sie werden Ihnen schon no aunschaun, wenns jetzt aufhöörn mit die Hormone, ja aber da kann Ihnen ah ka Mensch hölfen.“
(I.L. 260-262)

Die Sanktionierung der Abweichung durch den behandelnden Arzt gestaltete sich für Dorothe L. erträglich, da sie sich auf eine konkurrierende Expertise beziehen konnte und somit in ihrem Handeln nicht völlig aus dem medizinischen Rahmen ausbrach.

Die Unvereinbarkeit der Anschauungen über die Hormontherapie führt dazu, dass Frau L. die Dienstleistung ihres Gynäkologen nicht mehr in Anspruch nimmt und zu einem neuen Gynäkologen wechselt. Diese Reaktion in Form des Abbruchs der Arzt-Patientinnen Beziehung wird noch ausführlicher im abschließenden Kapitel 4.2.4, in dem Momente widerständigen Handelns rekonstruiert werden, erläutert.

An dieser Stelle möchte ich jedoch anführen, dass in der wissenschaftlichen Literatur der Grad der Befolgung des ärztlichen Rates seitens der PatientInnen durch den Begriff „Compliance“ definiert wird. Ein Handeln entgegen der ärztlichen Empfehlung wird demzufolge unter „Non-Compliance“ zusammengefasst (vgl. Retzer 1994: 101). Innerhalb der medizinischen Disziplin wird vor allem darauf hingearbeitet, dass die Therapieakzeptanz, also das „Compliance“, erhöht wird (vgl.: Litschgi 2001).

„Compliance“ wird in der medizinischen Auslegung als positive Eigenschaft bewertet, die es durch fachgemäßes Verhalten der ÄrztInnen zu fördern gilt. Jedoch wird in Publikationen auch darauf hingewiesen, dass eine eindeutige Verbindung von „Compliance“ und gesundheitsförderndem Verhalten nicht unmittelbar gegeben sein muss (vgl. Retzer 1994: 104). Eine Untersuchung von David Reiss und seinen MitarbeiterInnen (1986), in der die Nichteinhaltung von „[...] ärztlichen Diätvorschriften und medikamentösen Verordnungen für DialysepatientInnen [...]“ untersucht wurden, kam sogar zum Ergebnis, dass Non-„Compliance“ ein „Prediktor für das Überleben“ darstellt (vgl. Beck 1999: 60/Retzer 1994: 103).

Es ist nicht die Aufgabenstellung meiner Untersuchung, die Folgen einer „Compliance“ oder einer „Non-Compliance“ gegeneinander abzuwägen, jedoch ist festzuhalten, dass das Phänomen der „Non-Compliance“ im Kontext divergierender Interessen und Einschätzungen betrachtet werden kann (vgl. Retzer 1994: 118).

Rückführend auf den Fall Dorothe L. bedeuten die inkongruenten Anweisungen von Vertretern der medizinischen Disziplin nämlich, dass sie sich gleichzeitig im Verhaltensphänomen des „Compliance“ und des „Non-Compliance“ wieder findet. Um nach einer Verordnung handeln zu können, muss sie andere Handlungsanweisungen unterlassen. Egal wofür sie sich entscheidet, sie entscheidet sich zugleich auch immer gegen einen ärztlichen Rat.

Heute ist Dorothe L. über ihren damaligen Beschluss, die Hormontherapie nicht weiter anzuwenden, erleichtert. Über die Jahre hatte sie kaum negative Veränderungen, jedoch sehr viele positive Wendungen in ihren körperlichen Empfindungen festgestellt. Sie bereut es retrospektiv viel mehr, die Hormontherapie überhaupt angewandt bzw. sie nicht schon früher abgesetzt zu haben. Anlass dazu hätte sie gehabt, denn ihr Hausarzt hatte sie des Öfteren darauf aufmerksam gemacht, dass die Wechseljahre nicht

unbedingt eine Therapie benötigen und sie ihre Anwendung überdenken sollte. Auch die Empfehlungen ihres Hausarztes konnten keine Veränderung in ihrer Handlungsorientierung bewirken, da das Vertrauen in die Befürworter der Hormontherapie dominierte. Erst das einschneidende Erlebnis der Krebsdiagnose brachte einen Bruch des Vertrauens und eine Neuorientierung innerhalb des medizinischen Systems.

Die Verhandlung der Wechseljahre von Dorothe L., an der mehrere legitimierte Sprecher der medizinischen Disziplin beteiligt sind, ist von konkurrierenden Ideologien und Behandlungsformen gekennzeichnet, an denen sie ihre Handlungen orientiert. Auch Ingrid D. erfährt die Kontroverse in der medizinischen Disziplin bezüglich der Wechseljahre. Jedoch veranlassen sie die kritischen Informationen und damit das wachsende Misstrauen in die hormonelle Behandlung dazu, das Verhältnis zu ihrem Arzt abubrechen und eine Vertreterin der Gegenperspektive aufzusuchen.

Die konkurrierenden Diskursstränge eröffnen somit unterschiedliche Positionierungsmöglichkeiten innerhalb des medizinischen Systems. Die Wahlmöglichkeiten bedeuten auch, dass Frauen bei der Ablehnung der Hormontherapie nicht zwingend vom medizinischen System Abstand nehmen müssen, sondern gezielt jene VertreterInnen aufsuchen können, die andere Behandlungsmethoden zur Linderung von Symptomen vorschlagen. Damit verbunden ist aber auch die Verlagerung der Verantwortung auf das Subjekt. Denn wird das Vertrauen in legitimierte SprecherInnen nicht aufgebracht, dann wird die Komplexität der Geschehenssituation wieder hergestellt und demgemäß kann es zu einer Überforderung bis hin zur Handlungsunfähigkeit der AkteurInnen kommen (vgl. Jacob 1995:100). In der Regel verfügt das Individuum nicht über die erforderlichen Wissensbestände und Kompetenzen um sich einen Weg durch das Entscheidungsdickicht zu bahnen (vgl. ebd.). Das dadurch entstehende Handlungsproblem kann aber durch alternative Orientierungsrahmen vermindert bzw. beseitigt werden.

Wie aus dem Material hervorgeht, können unterschiedliche Bedingungen, wie die familiäre Situation und nahe Bezugspersonen, ein kritisches Ereignis sowie biographische Erfahrungen Normen und Werte schaffen, nach denen sich die Handelnde orientiert. Darüber hinaus bestimmt das Vertrauen in eine bestimmte Expertise, welche

über die ÄrztInnen-Patientinnen-Beziehung hergestellt wird, weitere Handlungspraxen. Der Zuwachs von Informationen gestaltet sich aber nicht rein durch den direkten Kontakt zu den ÄrztInnen, sondern auch über mediale Träger wie das Internet oder die Ratgeberliteratur. In der Geschichte von Andrea D. können wir beobachten, dass das Internet als Informationsträger einen bedeutsamen Teil ihres Orientierungsrahmens ausmacht. Auch die zahlreichen Internetportale, in denen sich Frauen über Symptome und Medikationen ihrer Wechseljahre austauschen, sind Indikatoren dafür, dass neben den oben genannten Faktoren besonders das Medium Internet eine wesentliche Regulierung des Handelns vornimmt. In den Foren werden persönliche Erfahrungen in Form von Empfehlungen an Ratsuchende weitergegeben. Unter den Mitgliedern des Portals besteht eine lose Verknüpfung, die über die gemeinsame Erfahrung zusammengehalten wird. Der entscheidende Unterschied zum Expertenwissen des Arztes oder der Ärztin ist dabei, dass das gemeinsame Erfahrungswissen von Ratgebenden und Ratsuchenden eine Vertrauensbasis herstellt. Während ÄrztInnen oft vorgehalten wird, dass sie aufgrund ökonomischer Interessen handeln, erhalten die Aussagen im Internet einen vertrauensvolleren Charakter, da sie nur für ein Interesse sprechen, nämlich dem der Frauen.

4.2.3 Die Entscheidung gegen die HT: Bedingungen und Voraussetzungen

Die Motivationen, die Hormontherapie abzulehnen, können aufgrund unterschiedlicher Bedingungen und Einstellungen sehr different ausfallen. Wie im vorangegangenen Abschnitt bereits erläutert, führte im Fall Dorothe L. ein Geflecht von Erfahrung und Vertrauen zur Entscheidung die Hormone nicht (mehr) anzuwenden. Sowohl die Krebsdiagnose und der Zugang zu neuen Informationen, sowie die Einstellung ihres behandelnden Arztes während ihres Krankenhausaufenthaltes wandelten ihre Akzeptanz in eine Verweigerung. Sie positioniert sich seitdem deutlich gegen die Verschreibung der Hormontherapie, da ihre eigenen Erfahrungen es nicht weiter zulassen, dass sie diese Therapieform vertritt.

Ähnlich dazu verhält sich die Fallgeschichte von Ingrid D. Sie hat zwar keine negativen Effekte der Hormontherapie am eigenen Körper erlebt, jedoch hat sie sich, wie auch

Dorothe L., ein Wissen über mögliche Langzeitfolgen der Hormontherapie angeeignet. Bei Ingrid D. ist nicht ein negatives Ereignis, sondern das Ausbleiben eines positiven Effektes ausschlaggebend für den Abbruch der HT. In der Geschichte von Ingrid D. rückt eine neue Form der Argumentation in den Vordergrund: Die **Wechseljahre** sind für sie ein „**natürlicher**“ **Prozess** und bedürfen deshalb keiner chemischen Eingriffe.

Die Erfassung der Wechseljahre als „natürliche“ Veränderung taucht in den Argumentationen der Interviewpartnerinnen häufig auf. Auch in der Geschichte von **Christine A.** bildet jene Betrachtung den wesentlichen Orientierungsrahmen für die Entscheidung gegen eine Hormontherapie. Frau A. ist im ländlichen Raum aufgewachsen und lebt heute mit ihrem Mann in einem Haus. Die drei gemeinsamen Kinder sind bereits alle volljährig und ausgezogen. Die Familie erhält in der Erzählung von Frau A. einen besonderen Stellenwert, in dem sie sich in ihren Handlungsweisen immer wieder an ihrem Mann und ihren Kindern orientiert. Christine A. evaluiert die Beziehung zu ihrem Mann als positiv und wichtig für ihre körperliche und psychische Verfassung, die mit dem Eintritt der Wechseljahre ordentlich ins Schwanken geriet. Vor zwei Jahren erlebte sie erste Wallungen, die Frau A. vor allem an ihrem Arbeitsplatz überkamen. Zusätzlich zu den Hitzeattacken stellte sich bald eine enorme depressive Verstimmung ein, die für sie einen seelischen Tiefpunkt in ihrer Biographie darstellte. Das psychische Unbehagen erschien zwar mehrmals, war jedoch immer auf einen bestimmten Zeitraum beschränkt. Im vergangenen Jahr veränderte sich auch die Häufigkeit und Intensität ihrer Periode. Sie bekam sie einige Wochen nicht und dann wieder sehr lange und stark. Christine A. verortet sich seit zwei Jahren in den Wechseljahren und möchte trotz der schweren Belastungen, die in diesem Zeitraum auf sie zukamen, keinesfalls eine Hormontherapie durchführen. Ihre Ablehnung speist sich einerseits aus den negativen Erfahrungen, die sie mit der Antibabypille gemacht hatte. Andererseits begreift sie die Wechseljahre als „natürlichen“ Prozess im Leben einer Frau.

Ja das ist, das erste Mal wie ich Hormone eben genommen hab, die Pille die ganz normale, hat das meine Persönlichkeit verändert, das ist, da bin ich gar nicht zurecht gekommen mit dem Ganzen, da, es hat nicht irgendwie weh getan oder irgendwas körperliches erzeugt, ja außer die Venen, das ist körperlich gewesen, was es erzeugt hat. Aber ich bin mir selber nicht mehr ich selber gewesen. Das, das

ist schwer zu beschreiben, es ist auch schon lang aus. Und ich weiß es, und ich bin einfach ein Typ der Antipathie gegen jede Tabletten hat und überhaupt so was, was so massiv eingreift in meine Psyche vor allem das, da wehre ich mich einfach. Weil ich glaub das ist eine natürliche Sache. Und die ablaufen wird ganz natürlich wie es so sein muss und wie halt meine Psyche auch gebaut ist und so mit dem muss ich zu Recht kommen. Das das sehe ich eher von der Richtung, wo ich da nichts machen möchte. (I.A .351-360)

Die Sequenz verdeutlicht Christina A.s Motive für die Ablehnung einer Hormontherapie. In ihrer Entscheidung gegen eine Medikation verknüpft sie ihr biographisches Wissen (die negativen Veränderungen durch die Antibabypille) und ihre prinzipielle Abneigung gegen die medikamentöse Behandlung von Krankheiten. Die Einnahme der Antibabypille wurde als Ursache einer *Entfremdung* des eignen Selbst wahrgenommen. Die Medikation führte bei Frau A. zu einem Kontrollverlust über Psyche und Körper, den sie keinesfalls noch einmal erleben will. Die Wechseljahre werden als vorbestimmte Veränderungen angenommen, die nicht durch die (medizinische) Fremdeinwirkung gelenkt werden soll, da der *Fremdsteuerung* durch Medikamente, als *Kontrollübernahme* wahrgenommen wird. Neben der „Natürlichkeit“ ist es aber auch ihre „Veranlagung“ die sie für den weiteren Verlauf der Wechseljahre verantwortlich macht. Auch wenn die Symptome Christine A. von Zeit zu Zeit enorm belasten, akzeptiert sie ihre Empfindungen als Teil einer „natürlichen“ Veränderung, die sich auch ohne medizinische Interventionen regulieren werden.

Diese Form der Argumentation steht in der Tradition vieler feministischer Frauenforscherinnen¹³, die sich der Vereinnahmung des weiblichen Körpers durch das medizinische System verwehren.

Auch **Isabella C.** unterscheidet zwischen „natürlichem“ Ereignis und „unnatürlichem“ medizinischen Eingriff. Als Konsequenz sieht sie auch keine dringende Notwendigkeit für einen Besuch bei ihrem Gynäkologen. Ihr Handeln ist von der Betrachtung der Wechseljahre als „natürliches“ Ereignis geleitet. Ähnlich wie Christina A. ist sie von der „natürlichen“ Regulierung des Körpers überzeugt:

¹³ Greer 1991, Duden 2002, Groth 1992

Ich bin immer der Meinung, dass, aber das ist vielleicht eine falsche Meinung, ich bin der Meinung, dass die Natur uns so eingerichtet hat, dass es von Außen, dass jede Hormonelle, ahm wie soll ich sagen . . . Naja, ich weiß nicht Beeinträchtigung kann man jetzt nicht sagen, aber irgendwie wenn man da eingreift, irgendwie, mit Hilfe von Chemie, also es sind nicht Naturheilmittel, also da, erinnere ich mich grad, möglicherweise ich hab doch einmal was Homöopathisches gekauft, genau. Das hab ich schon, da habe ich eine Zeit lang so Tropfen genommen, aber das war das Einzige. Aber ich würde nie was Chemisches schlucken, ich würde nie quasi in den Hormonhaushalt eingreifen, weil ich, ja da bin ich einfach unglaublich misstrauisch. (I.C. 131-139)

Anders als in der ersten Falldarstellung (Ulrike E.) orientieren sich die hier zitierten Interviewpartnerinnen an dem Konzept der Natur, das ihren Körper reguliert. Hormonpräparate erhalten demgemäß den Charakter einer „künstlichen“ und „unnatürlichen“ *Fremdeinwirkung*, die mit dem „naturegebenen“ Körper in Widerspruch steht. Interessant in den Schilderungen der Interviewpartnerinnen, wie auch das obige Zitat zeigt, ist die entstehende Divergenz zwischen „natürlichen“ und „unnatürlichen“ Behandlungsformen. Denn alle drei Frauen, die ihre Ablehnung der Hormontherapie mit der „unnatürlichen“ Intervention einer Medikation begründen, nehmen alternativmedizinische Behandlungsformen zur Symptomlinderung in Anspruch. Die Vermarktungsstrategie der Alternativmedizin, die sich durch ihre Verwandtschaft zur Natur auszeichnet, scheint hier voll zu greifen. Die homöopathischen Produkte werden ohne Einwände im großen Ausmaß konsumiert. Darüber hinaus basiert die Einnahme meist nicht auf der Empfehlung eines Arztes oder einer Ärztin, sondern auf den Erfahrungswerten von Freundinnen und Bekannten. Demzufolge erfährt die Unterteilung in Selbst- und Fremdbestimmung eine weitere Dimension. Während die Hormontherapie nur auf Anweisung der GynäkologInnen hin angewandt werden kann oder muss, braucht die Beschaffung alternativmedizinischer Arzneimittel meist keine ärztliche Verordnung. Der Konsum der leicht zugänglichen Produkte erhält damit eine Aura der „Selbstbestimmung“ über den eigenen Körper.

Wie schon zuvor angedeutet, spiegelt sich ein Kanon der feministischen Kritik am medizinischen System in den Alltagspraxen von Frauen wider. Autorinnen wie z. B.

Barbara Duden (2002) sehen in der „Hormonisierung“ der Wechseljahre eine Enteignung des weiblichen Körpers durch das medizinische System. Damit einher geht nicht nur die Beschränkung der Erlebnismöglichkeiten, sondern auch ein prinzipieller Verlust der Kontrolle über den eigenen Körper.

Brigitte W. handelt in ihrer Ablehnung gegen die Hormontherapie ganz im Sinne dieser feministischen Wissenschaftskritik, wenn sie erzählt:

Das stinkt mir. - Das hat mir immer gestunken und es stinkt mir auch, wenn es jetzt, bei Wechsel-Erscheinungen von Frauen formuliert wird, also wenn's gesagt hat: ‚Jetzt sei nicht so hysterisch oder was bildest du dir ein oder ahm lass dir halt ein Hormonpflaster verschreiben.‘ Ich wüll überhaupt kein Hormonpflaster, ich will wissen wie sich das angspürt, ich will wissen was der Wechsel einfach mit mir ist. Weil ich mir denk wenn ich es topp oder unterdrück dann weiß ich wirklich nicht ganz genau was es für mich bedeutet. (I.W. 229-235)

Anders als in den vorangegangenen Fällen wehrt sich Brigitte W. gegen gesellschaftliche negative Zuschreibungen. Für sie birgt die Orientierung an der „Natürlichkeit“ nicht die Akzeptanz des Leidens sondern einen Wandel des Erlebens. Die Hormontherapie würde die wahren Ereignisse unterdrücken und ihr bestimmte Erlebnisdimensionen vorenthalten. Für Frau W. ist es jedoch ein Wunsch zu wissen bzw. zu spüren, wie sich die Veränderungen im Körper anfühlen. Die Hormontherapie wird hierbei nicht nur zur unnötigen Intervention sondern zu einem Eingriff, der dem Subjekt eine Erfahrungschance nimmt.

Die Verweigerung der Hormontherapie äußert sich hier nicht im Rahmen einer Arzt-Patientinnen Beziehung, sondern in einer Haltung gegenüber gesellschaftlichen Konventionen, in denen die Wechseljahre als negatives Ereignis betrachtet werden.

Das Ausbleiben der Menstruation wird in ihrer Perspektive nicht nur zum positiven Erlebnisrahmen gewandelt, sondern darüber hinaus auch noch als Chance, sich den sozialen Regulierungen zu verweigern, betrachtet:

Ahm weil es ja . . . eine unheimliche Chance ist, wenn man im Wechsel ist und wenn man noch dazu von Hormonen gesteuert, eine Ausrede hat für alle möglichen Veränderungen und Spinnereien und . . . und und, dann finde ich das einfach unheimlich angenehm. Da schwimmt man so auf dieser Hormonwelle so zu sagen

dahin und man kann jetzt- einmal sagen- ja das will ich und fünf Stunden später sagen, nein das will ich nicht. Weil ich ja im Wechsel bin. Und das glaube ich schon, dass das auch in Wirklichkeit, dass das nicht nur eine Ausrede ist sondern, das ist bei mir wirklich so. (I.W. 63-68)

Mit ihren Aussagen stellt sich Brigitte W. gegen eine gesellschaftliche Entwertung der Wechseljahre. Darüber hinaus bedeuten die Veränderungen im Körper eine Legitimation für neues, losgelöstes Handeln. Der Einsatz einer Therapie würde diesen Chancen diametral gegenüber stehen und kommt daher nicht in Frage.

Bevor wir im nächsten Kapitel zu den Formen widerständigen Handelns kommen, die eng mit den hier genannten Motivationen einer Ablehnung der Hormontherapie verbunden sind, möchte ich die zentralen Aspekte dieses Abschnitts durch die Nennung der Bedingungen zusammenfassen:

Die Einstellung zur Hormontherapie wird zum einen in der **Interaktion zwischen GynäkologIn und Patientin** verhandelt. Zum anderen fließen das **biographische Wissen** und **die Einstellungen von Bezugspersonen** in den Entscheidungsprozess mit ein. Als wesentliche Orientierung der Akteurinnen kristallisiert sich die **Charakterisierung der Wechseljahre als „natürlichen“ Prozess** heraus, die im Kontrast zur „künstlich“ hergestellten Medikation in der endokrinologischen Disziplin als vorbestimmtes Gut wahrgenommen werden. Wie oben ausgeführt, hält bei dieser Argumentation ein Kanon der sozialwissenschaftlichen Wissenschaftskritik Einzug. Der feministische Diskursstrang kämpft - wenn auch mit unterschiedlichen Argumentationslinien - Seite an Seite mit den neuen (alternativmedizinischen) Behandlungsformen gegen die schulmedizinische Medikation an. Die beiden diskursiven Zugänge werten die Techniken des medizinischen Systems als negativen Eingriff und repressiven Zugriff auf den weiblichen Körper, dem das „natürliche“ Erleben der Veränderungen im Körper gegenübersteht. Dieser Orientierungsrahmen begünstigt nicht nur die Akzeptanz von Beschwerden, sondern auch eine Umdeutung der Symptome in die Chance eines neuen Erlebens.

4.2.4 Widerständiges Handeln: Non-Compliance, Pseudocompliance, Erleben und Spüren

Widerständiges Handeln erscheint im Kontext der Wechseljahre als eine facettenreiche Strategie, die in ihren Formen variiert und aufgrund divergierender Motivationen seitens der Akteurinnen stattfindet. Folgen wir den Ausführungen von Emily Martin (1989) so bedeutet Widerstand ein Widerstreit gegen das medizinische Modell, in dem die Menopause als Verfallserscheinung und Mangelzustand konstituiert wird (vgl. ebd.: 199). Der Widerstreit kann in der direkten Interaktion mit VertreterInnen des medizinischen Systems geschehen, aber auch in Form von alltäglichen Handlungspraxen, die sich den allgegenwärtigen gesellschaftlichen Zuschreibungen verwehren. Er kann unter lautem Protest in einer Öffentlichkeit ausgeübt werden oder im Stillen und Privaten erscheint. Die unterschiedlichen Ausprägungen widerständigen Handelns sollen im Folgenden rekonstruiert werden.

Emily Martin erläutert in ihrer Studie „Die Frau im Körper. Weibliches Bewusstsein, Gynäkologie und die Reproduktion des Lebens“ (1989), dass sich die in der Medizin entstandene Auffassung, „derzufolge die Menopause eine Kombination aus dem Zusammenbruch der zentralen Kontrollinstanz und dem Ende der Produktivität ist“, auf gesellschaftliche Vorstellungen über die Menopause übertragen hat und als Basis negativer Zuschreibungen fungiert (ebd.: 200). Sie verdeutlicht anhand des Symptoms Hitzewallung dass neben der körperlichen Veränderung vor allem die gesellschaftliche Zuschreibung zu einer Abwertung von Frauen in den Wechseljahren führt. In diesem Zusammenhang verweist Martin auf Formen der Verlegenheit, die die aufsteigende Hitze begleiten (vgl. ebd.: 202). Der Aspekt der Scham tritt auch in der Erzählung Christine A. hervor:

[...] ich mein es ist nicht . . . das ist so wie du eine Blähung überstehen musst (lacht) irgendwie so. Es ist ungut und du denkst dir mah die anderen schauen dich alle an (lacht) [...] (I.A. 369-370)

Der Vergleich der Wallung mit einer Blähung verdeutlicht die schamhafte Besetzung der aufsteigenden Hitze. Christine A. versucht den aufkommenden körperlichen

Zustand auszusetzen, vermutet aber, dass alle Anwesenden sie beobachten. Sie hofft, dass man ihr die körperliche Veränderung nicht anmerkt. Aufgrund ihrer Sichtbarkeit (durch Röte und Schweiß) löst die Hitzewallung jedoch eine Verlegenheit in Christine A. aus. Die Scham begrenzt sich aber nicht nur auf das Sichtbare sondern schließt auch das Riechbare mit ein. Ingrid D. beschreibt ihre Gefühle bezüglich der Hitzewallung folgendermaßen:

[...] Es ist halt nur peinlich, wenn man in irgendeinem Gespräch ist und auf einmal spürt man so, wie man von unten rot wird, und heiß wird und dann rinnt schon alles (lacht) (ID 90-91)

[...] ich hab dann immer das Gefühl, also wenn ich so einen extremen Anfall hab, dass ich dann zum Riechen anfangen also ich hab immer ein Deo mit und und schau halt das ich gut riech [...] (ID 234-235)

Die Unsicherheit bezüglich der Hitzewallung wird nicht nur aus der Erzählung, sondern auch im Gespräch selbst, durch das begleitende Lachen verdeutlicht. Martin erklärt anhand von Metaphern des Gegensatzpaares heiß/kalt, dass in westlichen Gesellschaften Rationalität und Macht der Kühle zugeordnet sind, während Ohnmacht und Emotionen mit Hitze in Verbindung gebracht werden (Martin 1989: 205f). Durch den „kulturellen Interpretationsrahmen“ von Hitzewallungen, so Martin, erfahren Frauen in der Menopause gesellschaftliche Zuschreibungen von Kontrollverlust und sozialer Unterordnung: „[...] diese Frauen werden gesehen als heiß und unterlegen, drunten und draußen“ (Martin 1989: 206). Die strukturellen negativen Zuordnungen von Hitze und Emotionen können laut Martin nur durch veränderte Handlungspraxen gebrochen werden, indem die Wallung nicht verheimlicht, sondern öffentlich benannt und ausgelebt wird (vgl. ebd.: 212). Dadurch vollzieht sich nicht nur eine Akzeptanz, sondern auch eine Aufwertung des körperlichen Zustandes. Brigitte W. beschreibt das Aufsteigen der Hitze ebenso wie Ingrid D. als unangenehmes Gefühl, jedoch begegnet sie der Hitze mit Strategien der Annahme und Sichtbarmachung:

[...]dass ich nebenbei Wallungen hab und manchmal im Winter in ein Geschäft rein geh, alle bumfest angezogen sind, mit Hauben und Schal und Fäustling und Stiefeln und ich in dem Moment überhaupt nicht mehr weiß, was ich tun soll weil

mir so heiß ist und ich am liebsten alles ausziehen würde und dort dann dass auch tu. Und sag, darf ich mir kurz den Sessel ausborgen und dort meine Klamotten hinbauen kann bis ich halt wieder rausgehen muss. (räuspert sich) Das sind schon auch ah Sachen oder das beeinflusst mich natürlich auch aber ich hab den Eindruck je offener ich das leb und je unverschämter ich das leb umso weniger berührt es mich dann auch. (I.W. 70-81)

Wie unter Kapitel 4.2.3 ausgeführt gestaltet der Wunsch, die Wechseljahre bewusst zu spüren und zu erleben, für Frau W. das wesentliche Motiv der Ablehnung einer Hormontherapie. Als Konsequenz kämpft sie um eine Umdeutung der Symptome, indem sie ihr Verhalten an die körperlichen Veränderungen anpasst. Anstatt der Verlegenheit, der durch „unverschämte“ Handlungspraxen zugekommen wird, tritt ein offener Umgang mit der Hitze. Durch ihr Verhalten nimmt sie sich den öffentlichen Raum und lässt so den Umstehenden gar keinen Platz für negative Zuschreibungen.

Eine Form widerständigen Handelns ist die ausgetragene Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Konventionen bezüglich der Wechseljahre. Durch die Erzählung von Brigitte W. wird deutlich, dass Strategien gegen strukturelle Zuschreibungen die **Sichtbarmachung der Symptome** aber auch das **bewusste Spüren und Erleben** umfassen können. Frau W. entgegnet dem unterstellten „Kontrollverlust“ (vgl. Martin 1989: 212) mit selbstbewusstem Auftreten. Die Bedingung für das widerständige Handeln im öffentlichen Raum bildet wiederum die Akzeptanz der körperlichen Veränderungen.

Widerstand gegen negative Zuschreibungen erscheint auch in der direkten Interaktion zwischen Patientin und VertreterInnen des medizinischen Systems. Dorothe L. musste im Zuge der Entfernung ihrer Gebärmutter erfahren, wie eng die Vorstellungen über Weiblichkeit und Körperfunktionen verwoben sind. Im Kapitel 2.2 habe ich beschrieben wie sich im 19. Jh. der reduktionistische Blick auf den Frauenkörper verbreitete und die Menopause zunehmend pathologisiert wurde. Wie dargelegt, rückte die Gebärmutter als Quelle der Weiblichkeit in den Fokus der Naturwissenschaften. In der Erzählung von Dorothe L. wird deutlich wie sich die Mythen um Weiblichkeit und Reproduktion beständig gehalten haben. Nachdem Frau L. aufgrund einer starken, lang anhaltenden

Blutung die Gebärmutter entfernt wurde, befand sie sich nicht nur abrupt in ihren Wechseljahren, sondern auch in einer Situation, in der ihre Weiblichkeit in Frage gestellt wurde:

Also auf jeden Fall, ich war ganz glücklich dass sie mir die Gebärmutter raus genommen haben. Hab bis zu diesem Zeitpunkt auch gar nichts gehabt, keine Wallungen, weil man sagt ja der Vorwechsel und so, ich hab damals noch nichts gehabt, und dann kommt die Psychologin am Tag bevor ich nach Hause gegangen bin, und hat gesagt: „Ja ich muss sie ja jetzt beraten.“ Sag ich: ‚Wieso müssen sie mich beraten?‘ Ich hab mir denkt vielleicht stimmt was nicht, naja weiß man’s, die Ärzte sagen einem ja nicht alles . und „Naja es ist jetzt so, sie sind ja jetzt keine normale Frau mehr“ . (atmet tief ein) und dann bin ich so ausgezuckt, dann habe ich so zum schreien angefangen hat, das die Schwester die Tür aufgerissen hat und hat gesagt: ‚Was ist denn da los?‘ Sag ich: „Zaht’s diese Frau hinaus, die ist nicht normal, die will mir einreden, ich bin keine normale Frau mehr.“ Ja dann ist der X kommen u n d da, der damals der Vorstand war, und hat halt auch versucht mich zu beruhigen und: ‚Um Gottes Willen‘ und und ‚Tun sie das nicht an die große Glocke hängen, das ist ja peinlich, also wir haben gar keine Ahnung, dass die so was zu jemanden schon gesagt hätte, und ja sind halt sehr sensibel.‘ Sag ich: „Ich bin nicht sensibel, das ist das Letzte was ich bin.“ Aber ich freu mir den Haxn aus, dass ich nie mehr a Regel hab und die sagt, ich bin keine normale Frau mehr. (I.L. 27-42)

Dorothe L. bewertet die Operation positiv und ist über den Wegfall ihrer Menstruation erleichtert. Zugleich wurde der Eingriff aber seitens einer Psychologin problematisiert. Die Unterstellung, dass sie durch die Operation ihrer Weiblichkeit beraubt wurde, teilte Dorothe L. nicht. Sie wehrte sich gegen diese Zuschreibung und begann zu schreien. Der Konflikt veranschaulicht den Kampf um Kontrolle und Definition über den weiblichen Körper. Der Widerstand äußert sich hier in lauter Konfrontation gegen VertreterInnen des medizinischen Systems. Die Psychologin nahm eine Kategorisierung vor, indem sie Frau L. attestierte, dass sie von der Norm abweiche und die Eigenschaften einer „richtigen“ Frau nicht mehr erfülle. Das Identitätsangebot der Psychologin wurde von Dorothe L. jedoch nicht realisiert. Sie positionierte sich gegen die Sprecherin des medizinischen Systems, indem sie ihrer Empörung und Wut durch lautes Schreien Luft machte. Der Vorgesetzte der Psychologin versuchte den Konflikt

dadurch zu schlichten, dass er einerseits von den Äußerungen der Psychologin Abstand nahm und andererseits der Patientin vermittelte, dass sie aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur den Vorfall zu sensibel wahrgenommen hätte. Folglich hatte Dorothe L. mit einer weiteren Stigmatisierung zu kämpfen. Sie wehrte sich auch diesmal und widersprach dem Arzt.

Beachtenswert an der Strategie von Dorothe L. ist ihr Versuch, die Definitionsmacht umzudrehen. Sie ist es nun, die eine andere Person als anormal definiert. Die Wirkmächtigkeit dieser Einordnung hält sich jedoch in Grenzen, denn Frau L. spricht nur für sich und nicht im Namen einer Institution.

Neben der Ablehnung von struktureller Zuschreibung, wird widerständiges Handeln auch durch die Verweigerung des ärztlichen Rates angewandt. Unter Punkt 4.2.2 wurde mit dem Phänomen „Non-Compliance“ bereits vorweggenommen, dass eine mögliche Strategie von Frauen die Inakzeptanz des ärztlichen Rates ist. Sowohl Dorothe L. als auch Ingrid D. verweigern, wenn auch aufgrund divergierender Motivationen und mit verschiedenen Strategien, die verordnende Hormontherapie ihrer Gynäkologen. Während Dorothe L. ihren Arzt mit ihrer Entscheidung konfrontiert, kommt es bei Ingrid D. zu einem stillen Wechsel zu einer anderen Gynäkologin.

Naja ich hab dann eigentlich, wie ich dann diese ganzen Informationen aus dem Internet herausgesucht habe über Hormone und dann eben mit der Freundin gesprochen hab, dann bin ich nicht mehr hingegangen zu dem Arzt . . . im Frühjahr war ich das letzte mal und nach dem Sommer war ich schon bei dieser Ärztin, bei der neuen Ärztin. - Der hab ich dann die Geschichte erzählt, hat sie gemeint, Naja es ist halt Schulmedizin mit Hormonen und so, aber wir können ja auch was anderes probieren. (I.D. 162-167)

Es kam folglich zu keinem ausgetragenen Konflikt wie bei Dorothe L. Die Unterlassung der Hormoneinnahme hatte den Abbruch des Verhältnisses zwischen Arzt und Patientin zur Folge. Als mögliche Ursache für die Entscheidung von Ingrid D. ihren Arzt nicht mit ihrem angeeigneten Wissen zu konfrontieren, kann die autoritäre Position, in der sich SprecherInnen eines Wissenschaftssystems befinden, betrachtet werden. Die Geschichte von Dorothe L. zeigt auf, welche Konsequenzen eine Konfrontation mit sich

bringen kann. Sie fühlt sich gegenüber seinen Worten ohnmächtig, da sie nicht mit einem Spezialwissen ausgerüstet, sondern nur aufgrund ihres Erfahrungswissens argumentieren konnte. Dieses hat jedoch wenig Platz in der medizinischen Wissensformation über Krankheit und Gesundheit.

Der Respekt vor der Autorität der ÄrztInnen kann sogar dazu führen, dass Patientinnen vordergründig die Verordnung ihres Arztes/ihrer Ärztin ausführen, im Geheimen jedoch die Medikation verweigern.

So erzählt mir **Elena V.** in einem Gespräch, das ich im Vorfeld meiner empirischen Erhebungen geführt habe, wie sich ihr Umgang mit einer ärztlichen Verordnung gestaltete. Sie hegt wenig Vertrauen in die medikamentöse Behandlung von Krankheiten, hat aber vor dem Berufsbild ÄrztIn großen Respekt. Frau V. hat zum Zeitpunkt des Gespräches ihre Wechseljahre bereits hinter sich. Ihre Erzählung eröffnet sie aber mit dem Beginn ihrer Ehe. Sie und ihr Mann versuchten vor mehr als 30 Jahren erfolglos ein Kind zu bekommen. Auf Empfehlungen von Freundinnen suchte Elena V. einen Gynäkologen auf, dem sie ihr Problem schilderte. Dieser verschrieb ihr die Pille über einen Zeitraum von sechs Monaten damit sich ihr Hormonhaushalt regulieren sollte:

Und dann hat er mir die Pille verschrieben . das war dort noch ganz neu . ich soll es ein halbes Jahr nehmen und dann absetzen. Und ich hab mir aber die Pille nie getraut zu nehmen (lacht) ich hab sie nie genommen, ich hab sie im Nachtkastel gelegt und ich hab sie aber nie genommen. Ich hab mir immer gedacht, vielleicht werde ich auch noch so schwanger und dann ist auch tatsächlich so geworden. Und die Tabletten habe ich später mal meiner Schwägerin geschenkt, die hat's dann genommen. (IV 36-41)

Obwohl es sich bei der stillen Verweigerung der Einnahme nicht um eine Ablehnung der Hormontherapie in den Wechseljahren handelt, habe ich die Passage gewählt um das Phänomen der „Pseudocompliance“ (vgl. dazu auch Retzer 1994: 117) als weitere widerständige Handlungspraxis zu erläutern. Elena V. täuscht die Einnahme der Pille nur vor, führt sie jedoch nicht aus. Sie holt sich regelmäßig das Rezept bei ihrem Arzt und die Tabletten aus der Apotheke. Als es jedoch zum Moment der Einnahme kommt,

verweigert sie und stellt die Antibabypille in einem Schrank ab. Offiziell befolgt sie die Empfehlung ihres Arztes im Heimlichen aber kommt es nie zur Anwendung der Antibaby Pille.

Auch in der ersten Falldarstellung (Ulrike E.) ereignet sich eine Art von „Pseudocompliance“. Vordergründig fügt sich Frau E. den Anweisungen des Arztes, die Hormoneinnahme zu reduzieren und schließlich zu beenden. Jedoch setzt sie die Hormontherapie nicht ab und erwägt des Weiteren die Dosis wieder zu erhöhen, sollten die Symptome wieder stärker werden. Sie ist bereit sich über die Empfehlung hinwegzusetzen, da ihr die positiven Effekte der Therapie wichtiger sind, als die möglichen Langzeitfolgen einer Hormoneinnahme. Auch sie befindet sich im Zuge ihrer Anwendung im Phänomen des „Pseudocompliance“. Während ihr Arzt davon ausgeht, dass sie die Medikation langsam reduziert, nimmt sie nun schon einige Zeit eine unveränderte Dosis ein und ist darüber hinaus auch bereit diese wieder zu erhöhen. Der Fall Ulrike E. unterscheidet sich von den anderen Interviewpartnerinnen wesentlich im Motiv und Ziel ihres widerständigen Handelns. Während die anderen Beispiele dargelegt haben, dass es sich bei den widerständigen Handlungen um einen Widerstreit gegen den medizinischen Diskurs der „Hormonisierung“ der Menopause handelt, kämpft Ulrike E. gegen die Schwächung der Wirkungsmacht dieses Diskurses an.

Die Ausprägungen widerständiger Handlungsformen haben gezeigt, dass sich der Widerstreit auf unterschiedlichen Ebenen bewegt. Es divergieren sowohl die Motive, die Ziele als auch die Erscheinungsorte und Erscheinungsformen widerständigen Handelns.

Frauen agieren gegen strukturelle Zuschreibungen mit lauten Methoden, indem sie ihre Symptome bewusst erleben und spüren und verweigern dadurch eine Aktualisierung des medizinischen Diskursstranges, der die Wechseljahre mit einer Mangelkrankung gleichsetzt. Widerständiges Handeln erscheint ebenso auf der interaktionalen Ebene zwischen ÄrztInnen und Patientinnen. Hier werden Strategien wie **Non-Compliance**, **Pseudocompliance**, der **Wechsel zu einem/einer neuen GynäkologIn**, angewandt. Die Nicht-Befolgung der medizinischen Verordnung und Einordnung kann konfrontativ sein aber auch lautlos vor sich gehen. Die aufgezählten Handlungsperspektiven verbindet der Kampf um die Definition und Steuerung des eigenen Körpers.

Im dritten Teil der vorliegenden Arbeit wurde das Verhältnis zwischen Subjekt und Diskurs theoretisiert. Die empirischen Ergebnisse haben den Blick auf die Umdeutung und Aktualisierung von Diskursen in alltäglich-lebensweltlichen Interaktionsprozessen erweitert. Die sozialen Akteurinnen verweigern oder akzeptieren Identitätseinordnungen und verhandeln aufgrund unterschiedlichster Orientierungsrahmen ihre Position innerhalb der konkurrierenden Diskurse mit.

5 Schlussfolgerungen

Durch die Verbindung bereits bestehender Untersuchungen zur sozialen Konstruktion der Wechseljahre mit der aktuellen Analyse subjektbezogener Handlungsorientierungen wurde in dieser Arbeit das Diskursfeld *Wechseljahre* aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet.

Die hegemonialen Vorstellungen über den dichotomen (Geschlechts)Körper prägten die Genese der Menopause und wurden in der Wissensproduktion innerhalb der Naturwissenschaften reproduziert. Die medizinische Determination der menopausalen Frau als mangelhaftes Wesen führte schließlich zu einer umfassenden Medikalisierung des weiblichen Körpers. Durch das Zusammenwirken von Gynäkologie, Laborwissenschaften und Pharmafirmen etablierte sich im 20. Jahrhundert die Hormontherapie als dominierende Behandlungsform der Wechseljahre. Zunächst wurde sie in den 1960er Jahren als Mittel zum Erhalt von Weiblichkeit und Jugendlichkeit beworben, und schon zwanzig Jahre später erhielt die hormonelle Behandlung von Frauen mittleren Alters als Präventivmaßnahme eine gesamtgesellschaftliche Bedeutung. Heute wird die Hormontherapie vordergründig zur Symptomlinderung empfohlen, jedoch halten sich die Mythen der vergangenen Jahrzehnte beständig, indem sie in den Werbestrategien der Pharmaindustrie noch immer genutzt werden (vgl. Duden 2002: 126). Die gegenwärtige Verteidigung der Hormontherapie findet in der Argumentation einer möglichst individuellen Medikation ihren Ausdruck. Aus meiner empirischen Untersuchung wurde jedoch deutlich, was diese Argumentation impliziert: Die Konsumentin muss sich durch einen unüberschaubaren Markt an (Hormon)Produkten durchtesten, bis sie an das passende Präparat gelangt.

Wie wirkmächtig die biomedizinische Determination des weiblichen Körpers ist, zeigt sich auch in den Daten meiner Erhebung. Die interviewten Frauen vermuten aufgrund physischer und psychischer Veränderungen, dass sie in den Wechseljahren

angekommen sind, aber erst der medizinische Test (Messung des Hormonstatus) sowie das medizinische Wort (Attestierung des Arztes/der Ärztin) lassen aus der Vermutung eine objektive Tatsache werden, die anschließend internalisiert und in die Selbstwahrnehmung aufgenommen wird. Der biomedizinische Diskurs der Wechseljahre nimmt nach wie vor eine Monopolstellung in der Betrachtung des eigenen Körpers ein. Jedoch handelt es sich um einen komplexen Prozess von Determinierung und Aktualisierung, der das Handeln der Individuen bestimmt. Denn die Handlungspraktiken der einzelnen Akteurinnen im Spannungsfeld medizinischer Objektivierungen und gesellschaftlicher Zuschreibungen fallen sehr heterogen aus. Die Normen und Vorstellungen der Individuen sind jeweils vom biografischen Hintergrund, dem Lebensumfeld sowie von persönlichen Erfahrungen geprägt. Die Strategien, mit denen die interviewten Frauen ihren Wechseljahren begegnen, fallen aufgrund unterschiedlicher Motivationen und Bedingungen sehr ungleich aus.

Neben den biografischen und lebensweltlichen Kontexten stellt vor allem die Figur des Arztes/ der Ärztin - als VertreterIn des medizinischen Systems - einen dominierenden Orientierungsrahmen zur Entscheidungsfindung dar. Das Verhältnis zwischen ÄrztIn und Patientin ist oft entscheidend für die Annahme oder Ablehnung einer Therapieempfehlung. Darüber hinaus ist auch die prinzipielle Einstellung zur Schulmedizin ausschlaggebend für die Wahl des Arztes oder der Ärztin. Es handelt sich hierbei um ein reziprokes Verhältnis. Denn erfährt die Beziehung zwischen Patientin und ÄrztIn eine negative Wendung, so ist auch das Vertrauen in die schulmedizinische Disziplin gefährdet. Genauso kann zudem ein biografisches Ereignis, wie die Diagnose einer Krankheit, sowie die selbstständige Aneignung von Wissen über die verordnete Behandlungsform zu einem Vertrauensbruch zwischen ÄrztIn und Patientin führen.

Zu den handlungsleitenden Bedingungen zählen außerdem der Grad der Belastung durch die Symptome, die Charakterisierung der Wechseljahre, die finanzielle Absicherung und die Risikowahrnehmung von Langzeitfolgen. Aus meiner Analyse ging deutlich hervor, dass das Wissen über Studien, die den Einsatz von Hormonen in den Wechseljahren kritisch betrachten, in das Alltagsbewusstsein durchgedrungen ist. Dazu kommt das Angebot alternativmedizinischer Behandlungsformen, welches ein weiteres Orientierungsschemata für das Handeln der Frauen anbietet. Als Konsequenz

der neuen handlungsleitenden Orientierungsrahmen werden die Wechseljahre als „natürlicher Prozess“ wahrgenommen und charakterisiert, der keiner schulmedizinischen Behandlung bedarf.

Die präsentierten Bedingungen wirken in ihrer Verknüpfung als komplexes Beziehungsgeflecht, das die Entscheidungsmuster der Individuen choreografiert. Ist die Entscheidung für (k)eine Behandlungsform getroffen, kommen unterschiedlichste Strategien zur Anwendung. So haben wir gesehen, dass Prozesse der Selbstermächtigung sowohl in Form von bewusster Steuerung der Hormontherapie als auch in der deutlichen Verweigerung einer Medikation erscheinen. Handlungspraktiken, wie das bewusste Spüren und Erleben der Wechseljahre, gehen einher mit Raumeinnahme und Umdeutung negativer struktureller Zuschreibungen. Widerstand gegen das medizinische System erfolgt zudem im privaten Rahmen, indem die medizinische Anweisung nicht umgesetzt wird (Pseudocompliance). Die Strategie des „Non-Compliance“ begleitet unterschiedliche Handlungsmuster. Die Nicht-Befolgung der medizinischen Verordnung kann in Form eines konfrontationslosen Wechsels zu einem/einer neuen GynäkologIn vor sich gehen, es kann jedoch auch zu einer heftigen Auseinandersetzung kommen, wenn die Patientin ihren Arzt oder ihre Ärztin mit ihrem Handlungsvorhaben konfrontiert.

Die vergleichende Analyse zeigt nicht nur wie verschiedenartig die Interaktionsmuster von Frauen in den Wechseljahren ausfallen können, sie verdeutlicht auch das Zusammenspiel einer Vielzahl an Bedingungen, die den Entscheidungsprozess leiten und zu bestimmten Handlungs-Strategien der sozialen Akteurinnen führen.

Der Frau im mittleren Alter stehen mehrere Optionen zur Verhandlung ihrer Wechseljahre zur Verfügung. In sozialwissenschaftlichen Zeitdiagnosen wird argumentiert, dass die Zunahme an Wahlmöglichkeiten in modernen Gesellschaften ein selbstbestimmtes Handeln ermöglicht. Allerdings entstehen durch die Vielfalt an Optionen neue Formen der Verantwortung. Nicht mehr die Institution, sondern das Individuum selbst wird für die Folgen seines Handelns verantwortlich gemacht. Die Frau *kann* sich nicht nur entscheiden, sie *muss* vielmehr aus den Optionen wählen. Denn eines sagt die Vielfalt an Behandlungsformen mit Sicherheit: Die Wechseljahre sind ein

Zustand, der einer Behandlung - in welcher Form auch immer - bedarf. Barbara Duden sieht als Konsequenz der vordergründigen Autonomie die Herausbildung einer neuen selbstverwalteten Konsumentin, die nach Abwägung unterschiedlicher Optionen eine informierte Entscheidung trifft: „Die ‚neue Wechseljahrsfrau‘ übernimmt Verantwortung indem sie sich richtig ernährt, bewegt und medikamentös hormonisiert“ (Groth 1997, zit. nach Duden 2002: 126).

Meine Interviewpartnerinnen entsprechen diesem deterministischen Bild nur zum Teil. Sport und Ernährung werden von den meisten Frauen als wichtige Aspekte in der gezielten Gestaltung des eigenen Körpers beschrieben. Die Analyse hat jedoch gezeigt, dass die hormonelle Behandlung der Wechseljahre, wenn auch aufgrund verschiedenartiger Gründe und Motive, von einem Großteil der Interviewpartnerinnen abgelehnt wird.

Der Bezug auf divergierende Orientierungsrahmen verdeutlicht, dass die Bedeutung der Wechseljahre aufgrund konkurrierender wissenschaftlicher Diskurse und widersprüchlichen Diskursstränge innerhalb der medizinischen Disziplin sowie durch das Aufkommen alternativmedizinischer Behandlungsformen neu verhandelt wird. Auch wenn die Rolle der Pharma-Industrie in der Wissensproduktion innerhalb der Naturwissenschaften nicht zu unterschätzen ist, so zeigen sich durchaus heterogene Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit den Optionen und darüber hinaus auch in der Betrachtung des eigenen Körpers.

6 Literatur

- Ahlheim, Karl-Heinz 1985: Duden. Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke. Mannheim/Wien/Zürich: Dudenverlag.
- Banks, Emily 2002: From dogs' testicles to mares' urine: the origins and contemporary use of hormonal therapy for the menopause. In: Emily Banks et al. (Hg.), *Drugs*. *Feminist Review* 72. United Kingdom: Palgrave Macmillan. S. 2-26.
- Berger, Peter L.; Luckmann, Thomas 2003: *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. 19. Auflage, Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Binder-Fritz, Christine 2002: Wechseljahre und Altern bei Maori-Frauen in Aotearoa/Neuseeland. In: Godula Kosack/Ulrike Krasberg (Hg.), *Regellose Frauen. Wechseljahre im Kulturvergleich*. Königstein/Taunus: Ulrike Helmer Verlag. S. 131-151.
- Bolte, Gabriele et al. 1996: *Lebensbilder LebensLügen. Leben und Sterben im Zeitalter der Biomedizin*. Hamburg: Verlag Libertäre Assoziation.
- Braun, Christina 2000: Gender, Geschlecht und Geschichte. In: Christina van Braun/Inge Stephan (Hg.), *Gender Studien. Eine Einführung*. Stuttgart/Weimar: Metzler Verlag. S. 16-57.
- Bublitz, Hannelore 2002: *Judith Butler zur Einführung*, Hamburg: Junius Verlag.
- Bublitz, Hannelore; Bürman, Andrea D.; Hanke, Christine; Andrea Seier (1999): *Diskursanalyse – (k)eine Methode? Eine Einleitung*. In: Bublitz, Hannelore; Bürman, Andrea D.; Hanke, Christine; Andrea Seier (Hg.), *Das Wuchern der Diskurse. Perspektiven der Diskursanalyse Foucaults*, Frankfurt/Main; New York: Campus Verlag
- Butler, Judith 1991: *Das Unbehagen der Geschlechter*, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Butler, Judith 1993: Für ein sorgfältiges Lesen. In: Benhabib/Butler/Cornell/Fraser, *Der Streit um Differenz. Feminismus und Postmoderne in der Gegenwart*, Frankfurt/Main: Fischer S.122-132
- Butler, Judith 1997: *Körper von Gewicht. Die diskursiven Grenzen des Geschlechts*, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Butler, Judith 2004: *Gender-Regulierungen*, tr. Doro Wiese. In: Ute Helduser, Daniela Marx, Tanja Paulik, Katharina Pühl (Hg.), *Under Construction?*

Konstruktivistische Perspektiven in feministischer Theorie und Forschungspraxis, Frankfurt/Main: Campus-Verl. S. 44-57.

Braidotti, Rosi 1996: Signs of Wonder and Traces of Doubt: On Teratology and Emodied Differences. In: Nina Lykke/Rosi Braidotti (Hg.), *Between Monsters Goddesses and Cyborgs. Feminist Confrontations with Science, Medicine and Cyberspace*. London/New Jersey: Zed Books. S. 135-153.

Charmaz, Kathy (2006): *Constructing Grounded Theory*. London: SAGE Publications Ltd.

Conrad, Peter 1992: Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology* 18. S.209-232.

Duden, Barbara 2002: Entkörperungen in der Moderne – Zur Genese des diagnostischen (Frauen-)Körpers zwischen Nachkrieg und heute. In: Ellen Kuhlmann/Regine Kollek (Hg.), *Konfiguration des Menschen. Biowissenschaft als Arena der Geschlechterpolitik*. Opladen: Leske + Budrich. S. 121-136.

Duden, Barbara 2002: Entkörperungen in der Moderne – Zur Genese des diagnostischen (Frauen-)Körpers zwischen Nachkrieg und heute. In: Ellen Kuhlmann/Regine Kollek (Hg.), *Konfiguration des Menschen. Biowissenschaft als Arena der Geschlechterpolitik*. Opladen: Leske + Budrich. S. 121-136.

Ehrenreich, Barbara/English Deidre 1990: The Secual Politics of Sickness. In: Peter Conrad/Rochelle Kern (Hg.), *The sociology of health & illness. Critical perspectives*. New York: St. Martin's Press. S. 270-285.

Faßler, Manfred 1997: Informations- und Mediengesellschaft. In: Georg Kneer/Armin Nassehi/Markus Schroer (Hg.), *Soziologische Gesesellschaftsbegriffe. Konzepte moderner Zeitdiagnosen*. München: Wilhelm Fink Verlag. S. 332-360.

Fausto-Sterling, Anne 2007: Dynamische Körper. Interview geführt von Ursula Wagner. In: An.schläge. *Das feministische Magazin*. Online unter: <http://www.anschlaege.at/2007/juliaugust07/dynamischekoerper.htm> zugegriffen am 10.02.2009.

Fausto-Sterling, Anne 1985: *Myths of Gender. Biological theories about women and men*. New York: Basic Books.

Fleck, Ludwik 1994: *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*. 3. Auflage, Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Foucault, Michel 2003 : *Die Ordnung des Diskurses*. 9. Auflage, München: Carl-Hauser Verlag.

Foucault Michel 1994: *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*, Frankfurt/Main: Suhrkamp.

- Foucault Michel 1983: Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit 1, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Foucault Michel 1993: Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel; Rux, Martin 1982: Wahrheit, Macht, Selbst. Ein Gespräch zwischen Rux Martin und Michel Foucault (25 Oktober 1982). In: Luther H. Martin, Huck Gutman und Patrick H. Hutton (Hg.), Technologien des Selbst. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag, S.15-24.
- Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm L. 1967: The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research. Chicago: Aldine.
- Greer, Germaine 1991: Wechseljahre. Düsseldorf/Wien/New York/Moskau: ECON Verlag.
- Greifeld, Katarina 2002: Wechseljahre aus biomedizinischer Sicht. In: Godula Kosack/Ulrike Krasberg (Hg.), Regel-lose Frauen. Wechseljahre im Kulturvergleich. Königstein/Taunus: Ulrike Helmer Verlag. S. 13-24.
- Groth, Sylvia 1992: Hitze...und Wut. Die Medikalisierung der Wechseljahre. AltersWachSinn. Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis, 1992, Jg. 15, Heft 33, S. 51-65.
- Groth, Sylvia 1997: Die Hormonisierung der Wechseljahre: Vom Defizitansatz zum selbstbestimmten Umgang. Manuskript zur Ringvorlesung Graz Mai 1997, S. 9.
- Gugutzer, Robert 2002: Leib, Körper und Identität. Eine phänomenologisch-soziologische Untersuchung zur personalen Identität. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag GmbH.
- Hemminki, Elina 2004: Der Kampf um die Hormontherapie in: Ingeborg Jahn (Hg.) Wechseljahre multidisziplinär. Was wollen Frauen - was brauchen Frauen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 28. Bremen, Schwäbisch Gmund. Online unter: http://media.gek.de/downloads/magazine/Edition_28_Wechseljahre_03_2004.pdf zugegriffen am 1.07.08. S. 163-171.
- Hitzler, Ronald; Honer, Anne 1997: Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Eine Einführung. München: Leske + Budrich..
- Jacob, Rüdiger 1995: Krankheitsbilder und Deutungsmuster. Wissen über Krankheit und dessen Bedeutung für die Praxis. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Jäger, Siegfried 2001: Diskurs und Wissen. Theoretische und methodische Aspekte einer Kritischen Diskurs- und Dispositivanalyse. In: Reiner Keller, Andreas Hirsland, Werner Schneider, Willy Viehöver (Hg.), Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Opladen: Leske + Budrich. S.81-113.

- Jäger, Ulle 2004: Der Körper, der Leib und die Soziologie. Entwurf einer Theorie der Inkorporierung. Königstein/Taunus: Ulrike Helmer
- Keller, Reiner 2001: Wissenssoziologische Diskursanalyse in: Reiner Keller, Andreas Hirsland, Werner Schneider, Willy Viehöver (Hg.), Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Opladen: Leske + Budrich. S.113-145.
- Keller, Reiner 2004: Diskursforschung. Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen. Opladen: Leske + Budrich.
- Klinge, Inke 2002: Gespräche von Frauen über Wechseljahre und Osteoporose im Internet. In: Godula Kosack/Ulrike Krasberg (Hg.), Regel-lose Frauen. Wechseljahre im Kulturvergleich. Königstein/Taunus: Ulrike Helmer Verlag. S. 51-63.
- Kolip, Jens; Bucksch, Jens; Deitermann, Berdihilde 2002: Hormontherapie in den Wechseljahren - Analyse der Webseiten von Gynäkologinnen und Gynäkologen zum Thema Wechseljahre/Hormontherapie. Projekt im Auftrag des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO). Online unter: http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/gesundheitsversorgung/website_studie.pdf zugegriffen am 01.07.2008
- Landwehr, Achim 2001: Geschichte des Sagbaren. Einführung in die historische Diskursanalyse. Tübingen: edition diskord.
- Lemke, Thomas 2003: Einige Anmerkungen zur Kritik des genetischen Reduktionismus. In: Marianne Pieper, Encarnación/Gutiérrez Rodríguez (Hg.), Gouvernamentalität. Ein sozialwissenschaftliches Konzept in Anschluss an Foucault. Frankfurt/Main: Campus Verlag. S. 22-32.
- Leysen, Bettina 1996: Medicalization of Menopause: From 'Feminine Forever' to 'Healthy Forever'. In: Nina Lykke/Rosi Braidotti (Hg.), Between Monsters Goddesses and Cyborgs. Feminist Confrontations with Science, Medicine and Cyberspace. London/New Jersey: Zed Books. S. 173-192.
- Litschgi, Mario 2001: Gründe für Noncompliance und Nonakzeptanz der HRT und Möglichkeiten der Veränderung. In: Journal für Menopause. Zeitschrift für diagnostische, therapeutische Aspekte im Klimakterium. S. 13-18. Online unter: <http://www.kup.at/kup/pdf/680.pdf> zugegriffen am 10.03.2009.
- Lock, Margaret 2002: Lokale Biologien und globale Menopausen. Strategien für alternde Gesellschaften. In: Barbara Duden/Dorothee Noeres (Hg.), Auf den Spuren einer technogenen Welt. Opladen: Leske + Budrich. S. 279-315.
- Love, Susan 1997: Das Hormonbuch. Frankfurt am Main: Wolfgang Krüger Verlag.
- Lupton, Deborah 2006: Medicine as Culture. 2. Auflage, London/California/New Dehli: SAGE Publications Inc.

- Luzuy, Frank 2007. Hormonersatztherapie Notwendigkeit einer Neubeurteilung der Risiken in: *Journal für Menopause* 2007; 14 (3) (Ausgabe für Österreich). S. 16-18.
- Lupton, Deborah 2006: *Medicine as Culture*. 2. Auflage, London/California/New Dehli: SAGE Publications Inc.
- Lykke, Nina; Braidotti, Rosi 1996: Postface. In: Nina Lykke/Rosi Braidotti (Hg.), *Between Monsters Goddesses and Cyborgs. Feminist Confrontations with Science, Medicine and Cyberspace*. London/New Jersey: Zed Books. S. 242-250.
- Matin, Emily 1989: *Die Frau im Körper. Weibliches Bewusstsein, Gynäkologie und die Reproduktion des Lebens*. Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- Mühlhauser, Ingrid; Meyer, Gabriele 2004: Hormontherapie in den Wechseljahren-kritische Blicke auf die Evidenzbasis. In: Ingeborg Jahn (Hg.), *Wechseljahre multidisziplinär. Was wollen Frauen - was brauchen Frauen*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 28. Bremen, Schwäbisch Gmund. Online unter: http://media.gek.de/downloads/magazine/Edition_28_Wechseljahre_03_2004.pdf zugegriffen am 1.07.08. S. 163-171.
- Müller-Rockstroh, Babette 2002: Die biomedizinische Konstruktion der Wechseljahre. In: Godula Kosack/Ulrike Krasberg (Hg.), *Regel-lose Frauen. Wechseljahre im Kulturvergleich*. Königstein/Taunus: Ulrike Helmer Verlag. S. 36-51.
- Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006. Verfasst vom Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung. Nachdruck Wien, im März 2008. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ) (Hg.), Online unter: http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/0/7/4/CH0619/CMS1192461409622/frauengesundheitsbericht_-_langfassung.pdf zugegriffen am 01.07.2008
- Oudshoorn, Nelly 1994: *Beyond the natural body. An Archaeology of Sex Hormones*. London and New York: Routledge.
- Oudshoorn, Nelly 2004: Die natürliche Ordnung der Dinge? Reproduktionswissenschaften und die Politik des „Othering“. In: Ilse Lenz et al. (Hg.), *Reflexive Körper? Zur Modernisierung von Sexualität und Reproduktion*. Opladen: Leske + Budrich S. 241-254.
- Pschyrembel, Willibald 2004: *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*. Berlin: Gruyter.
- Richters, Annemiek 2002: Wechseljahre aus biomedizinischer Sicht. In: Godula Kosack/Ulrike Krasberg (Hg.), *Regel-lose Frauen. Wechseljahre im Kulturvergleich*. Königstein/Taunus: Ulrike Helmer Verlag. S. 13-23.

- Retzer, Arnold 1994: Compliance, Krankheitstheorien und familiäre Interaktion. In: Helm Stierlin/Josef Duss-von Werdt (Hg.), Familiendynamik. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemorientiert Praxis und Forschung. Stuttgart: Klett-Cotta. Jg. 19, Heft 2, S. 101-121.
- Rosenthal, Gabriele 2005: Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. Weinheim und München Juventa Verlag.
- Sarasin, Philipp 2001: Diskurstheorie und Geschichtswissenschaft in: Reiner Keller, Andreas Hirsland, Werner Schneider, Willy Viehöver (Hg.), Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Opladen: Leske + Budrich, S.53-81.
- Schäfer, Lothar/Schnelle, Thomas 1994: Ludwik Flecks Begründung der soziologischen Betrachtungsweise in der Wissenschaftstheorie. In: Fleck Ludwik, Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. 3. Auflage, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Schroer, Markus 1997: Individualisierte Gesellschaft. In: Georg Kneer/Armin Nassehi/Markus Schroer (Hg.), Soziologische Gesellschaftsbegriffe. Konzepte moderner Zeitdiagnosen. München: Wilhelm Fink Verlag. S.157-184.
- Sourbut, Elisabeth 1996: Gynogenesis: A Lesbian Appropriation of Reproductive Technologies. In: Nina Lykke/Rosi Braidotti (Hg.), Between Monsters Goddesses and Cyborgs. Feminist Confrontations with Science, Medicine and Cyberspace. London/New Jersey: Zed Books. S. 227-241.
- Stolzenberg, Regina/ Sachse, Christina 2005: Hormongaben vor, während und nach den Wechseljahren: Soziale Faktoren und Alternativen. Expertise für die Enquetekommission. Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen. Online unter: http://www.frauengesundheit-nrw.de/ges_them/wechsel/ExpertiseStolzenberg.pdf zugegriffen am 23.08.2008.
- Strauss, Anselm L.; Corbin, Juliet 1999: Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union.
- Villa, Paula-Irene 2000: Sexy Bodies. Eine soziologische Reise durch den Geschlechtskörper. Opladen: Leske+Budrich.
- Villa, Paula-Irene 2003: Judith Butler, Frankfurt/Main: Campus-Verlag.
- Wilson, Robert A. 1966: Die vollkommene Frau. München: Kindler Verlag.
- van Wingerden, Ineke 1996: Postmodern Visions of the Postmenopausal Body: The Apparatus of Bodily Production and the Case of Brittle Bones. In: Nina Lykke/Rosi Braidotti (Hg.), Between Monsters Goddesses and Cyborgs. Feminist Confrontations with Science, Medicine and Cyberspace. London/New Jersey: Zed Books. S. 192-207.

- Wöllmann, Torsten 2004: Andrologie und Macht: Die medizinische Neuerfindung des Männerkörpers. In: Ilse Lenz et al. (Hg.), Reflexive Körper? Zur Modernisierung von Sexualität und Reproduktion. Opladen: Leske + Budrich S. 255-281.
- Zoglauer, Nora 2005: Konstruktion Menopause - Gendered Mataphors. Vegeschlechtliche Analogien in den Naturwissenschaften. Endokrinologie und der HRT-Diskurs in den Österreichischen Printmedien. Diplomarbeit.
- Zola, Irving Kenneth 1990: Medicine as an Institution of Social Control. In: Peter Conrad/Rochelle Kern (Hg.), The sociology of health & illness. Critical perspectives. New York: St. Martin's Press. S. 398-409.

Anhang

Tabellen

Darstellung des Konsumverhaltens, Familienstand und der beruflichen Tätigkeit anhand von drei Tabellen:

Tabelle 1: Einnahme von Produkten in den Wechseljahren:

Interviewte Person	Momentane Einnahme von Hormonpräparaten	Vergangene Einnahme von Hormonpräparaten	Einnahme von Homöopathischen Arzneimitteln	Keine Einnahme von Hormonpräparaten
Christine A.			x	x
Isabella C.			x	x
Ingrid D.		x	x	
Brigitte W.			x	x
Dorothe L.		x		
Ulrike E.	x		x	
Andrea G.				x

Drei der sieben Befragten haben Erfahrungen mit dem Konsum von Hormonpräparaten. Fünf Personen nehmen Homöopathische Produkte zu sich. Drei dieser fünf Personen haben auch Erfahrungen mit Hormonpräparaten.

Das Lebensumfeld wird in Tabelle 2 und Tabelle 3 durch die Faktoren Familienstand und berufliche Tätigkeit dargestellt:

Tabelle 2: Familienstand zum Zeitpunkt des Interviews:

Interviewte Person	Ohne Partnerschaft, mind. ein Kind	In einer Partnerschaft, kinderlos	In einer Partnerschaft, mind. ein Kind	Mind. ein Enkelkind
Christine A.			x	
Isabella C.	x			
Ingrid D.	x			x
Brigitte W.	x			
Dorothe L.			x	
Ulrike E.			x	x
Andrea G.			x	x

Alle Interviewpartnerinnen haben mindestens ein Kind, zwei der befragten haben bereits ein Enkelkind. Fünf der sieben Personen leben mit einem Partner im gleichen Haushalt zusammen.

Die berufliche Tätigkeit ist in Tabelle 3 formal erfasst. Vier Personen sind erwerbstätig, drei sind in Pension:

Tabelle 3: Berufliche Tätigkeit zum Zeitpunkt des Interviews:

Interviewte Person	Unselbstständig erwerbstätig	Selbstständig erwerbstätig	Pensioniert
Christine A.	x		
Isabella C.		x	
Ingrid D.			x
Brigitte W.	x		
Dorothe L.			x
Ulrike E.			x
Andrea G.	x		

Transkriptionszeichen

...	Pause (pro Sekunde ein Punkt)
<u>Nein</u>	Betonung
n e i n	gedehnte Sprechweise
(. . .)	Unverständliches (pro Punkt ein Wort)
(nein)	unsichere Transkription
>Telefon läutet<	Situationspezifische Geräusche
(lacht)	nichtverbale Äußerungen

Curriculum Vitae

I Persönliche Daten

Name	Bakk. Veronika Eberhart
Adresse	Theobaldgasse 11/5-6 A-1060 Wien
E-Mail	veberhart@gmx.de
Geburtstag	20. April 1982
Geburtsort	Bad Radkersburg
Staatsangehörigkeit	Österreich

I Ausbildung

seit Okt. 2006	· Klasse für Konzeptuelle Kunst, Prof. Marina Grzanic, Akademie der bildenen Künste Wien
Sept. 2005–März 2006	· Studium der Soziologie und Kulturwissenschaften an der University of Copenhagen Denmark
seit Okt. 2002	· Studium der Soziologie an der Universität Wien Abschluss als Bakk. phil. (Nov. 2006) Schwerpunkt auf Gender Studies, Cultural Studies und qualitative Sozialforschung
2001–2002	· Ausbildung zur Multimedia Producerin Abschluss mit Diplom sae College, Wien
1996–2000	· Bundesoberstufenrealgymnasium mit Instrumentalunterricht, Bad Radkersburg

I Arbeitserfahrungen

- | | |
|------------------|---|
| Dezember 2008 | · Mitarbeit an einer qualitativen Studie für den österreichischen Familienbericht (qualitative Datenanalyse) |
| März-August 2008 | · Transkription von Interviews für eine Studie über frauenfreundliche Betriebe in Wien. In Auftrag gegeben vom Kompetenzzentrum für Soziale Arbeit GmbH. |
| September 2007 | · Protokollführung beim Workshop zum Thema: „Entstehung und Bestand von Wiener Musikszenen“ an der Universität für Angewandte Kunst /Institut für Kunst- und Kultursoziologie |
| März-August 2007 | · Transkription von Interviews für eine Studie zum Thema: „Entstehung und Bestand von Wiener Musikszenen“ In Auftrag gegeben von der Universität für Angewandte Kunst /Institut für Kunst- und Kultursoziologie |
| 2007 und 2005 | · Mitwirkung bei der Organisation der Ladyfeste in Wien 2005 und 2007 |
| Juli–August 2005 | · Ausstellungsaufbau und Ausstellungsbetreuung Kunstverein Medienturm, Ovalhalle /MQ Wien |
| August–Okt 2004 | · Praktikum in der Radioredaktion Opole Institut für Auslandsbeziehungen, Opole, Polen |
| Jänner–Juli 2003 | · Kundenbetreuung im Verkauf Humana, Wien |
| Juli–August 2002 | · Kundenbetreuung im Verkauf Brighton Pier Company, Brighton, England |
| Mai – Juli 2002 | · Assistenz bei CD-Rom-Erstellungen Bildbearbeitung (Adobe Photoshop) tinrabbits, Wien |