

1. Das Forschungsfeld: Körper und Geschlecht

Viagra wird hier als pharmakologisches Mittel verstanden, mit Hilfe dessen auf den Körper eingewirkt werden kann und das sich spezifisch auf den männlich vergeschlechtlichten Körper richtet. Damit lässt sich Viagra am Kreuzungspunkt zweier Felder verorten: der Modifikation von Körperlichkeit auf der einen und der Herstellung von Geschlecht bzw. Männlichkeit auf der anderen Seite. Körper und Geschlecht bilden somit das Forschungsfeld, dem sich die vorliegende Studie widmet. Für beide Felder gilt, dass die selbstverständliche Annahme einer naturgegebenen menschlichen Körperlichkeit in den vergangenen Jahrzehnten in Frage gestellt wurde. Im Zuge feministischer Dekonstruktion, aber auch in Auseinandersetzung mit neuen (biomedizinischen) Gestaltungsmöglichkeiten, werden sowohl Körper als auch Geschlecht zunehmend als veränderbar gedacht und nicht länger als Basis, sondern als Effekt sozialer Praxis verstanden (vgl. Hirschauer 1989: 101). Diese veränderte Perspektive rückt Körperlichkeit und Geschlecht überhaupt erst in den Fokus der Soziologie und bildet eine grundlegende Voraussetzung meiner Arbeit.

Das folgende Kapitel untersucht anhand von Geschlecht bzw. Männlichkeit und Körperlichkeit die gesellschaftlichen Zusammenhänge, die den Erfolg von Viagra rahmen. Insgesamt ist mein Blick auf Körper und Geschlecht durch zwei Forschungsperspektiven geprägt, die im ersten Unterkapitel vorangestellt werden: einen körperhistorischen Blick auf die Etablierung naturalisierter Körperlichkeit und Zweigeschlechtlichkeit und ein sich daraus ergebendes Interesse für die fortlaufende Herstellung von Körperlichkeit und Geschlecht im Zuge von Praktiken (1.1). Das Unterkapitel „Männlichkeit/en herstellen“ blickt aus Perspektive der Geschlechterforschung auf Körperlichkeit: ausgehend von Geschlecht als sozialer Konstruktion und Handlungspraxis analysiere ich auf Basis gegenwärtiger Männlichkeitstheorien männlich vergeschlechtlichte Körperlichkeit und frage danach, inwiefern diese für die Entwicklung, Vermarktung und Verwendung von Viagra von Relevanz ist (1.2). Das Unterkapitel „Körper herstellen“ geht von der Körpersoziologie aus. Es zeigt Medikamente als spezifische Form der Körpermodifikation und untersucht, inwiefern Praktiken der Körpermodifikation – in Gestalt von Medikalisierungsprozessen oder in neuen Ansprüchen an eine Arbeit am Körper – auch für Männer an Bedeutung gewinnen (1.3).

1.1 Forschungsperspektiven

Zwei Forschungsperspektiven sind für meine Arbeit leitend: zum einen ein konstruktivistischer Blick auf die historische Herstellung ‚moderner‘, naturalisierter Körperlichkeit und Zweigeschlechtlichkeit zu Beginn der Neuzeit, zum anderen eine praxeologische Perspektive auf die gegenwärtige, fortlaufende Konstruktion von Körperlichkeit und Geschlecht im Alltag. Beide Forschungsperspektiven sollen hier in ihren Grundzügen vorgestellt werden.

1.1.1 *Historische Rekonstruktion naturalisierter Körperlichkeit und Zweigeschlechtlichkeit*

Im Alltagsverständnis erscheinen Körper als biologisch gegeben. Zweigeschlechtlichkeit gehört zu den charakteristischen Merkmalen dieser ‚natürlichen‘ Körperlichkeit. Aus geschlechtertheoretischer und (körper-)soziologischer Perspektive lässt sich diese Alltagsvorstellung als historisch entstanden rekonstruieren. Den Körper jenseits seiner kulturellen und sozialen Modellierungen gibt es nicht, so fasst es Markus Schroer in seinen grundsätzlichen Überlegungen zur neu entstehenden Körpersoziologie. Körper sind demnach das, was in den verschiedenen Zeitaltern, Gesellschaften und Kulturen darunter verstanden wurde und wird (vgl. Schroer 2005b: 25). Dennoch existiert in den Alltagsvorstellungen ein Bild des menschlichen Körpers, das dessen Aufbau und Funktionen sowie seine Entwicklung im Laufe des Lebens als biologisch fundiert und damit als gegeben und a-historisch versteht. Die Geschlechterdifferenz ist dabei eines der zentralen Merkmale. Diese im Rahmen humanwissenschaftlicher Diskurse des 19. Jahrhunderts entstandene Vorstellung möchte ich hier in Anlehnung an Barbara Orland als „moderne“ Körperlichkeit“ bezeichnen (vgl. Orland 2005: 14). Das Kapitel hat die historische Entstehung dieser Art von Körperlichkeit zum Gegenstand und zeichnet nach, wie sich vermittelt durch Anatomie und Klinik die Idee einer biologisch bestimmten invarianten und zweigeschlechtlichen Körperlichkeit entwickelt hat. Historisch spezifisches Körperwissen und entsprechende Körperwahrnehmungen wurden im Zuge dieses Prozesses naturalisiert. Die Polarisierung von Natur und Kultur sowie die Geschlechterdifferenz sind für die Ausbildung dieser Vorstellung von Körperlichkeit konstitutiv.

Wichtig für meine Arbeit ist diese – zumindest überblicksartige – Rekonstruktion aus zwei Gründen. Mit Blick auf Körpermodifikationen geht es mir erstens darum, die gegenwärtig häufig konstatierte Veränderung im Zugriff auf Körperlichkeit (zum Beispiel durch Mittel wie Viagra) zu verorten: Die ‚moder-

ne‘ Körperlichkeit ist tatsächlich tiefgreifenden Veränderungen unterworfen. Eine Vielzahl biotechnologischer und biomedizinischer Wissensbestände und Technologien ermöglichen neuartige Zugriffsmöglichkeiten auf den Körper. Auch in Alltag und Freizeit sind verstärkt Praxen der Formung und Ästhetisierung des Körpers zu beobachten. Vor dem Hintergrund der historischen Konstruktion ‚moderner‘ Körperlichkeit wird allerdings deutlich, dass diese unterschiedlichen Zugriffsmöglichkeiten nicht einen natürlichen, sondern einen naturalisierten Körper treffen. Neue Techniken überschreiten nicht die Grenze der Natur, sondern sie machen die Grenzziehungen zwischen Natur und Kultur, die gegenwärtig als grundlegend gelten, sichtbar und stellen sie in Frage (vgl. z.B. Sarasin 2001; Rheinberger 1996; Latour 2008, 2010). Mit Blick auf Männlichkeit lässt sich zweitens zeigen, dass der gegenwärtige Fokus auf den männlichen Körper eine neue Entwicklung ist. Im Zuge der Neuverhandlung der Geschlechterordnung bildet sich eine neue Aufmerksamkeit für den Männerkörper heraus – dieser gilt nicht länger als Norm, sondern ebenso wie der weibliche Körper als modifizierbar und veränderungsbedürftig. Auch Männer werden nun als vergeschlechtlicht adressiert. Die im Prozess der Konstitution von Zweigeschlechtlichkeit verankerte Gleichsetzung von Weiblichkeit mit dem Körper und Männlichkeit mit dem Geist ist mitsamt der daran anschließenden polarisierten Zuschreibungen in Veränderung begriffen (vgl. Meuser 2003; Rosenfeld/Faircloth 2006; Wöllmann 2008).

Die Etablierung des naturalisierten Körpers ist eingebettet in einen Prozess gesellschaftlicher Umbrüche, in dem mit dem irdischen Leben auch der Körper an Bedeutung gewann. Wie sich in diesem Zusammenhang die für die Moderne maßgebliche Vorstellung von Körperlichkeit innerhalb neuer Koordinaten von Natur und Kultur entwickelte, werde ich im folgenden Teil im Anschluss an Michel Foucault und Arbeiten, die sich auf ihn beziehen, nachzeichnen. Foucaults Arbeiten haben entscheidend zu einer Historisierung des Körpers beigetragen: Die vermeintlich invariante biologische Gestalt des Körpers wurde demnach innerhalb von Anatomie, Klinik und den entstehenden Naturwissenschaften etabliert (vgl. Foucault 2005; Duden 1987). Durch die Verknüpfung von Wissen und Macht wurde die disziplinäre Zurichtung produktiver und unterworfenen Körper ermöglicht (vgl. Foucault 1994, 1983). Im Zuge dieser Entwicklungen wurde der moderne Körper gleichzeitig als Geschlechtskörper definiert. Die Geschlechterdifferenz, so werde ich im Anschluss an Claudia Honegger argumentieren, ist konstitutiv für die Naturalisierung moderner Körperlichkeit und deren Verortung innerhalb der getrennten Sphären von Natur und Kultur (vgl. Honegger 1991; siehe auch Bublitz 1998). Geschlecht kann als Instrument und Effekt von Naturalisierungsprozessen verstanden werden.

Die moderne Vorstellung menschlicher Körperlichkeit ist eng verknüpft mit der aufkommenden Idee eines wissenschaftlichen Diskurses über das Individuum, die Foucault in unterschiedlichen Werken untersucht. Ein auf sich selbst gestellter Mensch, der zugleich Subjekt des Wissens und Objekt der Erkenntnis ist, war innerhalb der Erfahrung der Renaissance nicht denkbar (vgl. Foucault 2005: 208; Kögler 1994: 44ff.). Die zeitgenössischen Selbst- und Körpererfahrungen muten aus heutiger Perspektive entsprechend fremd an. Barbara Duden analysiert sowohl die Soziogenese des modernen Körpers als auch die damit einhergehenden Veränderungen der Körperwahrnehmung in ihrer „Geschichte unter der Haut“. Anhand der um 1750 entstandenen Aufzeichnungen eines Eisenacher Arztes über die Leiden seiner Patientinnen rekonstruiert sie deren „epochenspezifische Körperwahrnehmung“ (Duden 1987: 12): im undurchsichtigen Leib, so Duden, geschehen Metamorphosen, die sich nach außen durch Zeichen bemerkbar machen. Der Sinn der Körperöffnungen zum Beispiel lag darin, einen Ausgang für Flüsse von Materie aus dem Inneren des Körpers zu bieten. Die Körperwahrnehmung war durch ein kontinuierliches Fließen dieser unterschiedlichen Stoffe gekennzeichnet. Äußere Flüsse wurden als heilsam betrachtet, weil sie dazu beitrugen, das Gleichgewicht der Säfte zu erhalten und Ungutes ‚auszuschwemmen‘ – dementsprechend wurde gefürchtet, das innere Fließen könne durch Angst oder Zorn ins Stocken geraten.

„Um sich zu erholen, um sich zu kräftigen, mußte der alte Körper ‚fließen‘ – Eiter, Blut, Schweiß mußten aus ihm getrieben werden, [...] denn ‚früher oder später führen die im Körper verbliebenen Säfte zu beängstigenden Leiden‘.“ (ebd.: 30)

Insgesamt lässt sich diese Art der Körperlichkeit als in ein Netz sozialer Beziehungen eingebettet verstehen: Zwischen dem unsichtbaren Inneren und dem Makrokosmos bestanden tief verwurzelte Bezüge, die sich im medizinischen Denken, insbesondere in der Humoralpathologie, spiegelten. Der Körper, so analysiert es Foucault in „Die Geburt der Klinik“ wurde innerhalb dieses Rahmens nicht als Ursprungs- bzw. Verteilungsraum von Krankheit aufgefasst. Vielmehr ließen sich Symptome von Krankheiten so lesen, dass diese als Exemplar einer biologischen Art klassifiziert und daraus ihr wesenhafter Verlauf vorausgesagt werden konnte (vgl. Foucault 2005: 20ff.). Eine Krankheit galt deshalb als die ideale Zusammensetzung ihrer einzelnen Elemente; Einflüsse von Patient_innen oder Ärzt_innen konnten lediglich ihren idealtypischen Verlauf stören oder verwirren (vgl. ebd.: 25). Foucault analysiert die Entstehung des ‚modernen‘ Körpers der Anatomie und Physiologie als grundlegende Veränderung des ärztlichen Blicks und als eine damit verbundene Umstellung von Wissensformen. Wurden Krankheiten zu Beginn des 18. Jahrhunderts noch im Rahmen des der Botanik entlehnten Modells des Tableaus gedacht, rückte mit

den politischen Diskursen der französischen Revolution die klinische Beobachtung ins Zentrum medizinischen Wissens. Die Vermittlung zwischen den Klassifikationen der Krankheiten und der Wahrnehmung individueller Fälle wurde erforderlich. Eine Übereinstimmung der unterschiedlichen Methoden der Anatomie und der Klinik konnte erst durch eine Neukonzeption von Krankheit erzielt werden: Krankheit wird nun als Verbindung von Funktionsveränderungen und Organveränderungen im Körper aufgefasst. Indem analysiert wird, welche Veränderungen die Krankheit und welche der Tod im Körper auslösen, kommen der Raum der Krankheit und der Raum des Organismus zur Deckung. (vgl. ebd.: 186ff.). Foucaults Lesart ermöglicht es, mit der herkömmlichen medizinisch-geschichtlichen Annahme, die Medizin habe sich von Aberglauben und Phantasie abgewendet und sei zu objektiver Wahrheit gelangt, zu brechen und eine Geschichte des durch die Medizin beschriebenen und hervorgebrachten Körpers zu schreiben (vgl. Duden 1987: 14ff.). Im Mittelpunkt stehen nicht länger die Entdeckungen der Medizin, sondern vielmehr die Objektivierung des Körpers durch einen neuartigen medizinischen Blick.

Medizinisch vermittelt ist auch die Ablösung der naturrechtlich basierten Geschlechterordnung durch naturwissenschaftlich-biologische Kategorien, die Honegger für das 18. Jahrhundert beschreibt. Während die ältere Anatomie Männer- und Frauenkörper nicht als unterschiedlich auffasste, sondern von einer strukturellen Übereinstimmung männlicher und weiblicher Geschlechtsorgane ausging, ist die Entstehung moderner Körperlichkeit von einer systematischen Festschreibung von Geschlechterdifferenz in jedem Teil des Körpers geprägt (vgl. Honegger 1991; Laqueur 1992; Bublitz 2012). Auch wenn die historische Geradlinigkeit dieses Wandels vom Ein-Geschlechter- zum Zwei-Geschlechter-Modell inzwischen durchaus hinterfragt wird (vgl. z.B. Klöppel 2012) lässt sich eine grundlegende Polarisierung der Geschlechter nachweisen. Der Annahme folgend, dass die Wahrheit des Menschen in seiner Körperlichkeit verborgen und ‚sezierbar‘ sei, verankerte die vergleichende Anatomie Verschiedenheit physiologisch. In unmittelbarem Anschluss wurden die beschriebenen Unterschiede mittels Analogien zur Behauptung von Wesensunterschieden genutzt.

„Es scheint tatsächlich ungemein einfach zu sein, die psychischen Eigentümlichkeiten des Weibes aus dem Somatischen abzuleiten. Schon der schwächere Körper bedeutet das schwächere Geistesvermögen, die weichen Fibern weisen auf den weichen Charakter hin. Die kleineren Lungen künden von der größeren Furcht, die schlafferen Muskeln vom schlafferen Willen, der stete Wechsel der Geschlechtsverrichtung kündigt von der Launenhaftigkeit, das Unvollkommene des Geschlechtsapparates vom Schamgefühl usw.“ (Honegger 1991: 206)

Jedem körperlichen Phänomen kommt innerhalb dieser Argumentation eine sinnkonstituierende Funktion zu, insbesondere steht die Lage der Geschlechts-

organe für Selbsterhaltung und Individuation auf der männlichen, Unselbstständigkeit und Erleiden auf der weiblichen Seite. Während Männer sich als freie autonome Subjekte entwarfen, sollten Frauen völlig in ihrer Funktion als reproduktive Geschlechtswesen aufgehen. Die Konzeption des Menschen als autonomes Individuum und beseelte Maschine gelang mit Hilfe der negativen Kontrastfolie des weiblichen Geschlechts bzw. des weiblichen Körpers und beruht auf der Generalisierung des Mannes als autonomen Menschen und der Etablierung einer weiblichen Sonderanthropologie. Hierarchisierende Zuschreibung von aktiv und passiv, öffentlich und privat etc. schließen an diese nun biologisch fundierte Polarisierung an (vgl. Honegger 1991; Sarasin 1999: 445f.).

Die intensiven Auseinandersetzungen um die Geschlechterfrage in Anthropologie und Medizin des 18. Jahrhunderts verstummen nach 1850: Nach der Verallgemeinerung des Mannes zum Menschen der Humanwissenschaften und der Besonderung der Frau als Studienobjekt der sich etablierenden Gynäkologie spielt der Geschlechtsunterschied keine Rolle mehr. Die sich ausdifferenzierenden Humanwissenschaften kümmerten sich wieder ausschließlich um den Menschen (vgl. Honegger 1991: 202ff.). Die Abspaltung bleibt aber in grundlegenden Annahmen präsent. So ist die Naturalisierung der Geschlechterdifferenz nicht allein konstitutiv für die Geschlechterordnung der Moderne, sondern auch für die moderne Grenzziehung zwischen Natur und Kultur und zwischen den Natur- und Geisteswissenschaften (vgl. z.B. Schiebinger 1993; Haraway 1995). Moderne Wissenschaften konstituierten sich als nach außen abgeschlossene Disziplinen mit dem Anspruch objektive Erkenntnisse zu liefern. Damit ging eine Grenzziehung zwischen Fakten und Werten, Wissen und Nicht-Wissen, Experten und Laien sowie wissenschaftlichem und nicht-wissenschaftlichem Wissen ebenso einher, wie die Annahme einer klaren Unterscheidbarkeit zwischen Natur und Gesellschaft (vgl. z.B. Haraway 1995; Harding 1990, 1994; Böschen/Wehling 2004; Rheinberger 1996).

„Moderne“ Körperlichkeit und Zweigeschlechtlichkeit, so zeigt dieser Überblick, lassen sich als kontingent und historisch rekonstruieren. Die Objektivierung des Körpers in Medizin und Naturwissenschaften und die Etablierung einer naturalisierten Zweigeschlechtlichkeit etablieren ein Verständnis naturalisierter Körperlichkeit, das im gegenwärtigen Alltagsverständnis weiterhin präsent ist. Die Entstehung dieser Vorstellung nachzuvollziehen, ermöglicht eine wichtige Perspektive auf die umstrittenen Möglichkeiten der Körpermanipulation in der Gegenwart. Besonders zwei Ebenen halte ich für bedeutsam: Erstens wird „der Körper“ in der westlichen Moderne aufgrund der beschriebenen Naturalisierungsprozesse als natürlich, historisch invariant und gegeben verstanden, objektiviert und in eine Polarisierung zwischen Natur und Kultur eingebettet. Trotz einer zunehmenden wissenschaftlichen Dekonstruktion bleibt diese Vor-

stellung moderner Körperlichkeit wirkmächtig. Neue Möglichkeiten der Körpermanipulation können die damit verbundene Gegebenheit von Körperlichkeit in Frage stellen und auf diese Weise die etablierten Grenzziehungen in Frage stellen. Anhand neuartiger Manipulationen wird sichtbar dass und wie Grenzen gezogen sind. Zweitens ist moderne Körperlichkeit aber nicht allein durch Objektivierung und Natürlichkeit charakterisiert. Die Polarisierung von Natur und Kultur, Körper und Geist bedingt es zugleich, dass der Geist dem Körper übergeordnet wird. Der Gegebenheit des Körpers stehen Formbarkeit und Verfügbarkeit gegenüber. Der (männliche) Mensch ‚hat‘ einen Körper und ist – als über seiner Natur und Körperlichkeit stehend gedacht – autorisiert, diese zu formen. Vor diesem Hintergrund ist die Idee, den eigenen Körper verantwortungsvoll zu manipulieren oder gegebenenfalls zu optimieren bereits in einem modernen Körperverständnis angelegt.

Aus der Historisierung von Körperlichkeit und Geschlecht ergibt sich darüber hinaus meine zweite Forschungsperspektive: Wenn Körperlichkeit und Geschlecht nicht als natürlich verstanden werden können, rückt in den Fokus, wie beides fortlaufend *gemacht* bzw. getan wird. Dazu nutze ich eine praxeologische Perspektive, die im Folgenden ebenfalls kurz umrissen werden soll.

1.1.2 *Praxeologischer Zugang*

Seit den 1990er Jahren, insbesondere seit Theodore Schatzki et al. in ihrem programmatischen Sammelband einen „practice turn in contemporary theory“ ausgerufen haben, dient der Praxisbegriff dazu, unterschiedliche, zunächst lose aufeinander verweisende Ansätze aus Philosophie, Soziologie, Geschichts- und Kulturwissenschaften zu einer gemeinsamen ‚praxistheoretischen‘ Perspektive zu bündeln (vgl. Schatzki et al. 2000). Hintergrund bilden insbesondere die Praxistheorie Pierre Bourdieus und der an Wittgenstein angelehnte sozialphilosophische Ansatz Theodore Schatzkis, Theorien des Performativen sowie die Ethnomethodologie und ihr Konzept des *Doings* (vgl. insb. Bourdieu 2009, 1993; für einen Überblick Schatzki et al. 2000 und Reckwitz 2003). Gemeinsam ist diesen Ansätzen, dass sie Praktiken als kleine Einheit des Sozialen begreifen (vgl. ebd.: 290). Indem das alltägliche Tun als ein immer schon laufender, selbstverständlicher Fluss von Handlungen in den Mittelpunkt sozial- und kulturwissenschaftlicher Analyse gerückt wird, werden Organisation, Reproduktion und Veränderung des sozialen Lebens neu gedacht. Praktiken werden nun als zentrale Einheit der Konstitution des Sozialen verstanden. „The social is a field of embodied, materially interwoven practices centrally organized around shared practical understandings“ (vgl. Schatzki et al. 2000: 3). Mit diesem Fokus auf

im weitesten Sinne körperliche Vollzüge und gemeinsam geteiltes, ‚praktisches‘ Wissen, gehen theoretische Neuausrichtungen einher. Wird Handeln als Praxis, die immer schon läuft betrachtet, verändert sich das klassische Verständnis von sozialem Handeln als von Motiven und Normen geleitet. Damit zusammenhängend wird auch das Verständnis von Akteuren/Subjekten und Artefakten modifiziert.

Praktiken werden als verkörperte, materiell verankerte Abfolgen von Aktivitäten verstanden. Die Materialität der Praxis bezieht sich auf den menschlichen Körper und den Einbezug von Dingen/Artefakten. Bewegungen kompetenter Körper beruhen auf inkorporiertem Wissen und performativem Handeln, das nach außen als eine bestimmte Praktik verständlich ist. Lesen und Schreiben, die alltägliche Nutzung von Telefon oder Computer, aber auch die Art, wie Freundschaften gepflegt, Geschlecht praktiziert und Wissen gewusst wird, können als Komplexe von Praktiken verstanden werden. „Wenn ein Mensch eine Praktik erwirbt, dann lernt er seinen Körper auf bestimmte, regelmäßige und ‚gekonnte‘ Weise zu bewegen und zu aktivieren oder besser: auf eine bestimmte Art und Weise Körper zu ‚sein‘“ (Reckwitz 2003: 290). Gleichzeitig richtet sich das praxeologische Interesse auf die an Praktiken beteiligten Dinge, die weder als technische Hilfsmittel noch als handlungsdeterminierend verstanden werden, sondern als zentraler Bestandteil sozialer Praktiken gelten. Von Bedeutung ist, dass das im körperlichen Tun und im Umgang mit Artefakten mobilisierte Wissen nicht als rational und kognitiv, sondern als implizites, selbstverständliches Knowing-how konzipiert wird. Dabei betonen Praxistheorien die Gleichzeitigkeit von aufeinander eingespielten Handlungsrouninen auf der einen und der von Unbestimmtheit und Ambivalenzen geprägten sozialen Wirklichkeit auf der anderen Seite (vgl. Hörning 2001: 19).

„In [der Praxis] sind Erfahrungen, Erkenntnisse und Wissen eingelagert, manchmal sogar regelrecht einverleibt. Doch die Erfahrungen, die Erkenntnisse und das Wissen werden in der Praxis immer wieder neu eingebracht, erlebt und mobilisiert.“ (Hörning/Reuter 2004: 13)

Wie Wiederholung und Stabilität entstehen und inwiefern die Praxis dennoch kontingent bleibt, ist eine zentrale Frage praxeologischer Forschung.

Als theoretischer Zugang sind Praxistheorien für meine Studie von Bedeutung, weil die Dekonstruktion von naturalisierter Körperlichkeit und Geschlechtlichkeit auf den Aspekt der Herstellung verweist: Wie werden Körperlichkeit und Männlichkeit getan? Mein Erkenntnisinteresse richtet sich darauf, wie Körper und Geschlecht mit medizinischer Hilfe bearbeitet und performat werden. Praxistheorien bieten sich dabei besonders deshalb an, weil sie mit Verweis auf die Materialität von Praktiken ihre Aufmerksamkeit sowohl auf die

Körperlichkeit als auch auf die beteiligten Artefakte richten. Somit wird keine Trennung zwischen (aneignendem) Subjekt und (angeeignetem) Objekt vorgenommen. Gleichzeitig setzt die Studie den Schwerpunkt auf die Mikroebene der Nutzung von Viagra und damit auf einen Aspekt aus dem gesamten Praxiszusammenhang, der in bislang vorgelegten Analysen vernachlässigt wurde. Stehen die Nutzer im Fokus, ist für große Teile der Rekonstruktion auch das Subjekt von Bedeutung. Meine Arbeit verfolgt deshalb keine symmetrische Konzeption aller an der Praxis beteiligten Aktanten bzw. Partizipanden, sondern fokussiert auf den Ausschnitt der Nutzer. Dazu verknüfe ich subjekt- und praxistheoretische Zugänge.

Mein Interesse gilt dem impliziten Wissen aus unterschiedlichen Feldern, das in Praktiken mobilisiert wird und nicht zuletzt Normen, Deutungen und Emotionen umfasst. Diese Perspektive ermöglichte es, eine Alltagspraxis zu zeigen, die nicht in Medikalisierungsprozessen oder individuellen Motiven der Nutzer aufgeht, sondern in der Viagra praktisch getan wird. Ich habe analysiert, wie Praktiken und damit verwobene verkörperte Wissensbestände aufgerufen, verändert, implizit genutzt oder explizit gemacht und reflektiert werden. Als hilfreich erwies sich der Praxisbegriff zudem im Zuge der Materialanalyse. Insbesondere die überraschenden Ergebnisse der Vielfalt der Nutzung und der Veralltäglichtung des Mittels lassen sich damit beschreiben und erklären. Im Verlauf der Auswertung gewannen insbesondere drei Aspekte der Praxistheorie an Bedeutung: die Situiertheit und Materialität von Praktiken mit Blick auf Körper und Artefakte, das praktische Können und implizite Wissen alltäglicher sozialer Praktiken sowie das Spannungsverhältnis von Routine und Offenheit. Sie sollen deshalb im Folgenden eingeführt werden.

1.1.2.1 Die Materialität der Praktiken

Praktiken sind durch ihre Materialität gekennzeichnet: Sie sind in Raum und Zeit situiert und unterliegen einer bestimmten Temporalität (Schmidt 2012: 51ff.), sie werden von Körpern und Artefakten getan. Praktiken werden vornehmlich als gekonnte und sinnhafte Performance kompetenter Körper verstanden. Die Körperlichkeit von Praktiken lässt sich als in zwei Richtungen wirkend vorstellen: zum einen ist der Körper ein Speicher impliziten Wissens und vergangener Praktiken; die Materialität der Praktiken liegt somit in der Inkorporiertheit von Wissen. Zum anderen wirkt der Körper in der Performativität von Handeln als Medium und Agens aktueller Praktiken (vgl. Alkemeyer/Schmidt 2003).

Inkorporierung von Wissen bedeutet, dass der Körper zum Träger impliziten Wissens und habituellem Dispositionen wird. Bourdieu zufolge ist jede Praxis im sozialen Raum – dem Ort der Koexistenz sozialer Positionen – verortet. Grundlage für die Teilnahme an gesellschaftlichen Auseinandersetzungen, Verortungen und Abgrenzungen ist die inkorporierte Struktur des Feldes, der Habitus. Dieses „System von Dispositionen“ (Bourdieu 2001: 174) ermöglicht produktive Erkenntnisakte und eine vorweggenommene Anpassung an die Erfordernisse des jeweiligen Feldes. Erworben wird der Habitus Bourdieu zufolge durch ‚Einverleibung‘: Das materielle eingeschlossen Sein in der (jeweiligen) Welt führt dazu, deren Strukturen zu inkorporieren. Die Strukturen der Welt zu erlernen, modifiziert den Körper dauerhaft und macht ihn zum Speicher zum jeweiligen Feld ‚passender‘ Praktiken. Indem dieses implizite Wissen körperlich mobilisiert werden kann, ermöglicht der Habitus ein praktisches Antizipieren von Situationen (vgl. ebd.: 173ff.). Der Körper wirkt damit gleichzeitig als Agens aktueller Praktiken nach außen: Im körperlichen Handeln wird das vom Körper vermittelte Wissen verwirklicht. Den Körper auf diese Weise als Handlungsträger zu konzipieren, relativiert das intentional handelnde Individuum gängiger Handlungskonzepte (vgl. Schäfer 2013). Aus praxeologischer Perspektive ist es nicht ein inneres, mentales ‚Zentrum‘ von Motiven, Normen oder Intentionen, das das sichtbare Verhalten anleitet, sondern körperlich verankertes praktisches Wissen. Schmidt betont, dass damit weniger der Körper als „je konkrete, situative praktische Verkörperungen“ im Fokus der Analyse stehen (Schmidt 2012: 62).

Nicht nur dem Körper, sondern auch Artefakten kommt innerhalb der Praxistheorien Handlungsträgerschaft zu. Die Verfügbarkeit bestimmter Artefakte ermöglicht in vielen Fällen erst die Entwicklung von Praktiken. Aus praxeologischer Perspektive lassen sich Artefakte weder rein materiell noch rein kulturell-symbolisch fassen. Vielmehr ist es der sinnhafte Gebrauch von Artefakten, der Bestandteil einer sozialen Praktik wird oder die soziale Praktik selbst darstellt. Artefakte erlauben demnach zwar kein beliebiges Umdeuten oder Gebrauchen, allerdings entsteht in den Praktiken der Verwendung Wissen, das nicht durch die Artefakte determiniert ist (vgl. Reckwitz 2003: 291).

1.1.2.2 Implizites Wissen

Praktiken werden als wissensbasiertes Tun verstanden – sie beruhen auf praktischem Wissen und Können und praktischem Verstehen. Praktisch ist dieses Wissen, weil es sich in der jeweiligen Tätigkeit oder einem Komplex von Handlungen realisiert. Begriffe wie *tacit knowledge* (vgl. Polanyi 1985) oder *knowing*

how (vgl. Ryle 1969) heben darauf ab, dass es sich dabei nicht um explizierbares Aussagenwissen handelt. Im Gegenteil können sich explizite Regeln eines Handlungsfeldes und relevante implizite Wissensbeständen in hohem Maße widersprechen. Darüber hinaus betonen Praxistheorien, dass „das [implizite] Wissen nicht als ein ‚theoretisches Denken‘ der Praxis zeitlich vorausgeht, sondern als Bestandteil der Praktik zu begreifen ist“ (Reckwitz 2003: 291). Den Fokus auf diese Weise vom kognitiven Wissen zu lösen, erlaube es, so Hörning, die implizite Vertrautheit und Könnerschaft zu sehen, die dem Alltagshandeln zugrunde liege (vgl. Hörning 2004: 19).

Praktiken unterscheiden sich dadurch, welche Formen impliziten Wissens sie bei unterschiedlichen Teilnehmenden aufrufen. „Wieviel Bewusstseinsbeteiligung, wie viel Körpereinsatz, wie viel Technik, wie viel Schriftkommunikation mobilisiert [eine Praktik]?“ (Hirschauer 2008: 89). Besonders einleuchtend erscheint die Annahme impliziten Wissens mit Blick auf körperlich-sportliche Praktiken: Bourdieu beschreibt das am Beispiel des Tennisspiels: Kraft, Schwung und Ziel können nicht unbedingt expliziert werden (vgl. Bourdieu 2001: 208). Aber auch für jeden anderen Komplex von Praktiken sind körperliche Fertigkeiten von Bedeutung. Reckwitz bezeichnet diesen Aspekt als ‚methodisches Wissen‘, ein Wissen darüber, wie man Handlungen kompetent hervorbringt. Dabei handelt es sich häufig um scriptförmiges Wissen, das sich nicht allein auf Bewegungen, sondern auch auf Reihenfolgen und Abläufe bestimmter Aktivitäten bezieht (vgl. Reckwitz 2003: 292). Darüber hinaus sind auch im praxeologischen Verständnis Intentionalität, normative Kriterien und symbolische Bedeutungen relevant. Implizites Wissen umfasst „latente, in die Handlungspraxis eingelassene Vorannahmen und Deutungsrepertoires, die unseren Vorstellungen von dem was passend, richtig, plausibel ist, zugrunde liegen“ (Hörning 2004: 23). So kann interpretatives Verstehen als ein weiterer Aspekt impliziten Wissens betrachtet werden: Personen, Gegenständen, abstrakten Entitäten und auch dem eigenen Selbst werden routinemäßig Bedeutung zugeschrieben, die das praktische Verstehen ermöglicht. Implizit werden dabei auch normative Kriterien wirksam. So können gesellschaftliche und normative Sinnbezüge zum Beispiel durch die symbolische Bedeutung von Artefakten Eingang in bestimmte Praktiken finden (vgl. Manz 2013: 129). Als damit verbundenes drittes Element impliziten Wissens kann motivational-emotionales Wissen gelten: Die Mobilisierung angemessener Motive und Emotionen im Zuge einer Praktik ist sozial konventionalisiert und ebenfalls Bestandteil der jeweiligen impliziten Wissensbestände. Ein impliziter, praktischer Sinn dafür ‚worum es geht‘ oder ‚was man eigentlich will‘ ist der Praxis damit inhärent (vgl. Reckwitz 2003: 292; Hirschauer 2008: 89).

1.1.2.3 Routine und Offenheit

Das Konzept einer materiellen Fundierung von Praktiken in Körpern und Artefakten sowie die Analyse impliziten, vorreflexiven Wissens heben auf unhinterfragte und selbstverständliche Abläufe ab. Funktionierende Routinen ergeben demnach Handlungsmuster, die zur Wiederholung tendieren und die Strukturiertheit und Verstehbarkeit der gemeinsam geteilten Sozialwelt ermöglichen. Praxistheorien scheinen damit die Stabilität des Sozialen herauszustellen (vgl. Schäfer 2013). Auf der anderen Seite bleiben Praktiken aber stets offen für Veränderungen: Ungewissheiten oder Misslingen in den alltäglichen Abläufen fordern neue Interpretationen und je kontextspezifische Umdeutungen heraus, die wiederum Innovationen ermöglichen bzw. notwendig machen. Dieses Spannungsfeld zwischen der Geschlossenheit von Routine und der Offenheit für Veränderungen wird als weiteres Kennzeichen von Praktiken verstanden – Offenheit und Unberechenbarkeit erscheinen als zwei Seiten der Logik der Praxis.

Über das Verhältnis von Reproduktion und Transformation von Praktiken nachzudenken, ist für Praxistheorien von großer Bedeutung. Unterschiedliche Autor_innen gewichten Geschlossenheit und Offenheit von Praktiken dabei auf verschiedene Weise. Gemeinsam ist es praxeologischen Ansätzen aber, dass die Kontingenz der Praktiken nicht als in der Autonomie und Freiheit der Subjekte begründet verstanden wird. Vielmehr liegt Offenheit innerhalb der Logik der Praxis selbst: Es sind die Kontextualität und Situierung von Praktiken, die Einbettung in Komplexe weiterer Praktiken und die Überlagerung von unterschiedlichen inkorporierten Wissensformen der Akteure, die Praktiken transformierbar halten. Demnach ist es nicht möglich, dass praktisches Wissen Antworten auf alle möglichen Kontexte und Situationen umfassen kann. So machen Veränderungen des Kontexts – wie die durch neue Artefakte – Modifikationen bestehender oder das Erproben neuer Praktiken erforderlich.

Der Bezug auf Praxistheorien ermöglicht es zu analysieren, wie Körperlichkeit und Männlichkeit im Umgang mit dem neuen Artefakt Viagra getan werden. Dabei ist die Materialität von Praktiken, deren Verkörperungen und der Gebrauch von Artefakten von entscheidender Bedeutung. Ich gehe davon aus, dass dazu implizites Wissen aus unterschiedlichen Feldern mobilisiert, genutzt oder verändert wird. Darüber hinaus ermöglicht es die Konzeption von Praktiken zwischen Routine und Offenheit, Umgangsweisen mit Neuem, der Integration in bestehende sowie der Veränderung etablierter Handlungsvollzüge nachzugehen. Der Blick auf Praktiken erlaubt es damit, über die Alltagspraxis mit Viagra das alltägliche Tun von Körperlichkeit und Geschlecht sowie den Modus des Umgangs mit einem neuen Artefakt zu untersuchen.

1.2 Männlichkeit/en herstellen

„Um überhaupt von ‚Männlichkeit‘ sprechen zu können, stellen wir auf kulturell spezifische Weise ‚Geschlecht‘ her“ betont Raewyn Connell in „Masculinities“ (Connell 2006: 88). Im Folgenden soll dieser Prozess der Herstellung von Geschlecht mit Blick auf Männlichkeit bzw. Männlichkeiten beleuchtet werden. Von den verschiedenen möglichen Zugängen, Geschlecht zu analysieren, stehen hier gesellschaftlich wirksame Männlichkeitsvorstellungen und die Reproduktion von Geschlecht bzw. Männlichkeiten im alltäglichen Tun im Mittelpunkt.

Die mit Hilfe unterschiedlicher Wissenspraktiken naturalisierte Zweigeschlechtlichkeit strukturiert in westlichen Gesellschaften das Alltagshandeln – Carol Hagemann-White beschreibt das darauf bezogene gesellschaftliche Wissen als „Alltagstheorie der Zweigeschlechtlichkeit“ (Hagemann-White 1984: 81). Eine an den Körper gebundene Geschlechterdifferenz erscheint darin als nicht begründungsbedürftige Selbstverständlichkeit, die einerseits handlungsleitend wirkt, andererseits wiederum Erklärungen für die daraus entstehenden Unterschiede bietet. Diesem Alltagsverständnis gegenüber ist die zentrale Annahme der Frauen- und Geschlechterforschung, dass die Geschlechterdifferenz und das damit verbundene hierarchische Geschlechterverhältnis Effekte historischer Prozesse sind und ständig im Rahmen sozialer Praxen hergestellt werden. Diese Annahme ist für meine Untersuchung von Bedeutung, da sich die Fragestellung meiner Studie auf die Nutzung eines deutlich vergeschlechtlichten Medikaments richtet. Um zu verstehen, inwiefern sowohl die Entwicklung als auch die Verwendung des Mittels Viagra durch Vorstellungen von Männlichkeit geprägt sind, analysiere ich die alltagsweltliche Wirkmächtigkeit geschlechtsspezifischer Wissensbestände und Körperpraktiken.

Sowohl die Frauen- und Geschlechterforschung als auch die *queer studies* zielen darauf, die soziale Konstruktion von Geschlecht (und Heteronormativität) systematisch zu erschließen sowie deren Reproduktionsweisen und das Beharrungsvermögen von Zweigeschlechtlichkeit zu erklären. Im Folgenden werde ich einführend zeigen, wie die Herstellung von Geschlecht als soziale Konstruktion und Handlungspraxis gedacht wird. Um handlungsleitende Vorstellungen von Geschlecht und Männlichkeit zu fassen, nutze ich das Konzept ‚Geschlechterwissen‘, das sowohl diskursfähige, individuell-biographische als auch verkörperte Anteile des Wissens um Geschlecht einschließt (1.2.1). Daran schließt sich eine Auseinandersetzung mit theoretischen Zugängen zu Männlichkeiten (1.2.2) sowie der Bedeutung von Körperlichkeit und Sexualität für die Herstellung von Männlichkeiten an (1.2.3). Insgesamt beschreibt das Kapitel anhand der Zusammenhänge von Männlichkeit, Körperlichkeit und Sexualität das gesellschaftliche Feld, in dem Viagra verortet ist und erschließt den theore-

tischen Hintergrund, mit Hilfe dessen die Bedeutung von Geschlecht und Männlichkeit für die Nutzung von Viagra in den empirischen Kapiteln analysiert wird.

1.2.1 *Geschlecht als soziale Konstruktion und Handlungspraxis*

In meiner Arbeit verstehe ich Geschlecht – in Anlehnung an die Ethnomethodologie – als fortlaufende soziale Praxis. Geschlecht wird getan und muss getan werden. Geschlechtszugehörigkeit auf diese Weise nicht als Eigenschaft der Individuen, sondern als soziale Konstruktion zu betrachten, beinhaltet eine Umkehrung alltagsweltlicher Selbstverständlichkeiten (vgl. Lorber 1991: 356): Die Zugehörigkeit zu einem Geschlecht wird damit nicht als natürliche Basis für unterschiedliche Denk- und Handlungsweisen betrachtet, vielmehr lässt sich zeigen, dass Handlungen von Individuen auf der Grundlage der ihnen zugeschriebenen Geschlechtszugehörigkeit interpretiert werden. „Nicht der Unterschied konstituiert die Bedeutung, sondern die Bedeutung die Differenz“ (Gildemeister 2010: 137). Um nicht länger implizit die Annahme eines ‚natürlichen Unterschieds‘ und dessen kulturellen Ausprägungen zu tradieren, prägen Candace West und Don Zimmermann in Abgrenzung zur gängigen sex-gender-Unterscheidung den Begriff *doing gender* (vgl. West/Zimmerman 1987)⁴. Geschlecht werde im Alltag gekonnt dargestellt, bei anderen wahrgenommen und zugeschrieben und auf diese Weise fortwährend reproduziert. In für die Soziologie klassisch gewordenen Arbeiten wie Harold Garfinkels Studie über die Transsexuelle Agnes konnte selbstverständliches Alltagswissen und -handeln, das im Vollzug nicht ‚zugänglich‘ ist, sichtbar gemacht werden: Ein Geschlecht zu sein bedeutet demnach, die jeweilige Kategorisierung Frau oder Mann in Verhalten, Handlungen und Erleben auszufüllen – sich also in Gesten, Mimik, Tonfall, Bewegungen und Blicken kompetent als Frau oder Mann zu erkennen zu geben und erkannt zu werden. Geschlechtszugehörigkeit muss täglich von Neuem getan und in alltäglichen Situationen und Routinen hergestellt werden (vgl. Garfinkel 1967; Kessler/MacKenna 1978; für den deutschen Sprachraum später insb. Hirschauer 1992 und Lindemann 1993).

Doing gender besteht also einerseits aus der Darstellung von Geschlecht: Jede Person ist verantwortlich und gezwungen ein eindeutiges Geschlecht zu verkörpern. Zum *doing gender* gehört aber darüber hinaus die Kompetenz, Geschlecht auch angemessen wahrzunehmen und zuzuschreiben, denn im Normal-

4 Eine Übersetzung des Textes findet sich in Gildemeister/Wetterer 1992.

fall wird die Geschlechtszugehörigkeit weder erfragt noch mitgeteilt (vgl. Hirschauer 1994: 672). Suzanne J. Kessler und Wendy McKenna betonen neben der Darstellungsleistung die Arbeit der Rezipient_innen dieser Darstellung, eine einmal getroffene Kategorisierung auch bei Ungereimtheiten aufrechtzuerhalten (vgl. Kessler/MacKenna 1978: 136ff.). Auch Irritationen werden innerhalb der selbstverständlichen Zweipoligkeit verarbeitet – Attributionsmuster zeigen sich als flexibel (Gildemeister 2010: 140). Stefan Hirschauer bezeichnet diesen Vorgang als Geschlechtszuschreibung: Alle Gesellschaftsmitglieder unterstützen einander, indem sie ihre Geschlechtsdarstellungen als eindeutig interpretieren und sich ihr Geschlecht fortlaufend bestätigen. Dieser Interaktionsprozess ist sowohl von Kollaboration als auch von Kontrolle geprägt (vgl. Hirschauer 1989: 112ff.). Erving Goffman beschreibt Geschlecht darüber hinaus als wichtigen Teil einer „erlernten Interaktionsordnung“ (Goffman 2001: 63). Stärker als bei Garfinkel wird über das situative Darstellen des Geschlechts hinaus betont, dass das Geschlechterverhältnis institutionell geregelt ist. So interpretiert Goffman zum Beispiel die Trennung der Toiletten nach Männern und Frauen als institutionalisiertes Mittel zur Rekonstruktion der Zweigeschlechtlichkeit.

Das alltägliche *doing gender* erfolgt auf der Grundlage von Wissen. Irene Dölling hat für die vielfältigen Wissensbestände, die das selbstverständliche ‚Geschlecht-Sein‘ anleiten, den Begriff des Geschlechterwissens geprägt (vgl. Dölling 2005; Weiterführungen insb. in Wetterer 2008a). *Doing gender*, so ihr Argument, wird durch einen von den Mitgliedern einer Gesellschaft geteilten Wissensfundus über Geschlecht angeleitet und begrenzt. Drei Basisannahmen können demnach zum Grundbestand des geteilten Geschlechterwissens gezählt werden: Es gibt erstens zwei und nur zwei Geschlechter und jeder Mensch gehört dem einen oder dem anderen Geschlecht an (Dichotomizität), diese Geschlechtszugehörigkeit steht zweitens von Geburt an und für das gesamte Leben lang fest (Konstanz). Sie kann drittens anhand der Genitalien zweifelsfrei erkannt werden und deshalb als natürlicher, biologisch eindeutig bestimmbarer Sachverhalt gelten (Naturhaftigkeit/Eindeutigkeit) (Hagemann-White 1988; vgl. auch Garfinkel 1967: 122ff.; Kessler/MacKenna 1978: 113f.). Im Anschluss an das Konzept Geschlechterwissen ist es möglich, unterschiedliche Alltagstheorien, Wissensbestände und institutionelle Arrangements zu Geschlecht, die sich auf diese Basisannahmen stützen, ebenfalls in den Blick zu nehmen. Geschlechterwissen speist sich demnach aus verschiedenen Quellen: wissenschaftliches Wissen, Expertenwissen, popularisiertes Wissen und durch die eigene Biographie vermitteltes Erfahrungswissen bilden in je verschiedenen Anteilen das individuelle Geschlechterwissen, das für die Einzelnen handlungsleitend wird. Um diese unterschiedlichen Wissensbestände zu untersuchen, lehnt Dölling sich an Bourdieus Verständnis eines inkorporierten, feldspezifischen Habitus an.

Geschlechterwissen ist demnach Teil des Habitus und ermöglicht sowohl produktive Erkenntnisakte als auch eine Anpassung an die Erfordernisse des Feldes mit Blick auf Geschlecht (vgl. Dölling 2005: 49ff.).

Darüber hinaus zielen das Konzept von Dölling und die im Anschluss entstandenen Weiterentwicklungen von Angelika Wetterer darauf, die angerissenen verschiedenen Spielarten des Geschlechterwissens systematisch zu unterscheiden. Dabei handelt es sich ihnen zufolge zum einen um objektiviertes Wissen: Zum geteilten Wissensvorrat einer Gesellschaft über Geschlecht gehören die oben beschriebenen Basisannahmen über Geschlecht, in Institutionen hervorgebrachtes Wissen (zum Beispiel wissenschaftliches Wissen aus der Biologie, Medizin und Psychologie) sowie dessen Popularisierung in Medien, Ratgebern oder soziale Bewegungen (vgl. insb. Wetterer 2008a). Eine weitere Ebene bildet das subjektiv-individuelle Geschlechterwissen. Diese biographisch erworbenen Wissensbestände umfassen sowohl kognitive, reflektierte Elemente und ‚Alltagstheorien‘ über Geschlecht als auch inkorporierte Wissensbestände, die im praktischen Handeln unbewusst eine Rolle spielen. Als dritte Analysedimension bezieht Dölling feldspezifisches Geschlechterwissen ein: innerhalb unterschiedlicher Handlungskontexte wird Geschlechterwissen demzufolge je feldspezifisch aktualisiert und angewendet (Dölling 2005: 52f.). Wissensbestandteile dieser drei Analyseebenen können in verschiedenen Situationen in vielfältigen und unterschiedlich zusammengesetzten Anteilen aktualisiert werden. Vor allem das alltagsweltliche Geschlechterwissen – so betont Wetterer – ist heterogen und widersprüchlich (Wetterer 2008b: 46). Diskursfähige Wissensbestände – zum Beispiel die Vorstellung von Geschlechtergleichheit – können mit latenten oder inkorporierten Wissensbeständen in Widerstreit stehen und je nach Situation und Anlass auf unterschiedliche Weise in alltägliches Handeln und Deuten einfließen. Dies kann sich sowohl auf die Frage der Geschlechterdifferenz (als Basisfrage) als auch auf unterschiedliche ‚Inhalte‘ des Alltagswissens über Geschlecht beziehen.

Für meine Arbeit ist das Konzept des Geschlechterwissens von Bedeutung, weil es die Relevanz ganz unterschiedlicher Wissensbestände betont und es ermöglicht, heterogene und teils widerstreitende Deutungen der eigenen Geschlechtlichkeit in Betracht zu ziehen. Geschlechterwissen ist anschlussfähig an praxeologische Zugänge, die vor allem implizites Wissen und *doing* in den Blick nehmen, ermöglicht es aber auch zu analysieren, in welchen Momenten Wissensbestände reflexiv werden. Damit können sowohl Deutungen und Konzepte als auch implizites, verkörpertes Wissen über Geschlecht analysiert werden. Darüber hinaus lässt sich mit Hilfe des Konzepts die komplexe Beziehung zwischen gesellschaftlichem Wissen und Annahmen über Geschlecht sowie Selbstkonzepten und Verkörperung theoretisch fassen.

1.2.2 Hegemoniale Männlichkeit als zentrales Konzept der Männlichkeitsforschung

Im Zuge der Neuverhandlungen der Geschlechterordnung zeichnet sich für westliche Gesellschaften in den vergangenen Jahrzehnten ein Verlust an Gewissheit darüber ab, was Männlichkeit ist bzw. sein sollte. Traditionelle Männlichkeitsbilder und die Selbstverständlichkeit männlicher Macht und Dominanz werden brüchig. Sowohl medial als auch wissenschaftlich werden diese Veränderungen häufig unter dem Schlagwort einer ‚Krise der Männlichkeit‘ verhandelt und besonders in den Medien mit der Emanzipation von Frauen in Zusammenhang gebracht. Nina Baur und Jens Luedtke vertreten die These, dass es erst durch die Veränderungen in Arbeitswelt und Familiengefüge möglich wurde, Männer und Männlichkeiten auch (sozial-)wissenschaftlich zu erforschen (vgl. Baur/Luedtke 2008: 8). In diese Richtung zielt auch Jeff Hearn, wenn er argumentiert, dass Forschung über Männer eigentlich nichts Neues sei: „Men have been studying men for a long time, and calling it ‚History‘, ‚Sociology‘, or whatever“ (Hearn 2004: 49). Erst indem Männlichkeit im Zuge gesellschaftlicher Veränderungen den Zustand selbstverständlicher Gegebenheit verliert, rücken Männer demnach als vergeschlechtlicht in den Blick der Forschung. Nun entsteht in Reaktion auf gesellschaftliche Veränderungen und im Anschluss an feministische Theorie eine spezielle Männlichkeitsforschung (vgl. für einen Überblick Hearn 2004; Martschukat/Stieglitz 2008). Deren zentraler Ansatz, das Konzept hegemonialer Männlichkeit, soll hier in Anlehnung an Raewyn Connell und Michael Meuser vorgestellt werden.

Das Konzept hegemonialer Männlichkeit – verstanden als Konfiguration vergeschlechtlichter Praktiken – kann als einflussreichster theoretischer Entwurf der Männlichkeitsforschung betrachtet werden. Das zuerst gemeinsam mit Tim Carrigan und John Lee entwickelte Konzept der australischen Soziologin Raewyn Connell prägt seit den 1980er Jahren die theoretische Auseinandersetzung mit Männlichkeit und inspirierte seitdem zahlreiche empirische Studien und kritische Weiterentwicklungen (vgl. Carrigan et al. 1985; Connell 2006; Connell/Messerschmidt 2005). Innerhalb der Männlichkeitsforschung ist das Konzept besonders deshalb zentral, weil es ermöglichte, Männlichkeiten im Plural zu denken und Über- und Unterordnungsverhältnisse auch zwischen Männern untersuchen zu können. Für meine Arbeit dient es der Klärung und Theoretisierung des verwendeten Begriffs von Männlichkeit/en.

Connell entwickelte das Konzept hegemonialer Männlichkeit als neue Begrifflichkeit zur Analyse des Geschlechterverhältnisses. Um Männlichkeit nicht als „isoliertes Objekt“, sondern als Aspekt einer umfassenderen Struktur begreifen zu können, erweiterte sie bestehende Patriarchatskonzepte um An-

tonio Gramscis Begriff der Hegemonie (Connell 2006: 87). Für die Debatten um hegemoniale Männlichkeit ist das 1995 erstmalig erschienene „Masculinities“⁵ maßgeblich. Connell rekonstruiert darin die wissenschaftliche Beschäftigung mit Männlichkeit in historischer Perspektive, verwirft sowohl natürliche Differenzen, die Geschlechterrollentheorie und Patriarchatstheorien als Grundlage einer allgemeinen soziologischen Theorie des Geschlechts und betont die Notwendigkeit einer auf Praktiken basierenden Theorie (ebd.: 92f.). Männlichkeit kann demzufolge nicht als Eigenschaft individueller Personen betrachtet werden, sondern ist eine Handlungspraxis in sozialen Interaktionen. Auf der Grundlage empirischer Untersuchungen australischer Männer aus unterschiedlichsten Zusammenhängen und deren Lebensgeschichten arbeitet Connell nicht allein die Verschiedenheit heraus, sondern betont „die *Verhältnisse* zwischen den verschiedenen Arten von Männlichkeit: Bündnisse, Dominanz und Unterordnung. Diese Verhältnisse entstehen durch Praxen, die ein- oder ausschließen, einschüchtern, ausbeuten und so weiter“ (ebd.: 56). Sie entwickelt ein dreigliedriges Modell der Struktur von Geschlechterverhältnissen, in dem Machtbeziehungen, Produktionsbeziehungen und emotionale Bindungsstruktur (*Kathexis*) zueinander in Beziehung gesetzt werden (vgl. ebd.: 94ff.). Connell bezeichnet die Unterordnung von Frauen und die Dominanz von Männern als wichtigste Achse der Macht innerhalb der gegenwärtigen westlichen Geschlechterordnung (vgl. ebd.). Diese Machtbeziehungen bilden die Struktur, die der Geschlechterordnung zugrunde liegt und ein wesentliches Element der Konstruktion und Reproduktion von Männlichkeit. Auf der Ebene der Produktionsbeziehungen untersucht Connell sowohl die geschlechtliche Arbeitsteilung und die Hierarchisierung unterschiedlicher Aufgabengebiete als auch einen „geschlechtsbezogenen Akkumulationsprozess“ von Kapital (ebd.: 95). Als weiteren Aspekt der Geschlechterordnung bezieht Connell die emotionale Bindungsstruktur ein: die Formung von Begehren und die Realisierung emotionaler und sexueller Beziehungen sind demnach ebenfalls durch die Geschlechterordnung geprägt und Teil der Herstellung von Männlichkeit. Besonders dieser Aspekt bietet einen Rahmen für die Analyse der vergeschlechtlichten Bedeutung von Sexualität (vgl. auch 2.3.2).

Connell beschreibt hegemoniale Männlichkeit als Zusammenspiel von Praktiken, die männliche Dominanz ermöglichen.

„Hegemoniale Männlichkeit kann man als jene Konfiguration geschlechtsbezogener Praxis definieren, welche die momentan akzeptierte Antwort auf das Legitimitätsproblem des Pat-

5 Auf Deutsch erschien der Band 1999 unter dem Titel „Der gemachte Mann. Konstruktion und Krise von Männlichkeit“.

riarchats verkörpert und die Dominanz der Männer sowie die Unterordnung der Frauen gewährleistet (oder gewährleisten soll).“ (ebd.: 98)

Dabei geht sie von einer doppelten Relation aus: Zum einen steht Männlichkeit in Relation zu untergeordneter Weiblichkeit, zum anderen stehen verschiedene gesellschaftliche Männlichkeitsentwürfe in einem hierarchischen Verhältnis zueinander. Konstitutionsmerkmal von Männlichkeit ist die Dominanz über Frauen und die Abgrenzung von Weiblichkeit. Der erfolgreich erhobene Anspruch auf Autorität beruht dabei im Sinne Gramscis weniger auf Gewalt oder Zwang als auf einem Einverständnis der Beherrschten – sowohl Frauen als auch Männer, die andere Formen von Männlichkeit leben – mit der eigenen Position innerhalb der Geschlechterordnung. Diese Übereinstimmung wird mit Hilfe geteilter Normen, Werte und Deutungsmuster kulturell erzeugt (vgl. ebd.).

Hegemoniale Männlichkeit beschreibt damit historisch legitimierte Praktiken, welche die dominante Position des Mannes garantieren bzw. garantieren sollen. Connell zufolge wird zu bestimmten historischen Zeitpunkten jeweils eine Männlichkeit hegemonial – sie gilt als legitim und erstrebenswert und steht an der Spitze konkurrierender, hierarchisch aufeinander bezogener Männlichkeitspraktiken. Connell betont, dass hegemoniale Männlichkeit nicht im statistischen Sinne normal bzw. weitverbreitet sein muss. Selbst wenn nur eine Minderheit hegemoniale Männlichkeit verkörpere, fungiere diese als normative Folie (vgl. Connell/Messerschmidt 2005: 832). Das Idealbild unterliegt dieser Argumentation zufolge gesellschaftlichen Veränderungen: War es lange Zeit insbesondere militärische Männlichkeit, kann gegenwärtig in westlichen Gesellschaften von einem Idealbild eines weißen, heterosexuellen, gesunden Mannes mit Macht- und Karriereorientierung ausgegangen werden (vgl. z.B. Connell/Wood 2005). Jeweils ein Set historischer Männlichkeitspraktiken erreicht hegemonialen Status; das mögliche Verhältnis unterschiedlicher Männlichkeiten dazu konzipiert Connell als Unterordnung, Komplizenschaft und Marginalisierung gegenüber den jeweils hegemonialen Praktiken (vgl. Connell 2006: 98).

Connell geht davon aus, dass untergeordnete Männlichkeitsformen dem Idealbild hegemonialer Männlichkeit nicht gerecht werden und gesellschaftlich als nicht erstrebenswert gelten. Homosexualität wird dabei als die am stärksten ausgegrenzte Form von Männlichkeit beschrieben. Darüber hinaus können aber auch heterosexuelle Männer und Jungen als schwach oder unmännlich untergeordnet werden. Insgesamt bezieht sich der Begriff Unterordnung Connell zufolge auf eine Position innerhalb eines Machtgefüges. Maßgeblich für eine untergeordnete Männlichkeit ist demnach lediglich die gesellschaftliche Zuweisung, nicht die Einstellung der als ‚untergeordnet‘ geltenden Männer gegenüber dem Männlichkeitsideal. „Komplizenhafte Männlichkeit“ schreibt Connell denjeni-

gen Männern zu, die das hegemoniale Modell als legitim und erstrebenswert verteidigen, auch wenn sie selbst dieses Ideal nicht realisieren können (vgl. ebd.: 100). Connell argumentiert, dass sie ebenfalls von der Vorherrschaft dieser Männlichkeitsform profitieren, weil sie an den allgemeinen Vorteilen, der ‚patriachalen Dividende‘ für Männer teilhaben und dazu beitragen, gegebene Machtverhältnisse zu reproduzieren (ebd.). In Zusammenhang mit weiteren Strukturkategorien wie Schichtzugehörigkeit und *race* können Formen von Männlichkeit entstehen, die Connell – allerdings nur anhand empirischer Beispiele – als marginalisiert beschreibt. Eine intersektionale Perspektive klingt an, wird aber nicht systematisiert (vgl. ebd.).

Das lediglich knapp umrissene Konzept hat neben der weiten Verbreitung und Nutzung immer wieder Kritik hervorgerufen (vgl. u.a. Demetriou 2001; Petersen 2003; Hearn 2004; Dinges 2005; Meuser/Scholz 2005; Meuser 2006a). Die kritische Auseinandersetzung richtet sich zum einen auf die eher oberflächliche und an Beispielen orientierte Unterscheidung untergeordneter, komplizierter bzw. marginalisierter Handlungsformen. So kritisiert Martin Dinges, dass besonders die ‚kompliziertere‘ Männlichkeit zu stark als intentionales Handeln konzipiert sei (vgl. Dinges 2005). Weiterentwicklungen richten sich auch auf die bei Connell nur ansatzweise vorhandene Vorstellung von ‚protestierender‘ oder ‚pro-feministischer‘ Männlichkeit – so schlägt Anna Buschmeyer den Begriff ‚alternative‘ Männlichkeit vor, um diese Leerstelle zu füllen (vgl. Buschmeyer 2012: 123ff.). Jeff Hearn fordert in Bezug auf das Verhältnis unterschiedlicher Männlichkeitsformen zueinander, gerade die weitverbreiteten nicht-idealen und alltäglichen Männlichkeitsformen zu untersuchen (vgl. Hearn 2004: 61).

Häufig wurde darüber hinaus kritisiert, dass Connells Konzeption es anbiete, bestimmte Männlichkeitsformen einzelnen Männern zuzurechnen oder die jeweiligen Männlichkeitspraktiken als feststehende männliche Charaktereigenschaften oder ‚Typen‘ von Männlichkeit zu verstehen. Connell und Messerschmidt greifen diesen Kritikpunkt in ihrer Überarbeitung des Konzepts explizit auf: eine Typologie entspreche nicht der Intention des Konzepts, vielmehr stünde die Analyse von Handlungspraktiken im Fokus. Damit weisen sie zugleich Fragen danach, welcher Männlichkeitstyp denn nun hegemonial sei, zurück. Die Voraussetzung für die Entwicklung einer hegemonialen Männlichkeit sei eine sozial differenzierte Gesellschaft und gesellschaftliche Durchlässigkeit, so dass Praktiken und Lebensstil einer dominanten Gruppe zu einer allgemein gültigen Orientierungsfolie werden können (vgl. Connell/Messerschmidt 2005: 838). Dass eine Männlichkeit sich gesellschaftlich durchsetzt, setzt ein Zentrum gesellschaftlicher und politischer Macht voraus: so kann für die bürgerliche Gesellschaft und den Nationalstaat des 19.

Jahrhunderts das Militär als ausschlaggebend verstanden werden. Michael Meuser und Sylka Scholz nehmen an, dass die gegenwärtige Differenzierung gesellschaftlicher und politischer Macht bewirkt, dass sich nicht mehr eine einzige Form hegemonialer Männlichkeit durchsetzen kann, sondern unterschiedliche Konstruktionen nebeneinander bestehen (vgl. Meuser/Scholz 2005: 212ff., 2011). Connell und Wood führen allerdings das Top-Management global agierender Unternehmen und die Massenmedien als zentrale gesellschaftliche Machtzentren an (vgl. Connell/Wood 2005: 347).

Ein weiterer Kritikstrang richtet sich auf die Frage der Analyseebenen: So wird Hearn zufolge nicht deutlich, ob sich der Begriff ‚hegemoniale Männlichkeit‘ auf kulturelle Repräsentationen, Alltagspraktiken oder institutionelle Strukturen bezieht (vgl. Hearn 2004: 58). Auch Dinges betont, dass hegemoniale Männlichkeit sowohl Zielvorgaben und Herrschaftsnormen als auch gelebte Realität, nämlich vielfältige bewusste und unbewusste, routinisierte Formen der Umsetzung in sozialen Praktiken umfasst (vgl. Dinges 2005: 11). Untersuchen lasse sich zum einen die Funktionsweise männlicher Herrschaft, zum anderen historisch konkrete hegemoniale Muster von Männlichkeit. Meuser antwortete auf diese Überlegungen mit dem Vorschlag, hegemoniale Männlichkeit als generatives Prinzip zu begreifen (vgl. Meuser 2010a: 121ff.).

Hegemoniale Männlichkeit als generatives Prinzip

Meuser entwickelt Connells Ansatz weiter, indem er ihn mit Bourdieus Konzeption männlicher Herrschaft verbindet. Zum einen gelingt es damit, die homosoziale Dimension von Macht und Dominanz stärker zu akzentuieren, zum anderen nimmt Meuser eine konzeptionelle Präzisierung vor, indem er hegemoniale Männlichkeit als Orientierungsmuster und Grundlage der Herstellung von Männlichkeit begreift. Der Begriff Geschlechtshabitus dient dazu, die Logik der Konstruktion und des *doing* von Männlichkeit zu analysieren.

Connells Konzeption, Männlichkeit nicht als Eigenschaft einer Person, sondern als hegemoniale Handlungspraxis zu begreifen, legt Meuser zufolge eine Verknüpfung mit Bourdieus Habitusbegriff und dessen Konzept symbolischer Gewalt nahe. Beide gingen außerdem von einer für Männlichkeit grundlegenden doppelten Abgrenzungsbewegung sowohl gegenüber Frauen, als auch gegenüber anderen Männern aus. Meuser stellt mit Bourdieu besonders die Bedeutung der homosozialen Dimension und der Bedeutung von Konkurrenz und Wettbewerb für die Entstehung des männlichen Habitus heraus (vgl. Meuser 2006b, 2010a). Demzufolge konstituiert sich der männliche Habitus „nur in Verbindung mit dem den Männern vorbehaltenen Raum, in dem sich, *unter Männern*, die ernstesten Spiele des Wettbewerbs abspielen“ (Bourdieu 1997: 203).

Die Gleichzeitigkeit von Hierarchie und Vergemeinschaftung, von Wettbewerb und Solidarität wird als zentrales Kriterium männlicher Sozialisation herausgestellt. Zentral ist für Meuser aber, dass aus der doppelten Distinktion heraus nicht notwendig hegemoniale Männlichkeit entsteht. Weit häufiger werde die gesellschaftliche Männlichkeitsnorm nicht realisiert. Meuser versteht deshalb hegemoniale Männlichkeit als „Orientierungsfolie“⁶ (Meuser 2010a: 126): Auch der Herstellung untergeordneter Männlichkeiten liegt demzufolge mit dem Streben nach Dominanz über Frauen und andere Männer dasselbe Prinzip zugrunde. Hegemoniale Männlichkeit kann als das generative Prinzip der Konstruktion von Männlichkeit und des männlichen Habitus verstanden werden. Anders als Connell, die von einer bewussten, aktiven Bündnisbildung von Männern ausgeht, ermöglicht es der Bezug auf Bourdieus Habituskonzept, die vorreflexive, körperliche (eben habituelle) Verankerung des Dominanzstrebens in den Blick zu nehmen. Der männliche Geschlechtshabitus wird demzufolge in immer neuen Strukturübungen sowohl in kognitive Strukturen als auch in körperliche Routinen eingeschrieben. *Doing masculinity* ist die Ausprägung eines männlichen Habitus im alltäglichen Handeln.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die soziale Konstruktion von Männlichkeit in einer „doppelten Dominanz- und Abgrenzungslogik“ gegenüber Weiblichkeit(en) auf der einen und Männlichkeit(en) auf der anderen Seite erfolgt (Meuser/Scholz 2011: 61). Meuser zufolge reproduzieren sich Hierarchie und Dominanz, indem hegemoniale Männlichkeit innerhalb einer gemeinsam geteilten Kultur als generatives Prinzip wirkt. Die Grundlagen müssen jedoch immer wieder neu ausgehandelt werden und können sich in sozialen Kämpfen transformieren (Meuser/Scholz 2005: 216f.). Diese Konzeption liegt dem in meiner Studie verwendeten Begriff von Männlichkeit/en zugrunde. Hegemoniale Männlichkeit im Sinne einer Orientierungsfolie fungiert als sensibilisierendes Konzept, um das Feld, in dem Viagra verortet ist, zu untersuchen. Daraus ergeben sich für meine Arbeit zwei Fragen. Was bedeutet diese Konstruktion von Männlichkeit/en mit Blick auf Körperlichkeit und Sexualität? Dieser Frage werde ich im folgenden Unterkapitel anhand von Studien aus der Männlichkeitsforschung, der Geschlechterforschung und den Sexualwissenschaften nachgehen (2.3). Die darüber hinaus weisende Frage danach, was die Existenz des Mittels Viagra für eine dominante, aber veränderbare Konstruktion von Männlichkeit/en bedeutet, wird im weiteren Verlauf des Buches zunächst auf Basis bereits vorliegender Studien (Kapitel 2) und schließlich anhand meines empirischen Materials beantwortet (Kapitel 5).

6 An anderer Stelle gebraucht er, in Anlehnung an Connell auch den Begriff „Orientierungsmuster“ (Meuser 2010a: 130)

1.2.3 Verkörperte Männlichkeit/en

Sowohl Connell als auch Bourdieu messen dem Körper einen bedeutenden Stellenwert für die Darstellung von Geschlecht und die Reproduktion von Geschlechterverhältnissen bei. Der Körper wird als aktiver Part sozialer Prozesse verstanden, der soziale Praktiken im Wechselspiel individueller und institutioneller Vorgänge mitkonstituiert, sie durchkreuzt oder transformiert (vgl. Bourdieu 2005: 22ff.; Connell 2006: 65ff.). Im folgenden Kapitel möchte ich die Rolle von Körperlichkeit für ein *doing difference* bzw. *doing masculinity* in den Blick nehmen. Ich gehe davon aus, dass sowohl Körperkonzepte und der Umgang mit dem eigenen Körper als auch sexuelles Begehren und Handeln anhand von Geschlechterdifferenzen und dem Wissen darum organisiert sind. Wie im vorherigen Kapitel gezeigt, müssen Männlichkeiten im Plural und in Veränderung begriffen gedacht werden. Dennoch ist das empirische Feld dieser Studie durch alltägliche Zuschreibungen und alltägliches Erleben eindeutig ‚männlicher‘ Körperlichkeit geprägt. Im Mittelpunkt stehen deshalb hier die spezifischen Inhalte des auf Körper und Sexualität bezogenen Geschlechterwissens der Gesellschaft, die empirisch im Fokus steht. Sowohl auf Körperlichkeit als auch auf Sexualität bezogen stellt sich damit die Herausforderung, tradierte, hegemoniale (oder möglicherweise hegemonial gewesene) Vorstellungen und Deutungen männlicher Sexualität als wirkmächtige Deutungsgrundlage darzustellen, ohne diese damit zu verallgemeinern oder zu reifizieren.

Grundlage meiner Darstellungen bilden Beiträge aus der Geschlechter- und Männlichkeitsforschung sowie der feministischen Sexualwissenschaft. Innerhalb der Männlichkeitsforschung finden sich etliche allerdings überwiegend deskriptive Darstellungen der von Männern erwarteten Körperlichkeit bzw. Sexualität. Analytisch beziehen sich die Arbeiten insbesondere auf das Konzept hegemonialer Männlichkeit und rekonstruieren daran angelehnt auch hegemoniale Formen männlicher Sexualität (vgl. insb. Plummer 2004 und Kimmel 2005), im deutschsprachigen Raum wurden Männlichkeiten insbesondere mit Blick auf spezifisch vergeschlechtlichte somatische Kulturen (vgl. Kolip 1997) und schließlich mit Blick auf den zunehmend thematisierten männlichen Körper analysiert (vgl. Meuser 2003, 2005, 2011). Aus Perspektive einer feministischen Sexualwissenschaft wurden insbesondere Konzepte wie das *male sexual script* kritisch diskutiert (vgl. insb. Tiefer 2008 und Potts 2001).

1.2.3.1 Vergeschlechtlichte Körperlichkeit

„Wahre Männlichkeit scheint sich fast immer vom männlichen Körper abzuleiten“ konstatiert Connell (2006: 65). Sowohl im Alltagsverständnis als auch in naturwissenschaftlichen Zugängen wird der männliche Körper als biologisch vergeschlechtlicht verstanden: Chromosomen, Keimdrüsen und Hormone begründen demnach eine biologische Determiniertheit von Männern, insbesondere mit Blick auf Körperlichkeit und Sexualität (vgl. ebd. und Hearn 2012). Allerdings steht diesem Aspekt eine gegenteilige Deutung gegenüber: Männer und Männlichkeit wurden und werden als rationaler, geistiger Gegenpol zur durch Körperlichkeit bestimmten Weiblichkeit entworfen und damit gerade nicht als körperbestimmt gedacht (vgl. 1.1). Hearn stellt die Widersprüchlichkeit dieser Konstruktion heraus:

“There are major contradictions in dominant constructions of males/men’s bodies – between, on one hand, the present and embodied biological male body, even simply as biological bodies, on the other, the absent, disembodied, male minds, even simply disembodied minds.” (ebd.: 310)

Die (teils) widersprüchlichen Annahmen über Körper und Geschlecht prägen das gegenwärtige Geschlechterwissen und schlagen sich in vergeschlechtlichten Körperpraktiken nieder. Männlich bzw. weiblich vergeschlechtlichte Körperpraktiken spiegeln zum einen die Binarität der Geschlechterordnung, zum anderen deren hierarchische Organisation. Orientierung an physischer Kraft und Effektivität auf der einen, an Ästhetik und sorgender Aufmerksamkeit für den Körper auf der anderen Seite stehen einander gegenüber. Der weibliche Körper wird dabei gesellschaftlich tendenziell als schwächer, aber auch als defizitär betrachtet. Unterschiedliche Studien zum Körperkonzept bei Männern bzw. Frauen stellen heraus, dass Weiblichkeit in hohem Maße über das Wahrgenommen werden und die Attraktivität für das andere Geschlecht bestimmt sei. Dem männlichen Blick komme dabei eine validierende Bedeutung zu (vgl. z.B. Bourdieu 1997; Flaake 2001; Sobiech 1994). Frauen sind damit der Erwartung ästhetischer Perfektionierung ausgesetzt. Körperpraktiken, wie der Gebrauch von Kosmetik oder Diäten, sind Resultat dieses Anspruchs und wirken wiederum weiblich vergeschlechtlichend. Insgesamt gilt ein weiblich vergeschlechtlichter Umgang mit dem Körper als von Aufmerksamkeit und Sorge geprägt (vgl. Villa 2008a; Meuser 2005: 280ff.).

Männlich vergeschlechtlichte Körperpraktiken sind demgegenüber auf die Belastbarkeit des Körpers bezogen (vgl. z.B. Connell 2006: 76ff.; Kolip 1997: 110ff.). Statt Ästhetisierung steht im Mittelpunkt „Raum zu beanspruchen, eine physische Präsenz in der Welt zu haben“; Zähigkeit und Tapferkeit

bieten eine Möglichkeit den Körper positiv zu besetzen und im Sinne eines *doing difference* einzusetzen (Connell 2006: 77). Damit einhergehend wird häufig ein objektivierender Körperbezug als ‚typisch‘ männlich beschrieben: Der Körper gilt darin als Mittel um eigene Ziele zu erreichen oder als Entität mit einem Eigenleben, die es zu bezwingen gilt (vgl. Bongers 1995: 139f.; Meuser 2005: 283). Connell beschreibt, dass Jugendliche lernen, ihren Körper geschlechtsspezifisch zu erleben und einzusetzen. Durch ‚körperreflexive‘ Praxen schreibe sich das Soziale in den Körper ein (vgl. Connell 2006: 79ff.; vgl. auch Winter/Neubauer 2005; Tervooren 2011; Meuser 2010b). Für Männlichkeit stellt sie insbesondere zwei Aspekte heraus: den Körper auf unterschiedliche Weise riskierende Praxen, wie „smoking, reckless driving, physical violence, and unprotected sex“ sowie sportliche Wettbewerbe, bei denen es neben dem Aufbau von Muskeln auch darum gehe Stärke zu beweisen, indem potentielle Verletzungen in Kauf genommen würden (Connell 2005: 15). Körperliches Risikohandeln steht auch im Mittelpunkt weiterer Studien.

Petra Kolip zeigt, dass derartige Formen des Risikohandelns in der Adoleszenz bei Jungen und Mädchen üblich sind, Differenz aber über unterschiedliche Formen gewahrt bleibt. So wirkt Kolip zufolge das von Connell beschriebene externalisierende Risikoverhalten männlich vergeschlechtlichend, während sich ebenfalls auf den Körper richtendes, aber internalisierendes Risikohandeln (wie zum Beispiel Essstörungen oder Medikamentenmissbrauch) weiblich konnotiert ist. Internalisierendes Risikoverhalten geschehe eher im Verborgenen und erhalte wenig Anerkennung, während externalisiertes Verhalten meist in einen kollektiven Rahmen (die Peergroup oder sogar institutionalisierte Sportwettkämpfe) eingebettet werde (vgl. Kolip 1997: 238ff.). Meuser fasst diesen Umgang mit dem Körper als Einüben eines männlichen Geschlechtshabitus (vgl. Meuser 2006b, 2008). Wie Connell stellt er heraus, dass sich ein „wettbewerbsförmig strukturiertes Risikohandeln“, insbesondere bei adoleszenten Jungen findet (Meuser 2008: 36). Er deutet körperrisikante Praktiken als situatives Herstellen von Männlichkeit im Sinne eines *doing gender*. Dabei werde Männlichkeit innerhalb einer Gemeinschaft von Jungen immer wieder herausgefordert, gleichzeitig vermittele die Inbeweistellung fundamentale (habituelle) Sicherheit. Wie eine angemessene Performance anerkannter Männlichkeit aussehen sollte, wird auf diese Weise fortlaufend verdeutlicht. Von besonderer Bedeutung ist dabei die homosoziale Peergroup: Sie bietet den Raum um die doppelte Abgrenzung gegenüber Frauen und gegenüber anderen Männern in (meist spielerischen) Wettbewerben einzuüben. Meuser geht deshalb davon aus, dass es sich beim Riskieren des Körpers um eine Form der ernstesten Spiele des Wettbewerbs handelt. Im Sinne einer „Strukturübung“ werde die Logik des männlichen Geschlechtshabitus angeeignet und inkorporiert (vgl. ebd.: 42).

Geschlechtsspezifische Körperpraktiken spiegeln die Ordnung der Geschlechterverhältnisse. Meuser geht von „somatische[n] Kulturen der Geschlechterdifferenz“ aus, welche die Körperlichkeit von Männern und Frauen prägen (Meuser 2005: 278). Der Körper dient als Mittel der Aneignung und Darstellung von Geschlecht: den Körper in Kämpfen einzusetzen oder auf andere Weise zu riskieren ist *doing gender*. Darüber hinaus bedeutet eine ‚Verkörperung‘ von Geschlecht, dass subjektives Spüren und affektive Erfahrung als zentrale Dimensionen eines alltagsweltlichen Erlebens von Geschlecht einbezogen werden müssen. Der überzeugende Verweis auf den Unterschied im gefühlsmäßigen Erleben des Körpers fungiert als zentrale Begründung der Naturhaftigkeit von Geschlecht (vgl. Villa 2010: 212ff.). Zum Erleben und Verkörpern von Männlichkeit gehören, so formuliert es Connell, ein bestimmtes Hautgefühl, bestimmte Formen und Spannungen der Muskeln, Körperhaltungen und Bewegungen oder Möglichkeiten beim Sex (Connell 2006: 73). Insbesondere Gesa Lindemann weist nachdrücklich auf die Bedeutung leiblich-affektiver Wahrnehmungen für die Stabilisierung der Geschlechterordnung hin. Der Leib wird ihr zufolge so gespürt bzw. erfahren, wie er durch Wissen über den Körper und die Körperformen strukturiert wird. Besonders den Körperformen Penis, Männerbrust, Vagina und Busen kommen als das „sozial verfasste objektivierte Geschlecht“ auch Bedeutung für die leiblich-affektive Wahrnehmung zu (Lindemann 1993: 39).

Veränderungen und Verunsicherungen in unterschiedlichen Feldern – der Arbeitsbiographie, der familiären Arbeitsteilung oder des Bildungserfolgs – stellen seit den 1970er Jahren männliche Macht und gesellschaftliche Dominanz in Frage. In den vergangenen Jahrzehnten sind diese Veränderungen medial häufig als ‚Krise des Mannes‘ oder Krise der Männlichkeit beschrieben worden. Es sei nicht länger klar, so zum Beispiel Nina Degele, was Männlichkeit eigentlich bedeuten solle (Degele 2007: 29f.). Häufig gilt der Erfolg der Frauenbewegung dabei als Ursache dieser Krise. Soziologisch werden die Veränderungen als Transformation der Geschlechterordnung verhandelt, die bewirke, dass tradierte Männlichkeitskonstruktionen und männliche Dominanz „die Evidenz des Selbstverständlichen“ verlieren (Meuser/Scholz 2011: 56). Lynne Segal argumentiert, dass gelebte Männlichkeit allerdings nie derart bruchlos und ungeteilt sein konnte, wie ihre symbolische Manifestation suggerierte. Dennoch erscheine Männlichkeit nun weniger hegemonial als zuvor (vgl. Segal 1990: 102). Scholz und Meuser schließen an diese Argumentation an, wenn sie von einem Strukturwandel hegemonialer Männlichkeit sprechen (vgl. Meuser/Scholz 2011).

Als zentraler Bestandteil der Geschlechterordnung verändert sich auch vergeschlechtlichte Körperlichkeit. Meuser spricht von einer „Neucodierung der Geschlechtskörper“, die besonders am männlichen Körper sichtbar werde (Meu-

ser 2005: 286). Je brüchiger die fraglose Gegebenheit männlicher Dominanz erscheine, desto stärker ziehe auch männliche Körperlichkeit Aufmerksamkeit auf sich. Dass das „vormals körperlose Geschlecht“ nun einen Körper bekommt, Männer somit als vergeschlechtlicht in den Blick geraten, kann Meuser zufolge besonders gut in zwei Feldern nachgezeichnet werden: der Inszenierung (auch) männlicher Körperlichkeit als Objekt der Gestaltung sowie der neuen geschlechtlichen Markierung von Männern innerhalb gesundheitswissenschaftlicher und medizinischer Diskurse (Meuser 2003: 177).

Ansprüche an einen geformten, bearbeiteten Körper richten sich zunehmend auch auf Männer. Meuser analysiert die neuen Körperinszenierungen mit Hilfe von Lifestyle-Magazinen wie *Men's Health* und *GQ* – sie lassen sich aber ebenso anhand der gewachsenen Bedeutung des Erscheinungsbildes und der gestiegenen Zahl von Schönheitsoperationen für Männer zeigen. Männlichkeit erscheint insbesondere im Diskurs der ‚Männerzeitschriften‘ als Frage des richtig präsentierten Körpers, der zu diesem Zweck gezielt bearbeitet und gestaltet werden muss (vgl. ebd.: 175ff.). Meuser macht ein neues Männerbild aus, dass eine erhöhte Aufmerksamkeit auf den Männerkörper als Voraussetzung für ein erfolgreiches Leben propagiert. Die Zeitschriften bieten dazu erforderliches Körperwissen an. Damit kann die neue „Körperreflexivität“ zum einen als Teil eines medialen und gesellschaftlichen Körperbooms, zum anderen als Veränderung im Geschlechtsstatus von Männern verstanden werden (ebd.: 177). Auch in Gesundheitswissenschaften und Medizin verändert sich der Blick auf den Männerkörper: Dieser gilt nicht länger als Norm, sondern im Gegenteil als defizitär – gemessen am Gesundheitsverhalten von Frauen erscheinen Männer als weniger ‚körperkompetent‘. Besonders die Männergesundheitsforschung leitete aus statistischen Krankheitsrisiken (wie zum Beispiel dem erhöhten Risiko für Bluthochdruck und Herzinfarkt) und der geringeren Lebenserwartung von Männern ab, dass Männlichkeit „gesundheitlich kontraproduktiv“ sei (Bründel/Hurrelmann 1999: 145). Dabei wird üblicherweise argumentiert, dass die Anforderungen der männlichen Geschlechtsrolle krankmachend seien (v.a. in Anlehnung an Harrison et al. 1992, vgl. für einen Überblick Sabo 2000). Meusers Deutung zufolge fungiert der Körper innerhalb dieser Argumentation als „Wahrheitsinstanz“ (Meuser 2003: 171): Der männliche Körper wirkt als Beweis für die negativen Auswirkungen von Männlichkeit und ermöglicht es gleichzeitig auch den Mann als Opfer einer patriarchalen Gesellschaftsordnung zu verstehen. Das kann einerseits Verunsicherung bewirken – andererseits kann der Körper aus dieser Perspektive als Rettungsanker und Garant von Authentizität verstanden werden (ebd.). Entsprechend rückt der Männerkörper in den Blick der Medizin: Während die Geschlechtsspezifik von Gesundheitsproblemen bei Männern bis vor wenigen Jahren kein Thema war, wird dazu inzwischen einge-

hend geforscht und debattiert (vgl. z.B. Sabo/Gordon 1995; Hurrelmann/Kolip 2002). Mit der Andrologie differenziert sich gerade im Zeitraum der Veränderung der Geschlechterordnung eine medizinische Teildisziplin aus, die sich auf den Körper des Mannes – nicht als allgemein-menschlichen, sondern als besonderen Körper – spezialisiert (vgl. Wöllmann 2004, 2008, 2011). Insbesondere mit Blick auf die ‚Andropause‘, Haarausfall und Erektionsschwierigkeiten wird von einer Medikalisierung von Männlichkeit gesprochen (vgl. Rosenfeld/Faircloth 2006; Conrad 2007; siehe auch 1.3).

Sowohl auf dem Feld der Fitness und Ästhetik als auch im medizinischen Rahmen wird der männliche Körper auf neue Weise geschlechtlich markiert und erfährt eine Bedeutungsaufwertung. Ich werde darauf im folgenden dritten Kapitel zurückkommen und beide Felder mit einem Schwerpunkt auf Körpermodifikation eingehender betrachten (siehe 1.3). Vorher steht jedoch zunächst die Frage nach ‚männlicher‘ Sexualität im Fokus.

1.2.3.2 Vergeschlechtlichte Sexualität

Sexualität kann ebenfalls als vergeschlechtlichte Praxis und damit als wichtiger Bestandteil der kulturellen Konstruktion von Geschlechterdifferenz verstanden werden (vgl. z.B. Jackson/Scott 2007: 95ff.; Stein-Hilbers et al. 2000: 15f., aber auch den Bezug auf die emotionale Bindungsstruktur bei Connell, siehe 1.2.2). Sie gerät hier als eine der körperbasierten Praktiken in den Blick, die durch Geschlechterwissen geprägt sind und Männlichkeiten (mit-)konstituieren. Betrachtet man sexuelles Handeln in Anlehnung an die Arbeiten von John H. Gagnon und William Simon (2000; 2005) als soziales Handeln, wird deutlich, dass kollektive Wissensbestände einen Möglichkeitsraum sexuellen Verhaltens schaffen, innerhalb dessen Menschen ihre sexuelle Praxis entwerfen und ausformen. Sexuelles Begehren und Lust können auf diese Weise als sozial und interaktiv verstanden und analysiert werden. Inneres Erleben, Wünsche, Phantasien, Handlungen und Wahrnehmung erfolgen im Rückgriff auf einen kulturellen Vorrat an Handlungs- und Deutungsmustern, der auch stark durch Geschlechterwissen geprägt ist, das Annahmen über je geschlechtsspezifisches sexuelles Handeln und Empfinden beinhaltet (vgl. Gagnon/Simon 2005; Funk/Lenz 2005; Jackson/Scott 2010). Stevi Jackson und Sue Scott beziehen darüber hinaus das geschlechtsspezifische Körpererleben mit ein. In Anlehnung an Lindemann analysieren sie, inwiefern objektivierte Körperwissen mit dem Erleben von erotischem Begehren und sexueller Lust verschränkt ist. Mit Hilfe einer analytischen Trennung der im sexuellen Erleben untrennbaren Ebenen des *objectified*, *sensory and sensate body* zeigen sie, dass Wissen über den verob-

jektivierten Körper anleitet, was gefühlt wird, welche Stimuli als lustvoll erlebt werden oder welche Körperteile innerhalb sexueller Begegnungen ins Spiel gebracht werden.

„Objectified embodiment, while it is the mode through which we identify and experience bodies as having facticity, does not imply that bodies are simply there to be defined as sexual: how they are sexualized (for example, divided into erogenous zones) may well affect how bodily acts and sensations are perceived, ordered and experienced in the progress of a sexual encounter.“ (Jackson/Scott 2007: 100)

Im Folgenden werde ich nachvollziehen, welche Annahmen sozial und kulturell mit männlich vergeschlechtlichter Sexualität in Zusammenhang gebracht werden. Sowohl innerhalb der Männlichkeitsforschung als auch aus kritisch sexualwissenschaftlicher Perspektive wird beschrieben, dass das dominante kulturelle Narrativ hegemonialer Männlichkeit mit spezifischen Vorstellungen über männliche Sexualität verbunden ist. Körperliche Stärke, sexuelle Potenz und Dominanz spielen demnach eine bedeutende Rolle. (Hetero-)Sexuelles Begehren werde bei Männern vorausgesetzt und mit Erektionen und aktivem Verhalten beim Sex zusammengedacht. Männliche Sexualität erscheine insbesondere auf den Penis/Phallus und die Penetration fokussiert. Dabei stehe der erigierte Penis als Phallus symbolisch für Macht, Durchsetzungskraft und Leistung und gelte als Männlichkeitsbeweis (vgl. Plummer 2004; Tiefer 2008). Innerhalb der Männlichkeitsforschung wird diese Konstellation als hegemoniale männliche Sexualität beschrieben bzw. in Anlehnung an feministische Forschung als phallosentrisch kritisiert (vgl. Kimmel 2005; Plummer 2004). Aus kritisch sexualwissenschaftlicher Perspektive bezeichnet Tiefer die Ansprüche an männliche Sexualität als ‚*male sexual script*‘, das spezifische Ansprüche generiert (Tiefer 1991, 1994). Beide Kontexte gehen davon aus, dass der Imperativ (hetero-)sexueller, auf den Penis bezogener Performance in die Opposition zwischen Männern und Frauen eingebettet ist und auf der Matrix der Heteronormativität funktioniert (vgl. Butler 1991; für die Männlichkeitsforschung v.a. Plummer 2004). Auch männliche Sexualität lässt sich demnach nur in Relation zu Weiblichkeit und weiblicher Sexualität beschreiben. Mit Männlichkeit wird innerhalb dieser binären Opposition eine aktive, phallische und penetrierende Sexualität verbunden, während weiblicher Sexualität eine passive, empfangende/aufnehmende und damit unterlegene Rolle zugeschrieben wird. Die binäre und hierarchisch strukturierte Geschlechterdifferenz, so fasst es Butler, wird mit einer heterosexuellen Normierung des Begehrens verbunden (vgl. Butler 1991: 220).

Auch mit Blick auf Sexualität zeigen sich demnach die die Etablierung moderner Körperlichkeit und Zweigeschlechtlichkeit bestimmenden Dichoto-

mien (siehe 1.1). Dabei lassen sich Jackson und Scott zufolge zwei miteinander verknüpfte, sich teils widersprechende Konzeptionen männlicher Sexualität zeigen, die weiterhin wirksam sind (vgl. Jackson/Scott 1997). Grundlegend für beide Konzeptionen ist die Annahme eines männlichen sexuellen Trieb, der insbesondere von Biologie und Medizin postuliert wurde und gegenwärtig zum Standardrepertoire alltagsweltlichen Geschlechterwissens gilt: Als Resultat angenommener ‚natürlicher‘, auf evolutionärer und biologischer Notwendigkeit gründender Bedürfnisse, gelten Männer als ständig bereit für sexuelle Aktivität. Eine erste Version dieses Wissens geht davon aus, dass männliche Sexualität auf existentielle Weise unkontrollierbar sei. Männer werden demzufolge von biologischen Bedürfnissen und (Re-)Aktionen des Penis regiert, dabei wird der Penis häufig als unbändig, als Entität mit eigenem Willen dargestellt. Die unkontrollierbare Natur des Penis – ablesbar an spontanen Erektionen – ist ein Zeichen von Potenz und Männlichkeit, das aber von Männern kontrolliert werden muss (vgl. z.B. Friedman 2001). Innerhalb der Dichotomie zwischen Natur und Rationalität konnte Sexualität auf diese Weise der Natur, der körperlichen, irrationalen und damit weiblichen Seite zugeordnet werden. Innerhalb einer gegenläufigen Version wurde Sexualität gleichzeitig aber als männlich und rational bestimmt verstanden, indem sie in naturwissenschaftliche Diskurse um die eigenen rationalen Gesetze der Natur integriert wurde:

„Modern scientific discourse has constituted human nature and nature in general, as orderly in a new sense – as amenable to rational classification and explanation. Hence it has become possible for sexuality, and in particular male sexuality, to be posited as a rational force.“ (Jackson/Scott 1997: 557)

Innerhalb dieser Denkfigur werden irrationale Aspekte von Sexualität stärker den – weiterhin weiblich konnotierten – Emotionen zugeschrieben, als dem Sex.

Dass Vergeschlechtlichung in besonderer Weise durch das leibliche Spüren erfolgt, lässt sich mit Lindemann auch für Sexualität zeigen. Die ‚Konfiguration‘ des leiblichen Spürens durch das verobjektivierte Geschlecht erfolgt für verschiedene Körperformen in unterschiedlichem Maße. Lindemann zufolge lassen sich Körperformen als signifikant bzw. insignifikant in Bezug auf das Geschlecht systematisieren. Während signifikante Körperformen nur als ein Geschlecht empfunden werden können, stehen insignifikante Körperformen unterschiedlichem affektiven Erleben offen – sie können sowohl als männlich oder weiblich empfunden werden. Für meine Untersuchung ist Lindemanns Analyse von Interesse, den Penis als besonders bedeutungsvolle signifikante Körperform zu betrachten. Dabei geht sie davon aus, dass dem Penis nicht als primäres Geschlechtsmerkmal an sich eine besondere Rolle zukommt, sondern in seiner Zeichenhaftigkeit (vgl. ebd.: 261). Von besonderer Bedeutung ist der

Penis auf zwei Ebenen: zum einen gilt er als konstitutives Merkmal des männlich vergeschlechtlichten Körpers. Wie Busen und Vagina für das Frau-Sein stehen, ist ein Penis ein Zeichen für das Mann-Sein. Darüber hinaus geht Lindemann aber davon aus, dass der Penis „umfassender als alle anderen körperlichen Formen das Geschlecht“ bedeutet. Für diese besondere Stellung macht sie die ‚visuell-taktile Dimension‘ des erigierten Penis verantwortlich. Die Erektion zeige die Erregung als sichtbaren und tastbaren Sachverhalt. Für die Partner_in bedeutet dies, das Begehren des Gegenüber deutlich sehen und spüren zu können. Die sichtbare Erregung führt Lindemann zufolge zu einer Selbstvergeschlechtlichung.

„Der männliche Geschlechtskörper legt die subjektive Begehrensposition zwar nicht absolut, aber doch nachhaltig fest, d.h., er bedeutet, daß die Person, die diesen Körper hat, andere als Mann begehrt.“ (ebd.: 223)

Demgegenüber ermögliche es die gegenwärtige Konzeption weiblicher Geschlechtskörper, sowohl als Mann als auch als Frau zu begehren. Der besondere Bedeutungsgehalt liegt also zum einen darin, für andere das Geschlecht zu bedeuten (dies gilt auch für andere signifikante Körperformen), zum anderen bestimmt und zeigt der Penis anders als andere signifikante Körperformen die eigene Begehrensposition – als Mann. Die Geschlechterbinarität ist demnach also eng mit einer Binarität von Begehrenspositionen verbunden. Villa stellt kritisch heraus, dass diese Verankerung eines Körpers mit einer männlichen Identität durch den Penis nur plausibel ist, solange Heteronormativität als diskursive Folie einbezogen wird. Die sozial verfasste Dichotomie des Begehrens und die leiblich gespürte Dichotomie der Körperformen wirken gegenseitig verstärkend. Allerdings trage die Argumentation schon mit Blick auf die leiblichen Erfahrungen von Frauen, die Dildos verwenden nicht (vgl. Villa 2010: 236ff.).

Transformationen lassen sich auch für den Bereich der Sexualität zeigen. Mit der Trennung von Sexualität und Reproduktion seit den 1960ern Jahren, so konstatiert insbesondere die Sexualwissenschaft, sei der Stellenwert des sexuellen Genusses gewachsen: Sexualität gelte nun als „positive, playful and life-enhancing“, eine über die gesamte Lebensspanne aufrecht erhaltene, befriedigende sexuelle Aktivität gewinne an Bedeutung (Jackson/Scott 1997: 559). Gegenwärtige Analysen von Sexualität betonen insbesondere die Vervielfältigung sexueller und geschlechtlicher Empfindungs- und Lebensweisen, innerhalb derer Spaß und Befriedigung sowie der Konsens der Beteiligten als normativ gelten (vgl. Giddens 1993; Simon 1996; Sigusch 2005). Im Zuge dieser Liberalisierung scheint sich der Unterschied zwischen den Geschlechtern, die *sexual gender gap* in Bezug auf Sexualität zu verringern. So argumentiert zum Beispiel

Michael S. Kimmel, die im Rahmen feministischer Bewegungen erkämpfte sexuelle Autonomie für Frauen bewirke eine Annäherung männlicher und weiblicher Haltungen gegenüber Sexualität, sowie ihrer sexuellen Wünsche und Erfahrungen. Insbesondere der doppelte Standard sexuellen Verhaltens, demzufolge sexuelle Erfahrungen Männern als Erfolge und Frauen als moralisch fragwürdig zugeschrieben werden – verändere sich (vgl. Kimmel 2005: 11ff.). Auf Männlichkeit bezogen konstatiert David Plummer, die Vorstellung einer gegebenen, essentiellen und dominanten Version männlicher Sexualität werde gegenüber diverseren Praktiken und flüchtigeren Mustern geschwächt, fragmentiert und verändert. Es sei aber wichtig, im Blick zu behalten, dass diese Vielfältigkeit auf Grundlage tradierter Annahmen über männliche und weibliche Sexualität geschehe. Eine enge Verbindung zum System der Zweigeschlechtlichkeit und zu vergeschlechtlichten Praktiken bleibt bestehen oder muss explizit in Frage gestellt werden (vgl. Plummer 2004: 187ff.). So verweist Kimmel darauf, dass Geschlecht und die damit verbundenen Erwartungen und Ansprüche relevanter für die Ausgestaltung von Sexualität sei, als die sexuelle Orientierung (vgl. Kimmel 2005: 16ff.).

Für die Frage nach dem Umgang mit Viagra sind vor allem einige Studien interessant, die zeigen, dass in dem Maße, wie guter Sex für eine individuelle Erfüllung steht, eine kompetente sexuelle Performance insbesondere von Männern an Bedeutung gewinnt. Plummer beschreibt Schwäche und Verletzlichkeit als eine Kehrseite der Fokussierung auf den Penis, die auf individueller Ebene Ängste und Unsicherheiten nach sich ziehe:

„Men’s sexuality so frequently seems to come to focus upon the penis (physical) and the phallus (symbolic): both can bring problems. Thus, there are worries of size when it is flaccid, worries of it not getting erect quickly enough, worries of it being too erect too often, worries of it not staying erect long enough and severe worries of it not getting erect at all. Then there are problems of ejaculation – of coming too soon, too late or not at all. And often all of this is significant because men let it – or make it – come to define their masculinity.“ (Plummer 2004: 179f.)

Mehrere Studien analysieren auf Grundlage von Ratgebern sowie in Bezug auf medizinische geprägte Vorstellungen von Sexualität die spezifisch vergeschlechtlichten Annahmen darüber, wie sexuelle Aktivität unter der Prämisse sexueller Erfüllung vor sich gehen solle (vgl. Jackson/Scott 1997; Potts 1998; Tiefer 1994). An Männer richtet sich demnach der Anspruch, Experten sexueller Performance zu sein oder sich diese Expertise anzueignen, während Frauen zunehmend als kritische Empfängerinnen männlicher Performance imaginiert werden (vgl. Potts 1998: 164; Tiefer 1994: 370f.). Als normative Folie liegt sowohl medizinischen Vorstellungen als auch populären Ratgebern der von Masters und Johnson entwickelte *Human Sexual Response Cycle* zugrunde,

demzufolge die Stadien Erregung, Plateau, Orgasmus und Rückbildungsphase aufeinanderfolgen (vgl. Masters/Johnson 1967). Dabei geht die klassische Sexualmedizin an Masters und Johnson angelehnt davon aus, dass männliche Körper Erregung und Lust durch Erektionen und Ejakulation zu erkennen geben. Annie Potts betont, dass auch Ratgeber, die die Befriedigung der Partnerin verstärkt ins Zentrum heterosexuellen Sex stellen, eine Reihenfolge vorgeben, in denen der Orgasmus der Partnerin vor der Penetration bzw. dem männlichen Höhepunkt steht. Der Orgasmus des Mannes signalisiere damit das Ende jeder bedeutenden sexuellen Aktivität (vgl. Potts 1998: 169). Kritik am *Human Sexual Response Cycle* richtet sich deshalb häufig darauf, diesen als phallozentrische Konzeption zu beschreiben. Erregung, Orgasmus und Rückbildung, so zum Beispiel Potts, stimme mit einer männlichen, peniszentrierten Version sexueller Erfahrung und sexuellen Erlebens überein (vgl. Potts 2000: 61). Jackson und Scott argumentieren demgegenüber, dass die Bedeutungen, die Erregung und Orgasmus zugeschrieben werden, gerade nicht aus der (männlichen) Anatomie und Physiologie abgeleitet werden können, sondern sozial zugeschrieben und in sozialen Praktiken verankert seien.

“Certainly we should question the accepted syntax of sex – foreplay followed by penetration leading to (his) orgasm. But questioning the prioritization of penetration [...] need not entail arguing that penetration per se is intrinsically ‘male’ or simply about producing male orgasm.” (Jackson/Scott 2007: 105)

Allerdings stellen sie heraus, dass stark vergeschlechtlichte soziale Konventionen und Repräsentationen alltägliche sexuelle Interaktionen weiterhin prägen, zum Beispiel dahingehend, wie ein ‚authentischer‘ Orgasmus von Männern und Frauen erlebt und dem Gegenüber gezeigt werden kann (vgl. ebd.: 106ff.). Dazu gehören auch die Ansprüche an Stärke und Dauer von Erektionen und deren Rolle innerhalb sexueller Skripte, die als implizites und explizites (Geschlechter-)Wissen relevant werden.

„Männliche“ Körperlichkeit und Sexualität, so lässt sich als Antwort auf die in 1.2.2 gestellte Frage festhalten, ist von tradierten, weiterhin relevanten Vorstellungen (hegemonialer) Männlichkeit auf der einen und Transformationen der Geschlechterordnung auf der anderen Seite geprägt. Widersprüchliche und auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelte Bestandteile gegenwärtigen Geschlechterwissens wirken auf unterschiedliche Weise handlungsleitend. Ein objektivierender Körperbezug, eine Orientierung an Stärke, Kraft und Potenz sowie körperliches Riskieren können als relevante Elemente des Geschlechterwissens und als Orientierungsfolie im alltäglichen Tun von Männlichkeit verstanden werden. Inwiefern Transformationen der Geschlechterordnung auch den männlichen Körper als veränderbar und veränderungsbedürftig in den Fokus

rücken, wird im nächsten Kapitel mit dem Fokus auf Körpermodifikationen diskutiert (1.3). Auf Sexualität bezogen stellen die vorgestellten Studien die Bedeutung von Penis bzw. Phallus heraus, die sowohl im Rahmen biographisch erworbener sexueller Skripte, der leiblich-affektiven Wahrnehmung als auch dem kulturellen Verständnis von Männlichkeit eine zentrale Rolle spielt. Selbst Liberalisierung und Flexibilisierung tradierter Vorstellungen von Sexualität seien wiederum mit Ansprüchen an männliche sexuelle Performance verbunden. Inwiefern das hier skizzierte Feld die Entwicklung, Verbreitung und insbesondere den Umgang mit Viagra prägt, wird in den Kapiteln 2 und 5 anhand bereits vorliegender Analysen von Viagra und anhand meines empirischen Materials untersucht.

1.3 Körperlichkeit herstellen

Eingangs habe ich Viagra am Schnittpunkt der Felder Geschlecht und Männlichkeit sowie Körper und Körpermodifikation verortet. Dieses Kapitel nimmt nun den zweiten Aspekt, Praktiken der Körpermodifikation, in den Blick. Soziologische Zeitdiagnosen situieren Körperlichkeit in einem Spannungsfeld von Vorgefundenheit und Veränderbarkeit. Auf der einen Seite werde der Körper weiterhin als natürlich wahrgenommen: Weil er als offensichtlich und unausweichlich, als ‚einfach da‘ erscheine, biete er sich als Anker von Kontinuität und Verlässlichkeit an. Auf der anderen Seite zeige Körperlichkeit sich als gerade nicht mehr gegeben, sondern als nach eigenen Vorstellungen gestaltbar und damit als Mittel der Individualisierung (vgl. Schroer 2005a: 20ff.). Einhellig werden eine zunehmende Modifizierbarkeit des Körpers sowie verstärkte Anstrengungen, auf den Körper einzuwirken, hervorgehoben, die sowohl alltägliche als auch medizinisch-technische Methoden der Bearbeitung des Körpers umfassen. Insgesamt flexibilisieren sich zeitgenössische Körperkonzepte auch durch (neue) medizinische Eingriffsmöglichkeiten (vgl. bereits Martin 1994; Turner 2012a).

Für meine Arbeit sind diese Debatten von Bedeutung, da mit Viagra ein Mittel im Fokus steht, dass es als Medikament ermöglicht, Körperlichkeit auf spezifische Weise zu beeinflussen. Es reiht sich in eine ganze Reihe unterschiedlicher Körperpraktiken und Techniken der Körpermodifikation ein, die zwischen medizinischer Behandlung krankheitsbedingter Zustände und der Optimierung der eigenen Körperlichkeit changieren. Viagra kann einerseits als eigenständige Form des Einwirkens auf den Körper gedeutet werden. Körperpraktiken wie sportlichem Training, Entspannungsverfahren oder Diäten ähnlich, dient es dann dazu, den Körper nach eigenen Vorstellungen zu verändern

und damit (möglichlicherweise) auf ein Ideal von Männlichkeit zu zielen. Gleichzeitig ist Viagra dem medizinischen Feld körperverändernder Praktiken zuzuordnen: es ist eine pharmazeutische Substanz, die innerhalb des Medizinsystems verschrieben und vertrieben wird, deren Zuordnung zu Therapie, selbstverordneter ‚Behandlung‘ oder Enhancement allerdings nicht eindeutig möglich ist.

Das Kapitel umreißt die (bio-)medizinische Landschaft, die für Mittel wie Viagra kennzeichnend ist, indem es Konzepte in den Blick nimmt, die gegenwärtige Praktiken der Körpermodifikation theoretisch fassen. Darüber hinaus fragt es danach, inwiefern eine Bearbeitung des Körpers auch für Männer wichtiger wird. Relevant sind dabei insbesondere zwei Zugänge: Theorien der Medikalisierung bzw. der Entgrenzung der Medizin. Ich werde zunächst einen Überblick über unterschiedliche Praktiken der Herstellung und Bearbeitung von Körperlichkeit geben und die besondere Stellung von Medikamenten erörtern (1.3.1). Im Anschluss erfolgt eine Darstellung der Medikalisierungstheorie sowie des Konzept des ‚Enhancements‘, um Grenzziehungen zwischen Behandlung und Verbesserung in den Blick zu nehmen (1.3.2).

1.3.1 *Medikamente als Praktiken der Körpermodifikation*

Ausgangspunkt vieler Forschungsarbeiten der 1990er und 2000er Jahre, die sich mit Körperlichkeit beschäftigen, ist die Feststellung einer neuen Qualität der Modifizierbarkeit menschlicher Körper. Das äußere Erscheinungsbild des Körpers erscheint zunehmend gestaltbar, das Innere heilbar, reparierbar oder gar optimierbar zu sein. Körperteile und -substanzen werden als voneinander getrennt denkbar und damit kommerzialisierbar. Insbesondere die *life sciences* und die Biomedizin scheinen über den Körper Zugriff auf das Leben zu gewinnen. Zwei Aspekte werden dabei besonders in den Blick genommen: zum einen die Körperperformance durch individuelle Körperpraktiken in Alltag und Freizeit, zum anderen medizinische, biotechnologische Eingriffsmöglichkeiten. Medikamente – so argumentiere ich hier – sind als Teil eines westlichen Medizinverständnisses eine selbstverständliche Form pharmakologischen Einwirkens auf den Körper zur Linderung von Beschwerden. Gleichzeitig können sie relativ unabhängig vom Medizinsystem als individuelle Körperpraktik genutzt und verstanden werden. Im Folgenden gebe ich einen kurzen Überblick über diese beiden unterschiedlichen Stränge der Bearbeitung des Körpers und stelle die spezifische Rolle von Medikamenten heraus. Ich gehe der These nach, dass Medikamente über ihre pharmakologische Wirksamkeit hinaus Bedeutung gewinnen und

transportieren und zeige, inwiefern es für meine Arbeit wichtig ist, Medikamentennutzung als Praxis zu untersuchen.

Individuelle Körperpraktiken, so wird in vielen Studien konstatiert, spielen eine wachsende Rolle im Bereich alltäglichen Handelns: Angebote zur Bildung und Formung des Körpers umfassen den Markt für Hygiene- und Schönheitsartikel, vielfältige Expertenkulturen für körperbezogene Fragen der Therapie, Ernährung, Wellness und Mode, neue Sportarten und verschiedenste Spielarten der *body modification*, wie Tattoos, Piercings etc. (vgl. Sweetman 1999, 2012). Während die für die Disziplinargesellschaft charakteristische Unterwerfung und Prägung von Körpern Thomas Alkemeyer et al. zufolge im Zuge der Veränderungen der Arbeitswelt abnimmt, verlagert sich die Körperperformance offenbar mehr und mehr in den Freizeitbereich (vgl. Alkemeyer et al. 2003a): Der Körper wird mit dem Ziel des Erhalts oder der Perfektionierung trainiert und geformt, aber auch sportlich riskiert und „aufs Spiel gesetzt“ oder – gängigen Schönheitsidealen entgegen – verändert oder malträtiiert (ebd.: 7). Die abnehmende institutionelle Kontrolle und Disziplinierung des Körpers – so die These – macht Platz für eigenständige Arbeit am Körper, an dessen Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Attraktivität und geht mit diversen Angeboten zur Körperperformance einher (vgl. ebd.: 10). Dabei zeigt sich laut Chris Shilling die Tendenz, den eigenen Körper als *ongoing project* zu begreifen (Shilling 1994: 4ff.). Die unterschiedlichen Körperprojekte spiegeln das zunehmend enge Verhältnis zwischen Körper und Identität (vgl. auch Giddens 1991: 178). Körperlichkeit nach eigenen Vorstellungen zu modifizieren, ermöglicht es, das eigene Selbst zu verkörpern und damit „den modernen Mythos der Selbstbestimmung zu beglaubigen“ (Alkemeyer et al. 2003a: 9). Insgesamt wird der eigene Körper im Zuge dessen in neuem Ausmaß zum Material und zum Gegenstand von Selbstgestaltungen (vgl. Clarke et al. 2010c: 78ff.).

Ein bedeutender Anteil dieser ‚Körperselbsttechniken‘ basiert auf medizinischen Eingriffsmöglichkeiten. Dazu zählen nicht nur die häufig debattierten Fälle der plastischen Chirurgie oder Genetik, sondern auch Prothesen und Hilfsmittel unterschiedlichster Art. Nicht zuletzt gehören auch Medikamente zu den medizinisch vermittelten Möglichkeiten, auf den Körper einzuwirken. Besonderes Augenmerk ist dabei auf die Entwicklungen in Biomedizin und *life sciences* gerichtet (vgl. z.B. Lock et al. 2000; Clarke et al. 2010a): Kennzeichen von Biomedizin ist demnach die Zusammenarbeit zwischen Medizin, Wissenschaft und Technik, eine zunehmende Orientierung an Lebensqualität bzw. Optimierung sowie eine Kommodifizierung der Medizin. Clarke et al. (2010b) stellen heraus, dass die fortlaufende Produktion biomedizinischer Erkenntnis eng mit der Entwicklung immer neuer technischer Verfahren verknüpft ist. Der Begriff Bio/Bios signalisiere dabei die potenzielle Veränderbarkeit des Men-

schen durch neue Eingriffsmöglichkeiten zum Beispiel in Molekularbiologie, Genomforschung, Reproduktions- oder Transplantationsmedizin (vgl. ebd.: 4f.). Bildgebende Verfahren, die Molekularisierung des Körpers sowie die Möglichkeit der Rekombination von Zellen, Geweben und Organen stellen den integralen Körper in Frage (vgl. z.B. Kay 2000; Lindemann 2002; Burri 2008; Motakef 2011). Medizinische Eingriffsmöglichkeiten können in verstärktem Maße nicht nur zur Heilung und Behandlung verwendet werden, sondern richten sich auf „nicht-krankheitsbezogene“ Zwecke (Ach/Pollmann 2006: 9). Verbesserungen der körperlichen oder kognitiven Leistungsfähigkeit, Lifestyle-Medikamente, die auf das psychische oder körperliche Wohlbefinden zielen, Schönheitschirurgie und Anti-Aging-Medizin verändern die Zielrichtung medizinischer Prozeduren und Produkte in Richtung eines ‚Enhancements‘ und gehen mit einer deutlichen Kommodifizierung einher.

Medikamente und Medikamentengebrauch

Medikamente gehören zu den Substanzen, mit Hilfe derer körperliche und mentale Zustände verändert werden können. Ihre Einnahme ermöglicht es, modifizierend auf den Körper einzuwirken. Der Begriff Medikamente bezieht sich dabei vor allem auf Mittel, die Leiden und Krankheit lindern: entscheidend ist ihre kurative Wirksamkeit (van der Geest et al. 1996: 154). Die Verschreibung und die Einnahme von Medikamenten zu Gesundheitszwecken sind integraler und normalisierter Bestandteil gegenwärtiger medizinischen Praxis – Medikamente zu verwenden ist für die meisten Menschen ein alltäglicher Vorgang (vgl. Persson 2004: 45). Sowohl im Alltagswissen als auch in wissenschaftlichen Zusammenhängen werden Medikamente überwiegend als technologische Produkte beschrieben: sie gelten als chemisch-pharmakologisch wirksame Stoffe, die – unter der Aufsicht medizinischer Professioneller verwendet – genau umschriebene Wirkungen hervorrufen (vgl. Cohen et al. 2001: 442). Innerhalb der Medizinsoziologie, der Sozialpsychologie und der *medical anthropology* richtet sich der Blick darüber hinaus auf die Medikamenteneinnahme als soziale Praxis.

Pharmazeutika sind demnach kulturelle Objekte, die über ihre medizinische Wirksamkeit hinaus eigenständige soziale, politische und kommerzielle Bedeutungen tragen. David Cohen et al. stellen heraus, dass der Medikamentengebrauch auf der sozialen Ebene weit mehr umfasst, als die Nutzung pharmazeutischer Mittel um Erkrankungen zu begegnen. Ein Medikamentengebrauch diene darüber hinaus als Anstoß zu persönlicher Veränderung, als Vehikel für Wissensbestände über Körper, Gesundheit und Krankheit sowie als Mittel sozialer Kontrolle (vgl. ebd.). Auch bei den Medikamenten selbst handle es sich nicht allein um ‚rein‘ konkrete, materielle Objekte. Im Zuge der Medikamentenein-

nahme, so zeigen Mark Nichter und Nancy Vuckovic, werden kulturelle Vorstellungen über das Selbst und den Körper, über die Ursachen von Krankheit sowie über die Wirksamkeit der betreffenden Mittel verkörpert (vgl. Nichter/Vuckovic 1994: 1509ff.). Eine „*Anthropology of pharmaceutical practice*“ (ebd.) setzt darum zwei Schwerpunkte: sie grenzt sich von einem herkömmlichen Modell ‚rationalen‘ Medikamentengebrauchs ab und analysiert Medikamente als ‚soziale Dinge‘. Rationaler Medikamentengebrauch im herkömmlichen Sinne beruht Cohen et al. zufolge auf vier Voraussetzungen:

„[The] rationale use of drugs may be defined as the judicious prescription by well-informed professionals of well-studied drugs to well-informed patients for well-defined conditions. Such use is defined by public health authorities and pharmaco-epidemiologists according to cost-benefit, necessity, and efficiency criteria.“ (Cohen et al. 2001: 444)

Davon abweichende Einnahmeverhalten – wie die Selbstmedikation, mangelnde Compliance der jeweiligen Verordnung gegenüber oder die Kombination unterschiedlicher Medikamente – gelten als irrational. Dieses Paradigma geht Cohen et al. zufolge an vielen üblichen Gebrauchsweisen vorbei und bietet nur eingeschränkte Erklärungsfähigkeit. Demgegenüber fordern die Autor_innen im Zuge der Betrachtung von Medikamenten als soziale Phänomene, die vielfältigen Rationalitäten des Medikamentengebrauchs in den Blick zu nehmen. In ihrem Entwurf einer „*Anthropology of Pharmaceuticals*“ gehen van der Geest et al. davon aus, dass es die Materialität von Medikamenten ist, die es ermöglicht, ihnen Wirksamkeit zuzuschreiben. Diese ‚Dinglichkeit‘ biete Patient_innen und Ärzt_innen ein Mittel, um mit den jeweiligen Problemen auf eine sehr konkrete Weise umzugehen: Medikamente können geschluckt, aufgetragen oder inhaliert werden und diese Maßnahmen versprechen einen physischen Effekt.

„By applying a ‘thing’, we transform the state of dysphoria into something concrete, into some thing to which the patient and others can address their efforts. [...] Practicing medicine, after all, is the art of making dis-ease concrete.“ (van der Geest et al. 1996: 154)

Arjun Appadurais Verständnis des sozialen Lebens der Dinge aufgreifend, werden Medikamente aus dieser kulturalanthropologischen Perspektive als ‚soziale Dinge‘ beschrieben (vgl. v.a. ebd.). Ziel ist es, dem ‚Lebenszyklus‘ der Medikamente durch Produktion, Marketing, Verschreibung, Vertrieb, Erwerb und Einnahme zu folgen. Jede dieser Phasen umfasst dabei eigene spezifische Kontexte, Akteure und Interaktionen und ist von unterschiedlichen ‚Sets‘ an Werten, Ideen und Interessen gekennzeichnet.

„For all their innocuous appearance, every pill is a potent fusion of ingredients, including scientific practices, political agendas and commercial interests, along with social activism and media spin.“ (Persson 2004: 46)

Van der Geest et al. entwickeln einen Mehrebenen-Ansatz, um diese unterschiedlichen Aspekte einbeziehen zu können. Das Konzept des *social life* fungiert dabei als analytisches Instrument, um die unterschiedlichen Karrieren von Medikamenten nachzuvollziehen. Im Zuge der Entstehung und Verbreitung eines pharmazeutischen Produkts durchläuft dieses einen Prozess, den die Autor_innen mit Hilfe der biographischen Metapher des ‚*life cycle*‘ beschreiben: der Weg von der Konzeption bzw. Entdeckung bestimmter Wirkstoffe zur Nutzung als verschriebene Medikamente ist meistens nicht gradlinig, sondern auf allen Ebenen von unterschiedlichen Dynamiken, Akteur_innen und Interaktionen bestimmt. Ein Medikament – das zu Beginn seiner ‚Laufbahn‘ einfach eine chemische Substanz ist – durchläuft unterschiedliche Phasen und Kontexte: untersucht werden die Industrie, die Medikamente erforscht und herstellt, die Professionellen, die sie verschreiben und vertreiben, die Nutzer_innen, die sie verwenden, Medien, die deren Bild formen und die staatlichen Institutionen, die sie regulieren. Die Forderung, unterschiedliche Ebenen einzubeziehen, richtet sich zum einen auf die Entwicklung, die Distribution und den Gebrauch von Pharmazeutika, zum anderen auf deren (Re-)Präsentationen auf internationaler, nationaler, lokaler und regionaler Ebene. Ziel ist es, jeweils die Verbindung von wissenschaftlicher, politischer und kommerzieller Macht sowie der individuellen *agency* der Nutzer_innen herauszuarbeiten. Damit wird der Blick von der Betrachtung individueller Compliance auf die Verknüpfungen zwischen Makro- und Mikroebene gerichtet.

Für meine Arbeit ist es zentral, die Medikamenteneinnahme als (alltägliche) Praxis zu verstehen: Medikamente sind Teil des Praxiszusammenhangs Gesundheitshandeln und werden in konkreten Praktiken der Behandlung von Beschwerden eingesetzt und eingenommen. Die vorgestellte Perspektive auf Arzneimittel betont in diesem Zusammenhang die Vielfalt an Bedeutungen, die Medikamenten in unterschiedlichen praktischen Situationen zukommt. Van der Geest et al. zufolge sind Bedeutung und Praktiken in spezifische Kontexte eingelassen – Konzepte professionellen Wissens, Intentionen und vorgestellte Nutzer_innen prägen die Arzneimittel in der Konzeptions- und Vertriebsphase. Auf lokaler bzw. alltäglicher Ebene erfolgen dann Re-Interpretationen, die unterschiedlich genutzte Mittel wiederum zu unterschiedlichen Objekten werden lassen. Die Verdichtung bestimmter gesellschaftlicher Wünsche und Problemlagen bewirkt in Kombination mit den industriellen Märkten und der Werbeindustrie, dass bestimmte Medikamente – wie zum Beispiel Prozac, Ritalin oder eben auch Viagra – zu kulturellen Ikonen werden (vgl. Cohen et al. 2001: 443).

Entwicklung und Verbreitung, insbesondere deren kommerzieller Aspekt, sind auf Viagra bezogen bereits gut dokumentiert (vgl. Fishman 2010; Loe 2004; Marshall 2002; Tiefer 2006; siehe auch Kapitel 2), über die Viagra-

Praktiken und Prozesse alltäglicher Bedeutungsgebung ist allerdings bislang wenig bekannt. Mit der Frage nach Umgangs- und Aneignungsprozessen fokussiert meine Arbeit diesen Teil des ‚*life cycles*‘ des Medikaments.

1.3.2 Grenzziehungen und Entgrenzungen im medizinischen Feld

Medizinische Eingriffsmöglichkeiten, so zeigt der Blick auf die Forschungsliteratur, fordern zu Abgrenzungen heraus: dies gilt insbesondere für die Grenzziehungen zwischen Gesundheit und Krankheit sowie zwischen Behandlung oder Heilung auf der einen und der Verbesserung körperlicher Möglichkeiten auf der anderen Seite. Welche Körper anhand welcher Beschwerden als behandlungs- oder veränderungsbedürftig wahrgenommen werden, wird anhand geltender symbolischer Ordnungen von Körperlichkeit, Krankheit und Gesundheit verhandelt, die zu einem bedeutenden Teil durch die Medizin geprägt sind. Zwei gegenläufige Bewegungen sind dabei von Bedeutung: Zum einen ist mit Blick auf medizinische Eingriffsmöglichkeiten von Interesse, auf welche Weise körperliche und geistige Zustände oder Probleme überhaupt medizinische Relevanz erhalten. Soziale Phänomene können, so zeigten seit den 1970er Jahren zahlreiche Studien, in medizinische Deutungsrahmen transferiert und medizinisch behandelt werden. Derartige Medikalisierungsprozesse und die damit einhergehenden Definitionen stehen im Fokus des ersten Unterkapitels. Mit der Medikalisierungstheorie werde ich eines der zentralen Konzepte sozialwissenschaftlichen Nachdenkens über das Verhältnis von Gesellschaft und Medizin vorstellen (3.2.1). Eine zweite Bewegung erfolgt, wenn medizinische Prozeduren und Produkte für nicht-krankheitsbezogene Zwecke genutzt werden – also aus einem zunächst medizinischen Deutungsrahmen hinaustreten. Die Begriffe ‚Enhancement‘ und ‚wunscherfüllende Medizin‘ beziehen sich auf die zunehmend in Frage stehenden Grenzen zwischen Krankheit und Gesundheit, Behandlung und Optimierung und werden im zweiten Unterkapitel diskutiert (3.2.2). Beide Perspektiven ermöglichen es, Veränderungsprozesse zu beschreiben und theoretisch zu fassen, die für die Entwicklung und Verbreitung von Viagra von Bedeutung sind.

1.3.2.1 Medikalisierung

Der Begriff Medikalisierung bezieht sich auf einen Prozess der Ausweitung medizinischer Zuständigkeit auf Bereiche des menschlichen Lebens, die zuvor nicht in medizinischen Kategorien beschrieben wurden. Eine wachsende Zahl

von Phänomenen des menschlichen Lebens wird in medizinischen Begriffen als Krankheit oder Störung definiert und durch medizinische Eingriffe behandelt. Die Medizin prägt damit zunehmend auch die Alltagsvorstellungen über den menschlichen Körper (vgl. Conrad 2007; Nye 2003). Charakteristisch für die Medikalisierungstheorie insgesamt ist es, Krankheitsdefinitionen und Behandlungsweisen als historisch und kontingent aufzufassen. Aus dieser Perspektive geht es nicht darum, Aussagen darüber zu treffen, ob die betreffenden Phänomene tatsächlich medizinisch ‚sind‘, sondern um die Bedingungen und Konsequenzen der sich historisch verändernden Definitionen (Conrad 2007: 4ff.). Wehling et al. (2007) zufolge kann Medikalisierung zwar auf den ersten Blick als Dimension gesellschaftlicher Rationalisierung und Modernisierung begriffen werden, allerdings nur, solange man davon ausgeht, dass es einen medizinischen Wissenszuwachs gibt, durch den stets weitere pathologische Zustände erkannt und behandelt werden können. Diese Sichtweise verkenne allerdings, dass die „zugrunde liegenden Begriffe und Unterscheidungen (gesund/krank, normal/abweichend) nicht objektiv und eindeutig vorgeben sind, sondern unterschiedlichen sozialen, insbesondere medizinisch-wissenschaftlichen Definitions- und Grenzziehungsaktivitäten unterliegen“ (ebd.: 553). Im Zentrum der Medikalisierungstheorie steht Peter Conrad zufolge die jeweilige Definition:

„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 2007: 5)

Geprägt wurde der Begriff Medikalisierung zunächst im Rahmen der US-amerikanischen medizin- und psychiatriekritischen Bewegung sowie der kritischen Professionssoziologie der 1970er Jahre (vgl. Szasz 1961; Zola 1972; Illich 1995; Freidson 1970). Im Mittelpunkt der Kritik stand zu diesem Zeitpunkt die Ausweitung medizinischer Deutungshoheit. Die Profession Medizin monopolisiere Wissen über Gesundheit, so die These, um eigene professionelle Autonomie zu erreichen und auszuweiten (vgl. Freidson 1970). In klassischen Medikalisierungsstudien erscheint die Medizin als Akteur sozialer Kontrolle: sie beginnt in den 1950er Jahren über ihre herkömmlichen Ziele hinaus zu expandieren und weitere Felder menschlicher Probleme medizinisch zu definieren. Empirische Studien richteten ihren Blick zunächst auf die Medikalisierung devianten Verhaltens, wie zum Beispiel Hyperaktivität, Alkoholismus oder Obdachlosigkeit. Peter Conrad und Joseph Schneider analysieren in „*Deviance and Medicalization*“ eine Verlagerung sozialer Kontrolle von Kirche und Staat hin zur Medizin sowie eine damit einhergehende Veränderung in der Wahrnehmung gesellschaftlicher Probleme „from badness to sickness“ (Conrad/Schneider 1980). Demnach wurde abweichendes Verhalten zunächst als Sünde, später als Rechts-

bestand bzw. Straftat und nun als Krankheit gerahmt, der mit medizinischen Lösungen begegnet werden müsse.

In seiner Aktualisierung der Medikalisierungstheorie macht Conrad deutlich, dass die medizinische Profession im Gegensatz zu früheren Studien nicht länger als alleinige Triebfeder der Medikalisierung gelten kann. Die damalige Konzentration auf die Deutungsmacht der medizinischen Profession relativiere sich in dem Maße, wie Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen, soziale Bewegungen, aber auch die pharmazeutische Industrie als neue Akteure von Medikalisierungsprozessen auf den Plan träten. Auch die wachsende Bedeutung von Selbstdiagnosen und Selbstmedikation werden nun einbezogen. Conrad beschreibt diese Entwicklung als „*shifting engines of medicalization*“ (Conrad 2005). Besonders Patientenzusammenschlüsse kämpfen Conrad zufolge oft bewusst für eine medizinische Definition, um damit Anerkennung und Unterstützung in ihren jeweiligen Problemlagen zu erhalten. Conrad führt aus, dass neue Krankheitsdefinitionen häufig in Zusammenhang mit sozialen Bewegungen durchgesetzt wurden (so zum Beispiel das prämenstruelle Syndrom im Zuge der Frauenbewegung, die posttraumatische Belastungsstörung auf Betreiben von Vietnam-Veteranen, die Entwicklung von Aids-Medikamenten im Zuge der Schwulen- und Lesbenbewegung) (vgl. Conrad 2007: 8ff.). Medikalisierungsprozesse erscheinen auf diese Weise nicht länger als Intention des Medizinsystems oder der medizinischen Profession, sondern als Teil eines gesellschaftlichen Machtgefüges.

1.3.2.2 Medikalisierung von Geschlecht

Seit den 1980er Jahren wurde anhand von Phänomenen wie Angst und Schüchternheit, Menstruation, Geburt und Menopause sowie Altern und Sterben verstärkt die Medikalisierung des Alltags in den Blick genommen. Zu diesem veränderten Fokus gehört die Untersuchung von Medikalisierungsprozessen, die sich auf Geschlecht richten. Zentral sind dabei insbesondere Studien aus dem Umfeld der Frauengesundheitsbewegung, die zeigen, dass weibliche Körperlichkeit auf besondere Weise medikalisiert wurde und wird (vgl. insb. Ehrenreich/English 1973; Riessman 1983; Martin 1992; für die deutsche Debatte Kolip 2000). Feministische Studien identifizierten die Kontrolle der modernen Medizin über Frauen als Teil der zentralen Logik des männlich dominierten Medizinsystems. Körperliche Ereignisse im Leben von Frauen werden demnach weit häufiger medikalisiert als dies bei Männern der Fall ist. Der weibliche Zyklus, Schwangerschaft, Geburt und Menopause seien Anlass zu medizinischer Intervention. Normierung (zum Beispiel der Dauer des Zyklus), Patholo-

gisierung (zum Beispiel der Menopause als Hormonmangelkrankung) und Regulierung (zum Beispiel anhand der Schwangerschaftsvorsorge) weiblicher Körperlichkeit können aus dieser Perspektive als Medikalisierungsprozesse verstanden werden (vgl. Riessman 1983; Kolip 2000). Catherine Kohler Riessman argumentiert, dass Frauen mit höherer Wahrscheinlichkeit medikalisiert werden, weil somatische Veränderungsprozesse des weiblichen Körpers offensichtlicher seien, als dies bei Männern der Fall sei und ihre soziale Rolle sie in stärkerem Maße (männlicher) ärztlicher Kontrolle aussetze. Während bei Männern deviantes Verhalten medikalisiert werde, richte sich Medikalisierung bei Frauen auf alltägliche physiologische Funktionen (vgl. Riessman 1983). Allerdings muss darüber hinaus die historische Konstruktion der Zweigeschlechtlichkeit einbezogen werden, um diese „asymmetrische Medikalisierung“ (Wöllmann 2008: 152) zu erklären. Dem als menschliche Norm konstituierten Männerkörper steht historisch der Frauenkörper als ‚das Andere‘ und als medizinisch besonders problematisch gegenüber (vgl. Honegger 1991; siehe 1.1.1). Zwar erfolgt die Medikalisierung des weiblichen (Geschlechts-)Körpers zum Beispiel in Bezug auf Reproduktion oder das Alter weiterhin, in den vergangenen Jahrzehnten rücken aber auch Männerkörper verstärkt in den Fokus der Medizin (vgl. Rosenfeld/Faircloth 2006; Conrad 2007; Wöllmann 2011).

Die klassische Medikalisierungstheorie, so konstatieren Dana Rosenfeld und Christopher A. Faircloth, hat den männlichen Körper weitestgehend ignoriert. Studien zu Medikalisierung fokussierten bis auf wenige neuere Ausnahmen (Tiefer 1994; Potts 2000; Riska 2003) auf entweder geschlechtlose oder weibliche Körper. Die Kategorie Geschlecht sei nur in Arbeiten zur Medikalisation von Weiblichkeit systematisch untersucht worden. Männliche Körper seien in der sozialwissenschaftlichen Forschung zwar in Körpersoziologie und Männlichkeitsforschung präsent, würden aber nicht im Sinne einer medizinischen Definition und Regulierung des Körpers betrachtet.

„Are we to assume that, of all the things that have been medicalized (from sexuality to reproduction to emotions to deviance to the family and caregiving to aging to race to femininity), masculinity has somehow managed to elude medical definition and regulation?“ (Rosenfeld/Faircloth 2006: 1)

Inzwischen vorliegende Untersuchungen analysieren sowohl das Medizinsystem als auch die sozialwissenschaftlichen Ansätze auf ihren Umgang mit männlichen Körpern hin. Dabei geht es zum einen um die tatsächlich unterschiedliche Behandlung männlicher und weiblicher Körper in der Medizin: eine asymmetrische Medikalisierung charakterisiere insbesondere die Ausdifferenzierung moderner Körperlichkeit und des Medizinsystems (vgl. Wöllmann 2011). Rosenfeld und Faircloth machen darüber hinaus die These stark, dass es mit Blick auf

den männlichen Körper weniger um die nicht erfolgte Medikalisierung von Männlichkeit gehe, als um eine nicht stattgefundene *Erforschung* dieser Medikalisierung in den Sozialwissenschaften. Die Ursachen sehen sie in Medikalisationstheorien und Männlichkeitsforschung selbst verortet: auf Seiten der Medikalisationstheorien habe der Fokus auf benachteiligte Gruppen und die Identifizierung von Geschlecht mit Weiblichkeit den Blick auf Medikalisierungsprozesse bei Männern verstellt, auf Seiten der Männlichkeits- bzw. Männergesundheitsforschung werde die Medizin nicht als Instanz der Regulierung (männlicher) Körperlichkeit begriffen. Besonders hinsichtlich der frühen Studien zu Medikalisierung lässt sich eine starke Konzentration auf die medizinische Kontrolle unterrepräsentierter Gruppen ausmachen: Medikalisierung wurde darin vor allem als eine Form der Disziplinierung und sozialen Kontrolle marginalisierter Bevölkerungsgruppen verstanden – im Fokus stehen Arme, nicht-bürgerliche Milieus, Alte, Frauen, Kinder oder ethnisch diskriminierte Gruppen. Diese insgesamt produktive herrschaftskritische Perspektive verschließe aber, so Rosenfeld und Faircloth, den Blick auf die Medikalisierung hegemonialer männlicher Körperlichkeit (vgl. Rosenfeld/Faircloth 2006: 4, 8ff.). Innerhalb der entstehenden Männlichkeitsforschung sowie der Männergesundheitsforschung wurden Gesundheitsprobleme von Männern, insbesondere koronare Herzkrankungen und die durchschnittlich geringere Lebenserwartung, in Zusammenhang mit der männlichen Geschlechtsrolle bzw. hegemonialen Formen von Männlichkeit gebracht. Frühe Männlichkeitsstudien wandten sich insbesondere gegen funktionalistische Ansätze der Geschlechterrollentheorie:

„They stated that masculine roles, while assuring men political and economic power over women, were nonetheless damaging to men’s physical and emotional health as well as their social relationships. Thus, from the outset, this research tradition not only sought to problematize masculinity, but to pathologize and frame it in medical terms as well.“ (ebd.: 11)

Im Rahmen dieses „Defizitdiskurses“ (Meuser 2003: 171) wird die tradierte Hierarchisierung der Geschlechter umgekehrt, indem das als geschlechtstypisch angenommene Gesundheitsverhalten von Frauen zum Maßstab wird, an dem gemessen Männer als defizitär erscheinen (vgl. Riska 2003: 77; Meuser 2011: 159f.). Da Männlichkeitsstudien auf diese Weise selbst Männlichkeit als Gesundheitsrisiko pathologisieren, sind ihre Möglichkeiten, Medikalisierungs- bzw. Pathologisierungsprozesse von Seiten der Medizin zu erkennen, beschränkt.

Mittlerweile liegen einige Arbeiten zur Medikalisierung von Männlichkeit vor, die sich insbesondere mit der Pathologisierung von Altern und Sexualität beschäftigen (vgl. z.B. Bordo 1999; Potts 2000; Marshall/Katz 2002) aber auch Medikalisierungsprozesse im Bereich koronarer Herzkrankungen analy-

sieren (vgl. Riska 2003; siehe insgesamt auch Kapitel 2). Torsten Wöllmann richtet seinen Blick auf eine allgemeinere Medikalisierungstendenz: die Etablierung der Andrologie über eine exklusive Medikalisierung vormals nicht explizit geschlechtlich markierter Körper (vgl. Wöllmann 2004, 2008, 2011). Zwar werde damit die tradierte asymmetrische Medikalisierung verändert, allerdings deutet Wöllmann die Etablierung der Andrologie als Verfestigung des Systems der Zweigeschlechtlichkeit innerhalb der professionellen Ordnung der Biomedizin. Von Bedeutung sei dabei besonders, dass die Andrologie Mittel bereitstelle, um Krankheiten bzw. Störungen zu bekämpfen, die kulturell hoch bewertete Aspekte von Männlichkeit – wie Vaterschaft und penetrierende Sexualität – bedrohen. Die Ausbildung eines eigens auf den männlichen Geschlechtskörper gerichteten Wissens- und Praxisfeldes könne damit zwar nicht als „Erosion der etablierten Geschlechterhierarchie“ (Meuser 2005: 285), wohl aber als Modernisierung hegemonialer Männlichkeit verstanden werden (vgl. Wöllmann 2011: 180). Vor diesem Hintergrund stellt sich für meine Studie die Frage, inwiefern Viagra als eine Form der Medikalisierung von Männlichkeit, Sexualität und Altern verstanden werden kann.

1.3.2.3 Medizinische Verbesserungen: Enhancement, wunscherfüllende Medizin und Biomedikalisierung

In den vergangenen Jahren veränderte sich die Medikalisierungstheorie aber nicht allein im Hinblick auf Geschlecht. Von Bedeutung sind darüber hinaus Grenzverschiebungen innerhalb des medizinischen Bereichs, die sich insbesondere in Debatten um ‚Enhancement‘ und ‚wunscherfüllende Medizin‘ wieder spiegeln. Seit den 1990er Jahren sind Bearbeitungen des Körpers in wachsendem Maße Gegenstand eines Diskurses um Entgrenzungen der Medizin. Der Entgrenzungsthese zufolge verändert die Medizin ihre Zielsetzung, indem die Ausrichtung auf eine Optimierung von Körperlichkeit im Verhältnis zu Behandlung und Heilung an Bedeutung gewinnt. Optimierung, Enhancement, wunscherfüllende Medizin – im Kern erfolgt mit Hilfe dieser Begriffe eine Theoretisierung bestehender und neu entwickelter Möglichkeiten, körperliche und geistige Fähigkeiten mit Hilfe medizinischer Eingriffe zu verbessern. Entgrenzung ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung, weil herkömmliche, handlungsleitende Unterscheidungen zwischen Krankheit und Gesundheit, Behandlung und Optimierung im Zuge neuer medizinischer Möglichkeiten auf der einen, im Zuge sozialer, kultureller und wirtschaftlicher Veränderungen auf der anderen Seite unter Druck geraten. Dabei nimmt die Bedeutung der als naturgegeben gedachten Körperlichkeit als Orientierungsfolie ab, während sich gleichzeitig eine

zunehmende Bedeutung der Arbeit am Körper abzeichnet (vgl. insb. Wehling et al. 2007; Presidents Council on Bioethics 2004; Viehöver/Wehling 2011).

Enhancement

Der Begriff Enhancement gewann seit den 1990er Jahren zunächst im anglo-amerikanischen Raum in gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Debatten um Optimierungen von Körperlichkeit an Bedeutung – insbesondere im Hinblick auf neue biomedizinische Wissensformen und Technologien. Die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit etwa durch Doping, die Verbesserung kognitiver Leistungen und des psychischen Wohlbefindens, Schönheitschirurgische Eingriffe, aber auch mögliche genetische Optimierungen und die versuchte ‚Abschaffung‘ des Alters werden als Enhancement kontrovers diskutiert (vgl. Parens 1998; Elliott 2003; Presidents Council on Bioethics 2004; Lenk 2002; Schöne-Seifert/Talbot 2009; Wehling 2011). Dabei lassen sich, wie Peter Wehling argumentiert, zwei konträre Begriffsverständnisse unterscheiden. Innerhalb der ersten Position fungiert Enhancement als Gegenbegriff zu Therapie bzw. Treatment: Während Treatment die Behandlung von ärztlich diagnostizierten Krankheiten, Störungen und Behinderungen umfasst, bezieht sich Enhancement auf den Einsatz medizinischen Wissens und medizinischer Eingriffsmöglichkeiten an ‚gesunden‘ Menschen. Die zweite Position vertritt demgegenüber eine betont breite Definition: nicht allein Veränderungen der Körperlichkeit, sondern sämtliche Verbesserungen und Erleichterungen des menschlichen Lebens werden darin als Enhancement gefasst.

Das erste Begriffsverständnis – Enhancement als Gegenbegriff zu Treatment – zielt insbesondere auf bioethische Bewertbarkeit. Carl Elliott datiert die erste Verwendung des Begriffs auf das Ende der 1980er Jahre, als mit der Entwicklung einer Gentherapie für die Adenosin-Desaminase-Defizienz, einer genetischen Stoffwechselerkrankung, die Behandlung von Erkrankungen durch die Manipulation genetischen Materials in den Bereich des Möglichen rückte. Dem Enthusiasmus angesichts der Vorstellung auch andere, verbreitetere genetischer Erkrankungen, wie zum Beispiel Mukoviszidose, auf diese Weise heilen zu können, stand die Sorge vor versuchten Verbesserungen menschlicher Gene und möglichen eugenischen Konsequenzen gegenüber. Die Begriffe Treatment und Enhancement sollten vor diesem Hintergrund eine Unterscheidung in ethisch akzeptable (oder sogar gebotene) genetische Behandlungen und nicht legitime genetische Optimierungen ermöglichen – und damit nicht zuletzt die Übernahme von Kosten durch Krankenversicherungssysteme begründen (vgl. Elliott 2003: XVII ff.).

„The term enhancement is usually used in bioethics to characterize interventions designed to improve human form or functioning beyond what is necessary to sustain or restore good health“, so fasst es auch der Bioethiker Eric T. Juengst in seinem Aufsatz „*What Does Enhancement mean?*“ (Juengst 1998: 28). Eingriffe zur Verbesserung sollen demnach vom Erhalt oder der Wiederherstellung ‚guter Gesundheit‘ unterschieden werden können. Allerdings erweist sich der Versuch, Treatment und Enhancement voneinander abzugrenzen in den meisten Fällen als schwierig. Was lässt sich unter ‚guter Gesundheit‘ verstehen und was ist notwendig, um diese zu erreichen? Der Begriff, geprägt um Grenzziehung und Unterscheidung zu ermöglichen, setzt selbst eine klare Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit voraus – zwischen Konzepten also, die zunehmend unscharf erscheinen. Ein weites Begriffsverständnis von Enhancement ermöglicht es zunächst, dieses Dilemma zu umgehen. Enhancement umfasst aus dieser Perspektive nicht allein körperliche Modifikationen, sondern alle externen technischen Hilfsmittel sowie erlernte körperliche und geistige Fähigkeiten. Lesen, Schreiben und Rechnen gelten demnach ebenso als Enhancement wie Werkzeuge, Autos oder Computer – „anything that makes a change, a difference for the better“ wie es der britische Bioethiker John Harris formuliert (Harris 2007: 36). Häufig argumentieren die Befürworter_innen einer weiten Definition von Enhancement dementsprechend, dass mögliche Erleichterungen oder Verbesserungen des menschlichen Lebens ethisch geboten sein (so z.B. Harris 2007; Knoepffler/Savulescu 2009; Schöne-Seifert/Talbot 2009). Zwar lässt sich mit dieser weiten Definition die Kopplung an einen Krankheits- bzw. Gesundheitsbegriff vermeiden. Was aber als individuelle oder sogar gesellschaftliche ‚Verbesserung‘ gelten kann, bleibt hier ebenfalls offen. Wehling interpretiert die Ausweitung des Begriffs Enhancement auf beinahe alle menschlichen Tätigkeiten als einen Versuch der Enthistorisierung und Entproblematierung der Debatte um neue biomedizinische Technologien, die vor allem dazu diene, eine befürwortende Position innerhalb medizinethischer Debatten zu rechtfertigen (vgl. Wehling 2011: 240ff.).

Wunscherfüllende Medizin

Der von Matthias Kettner in die deutsche Debatte eingeführte Begriff der „wunscherfüllenden Medizin“ (Kettner 2006) verschiebt den Blickwinkel auf die Rolle von Medizin bezüglich der Fragen nach Optimierung und Enhancement. Kettner konstatiert einen „Kulturwandel“ der Medizin, im Zuge dessen sich deren Selbstverständnis von der Linderung krankheitsbedingter Leiden sowie der Wiederherstellung und Erhaltung von Gesundheit hin zu einer wunscherfüllenden Medizin verändere (vgl. ebd.: 10). Medizin bezieht Kettner

zufolge zunehmend Aspekte der „Vitaloptimierung und Lebensplanung“ in ihr Aufgaben- und Leistungsspektrum ein, darunter insbesondere Reproduktionsmedizin, Schönheitschirurgie und Lifestyle-Medikamente zur Stimmungsaufhellung und Potenzsteigerung (ebd.). Auch Alternativmedizin, individuelle Gesundheitsleistungen sowie ein medizinischer Utopismus auf Grundlage der Molekularbiologie sind Teil des Veränderungsprozesses. Charakterisiert sei die wunscherfüllende gegenüber der kurativen Medizin durch ihre Orientierung an Bedürfnissen, statt an einem Krankheitsbegriff. Gleichzeitig verändere sich der Begriff Gesundheit von einer Bezeichnung für einen unmarkierten bzw. doppelt negativ benannten Zustand zur Bezeichnung einer komplexen sozio-biophysischen Qualität, die unabgeschlossen gesteigert bzw. verbessert werden könne. Der therapeutische Imperativ wandle sich zu einer durch Kunden- bzw. Klientenwünsche gesteuerten Option.

Biomedikalisierung

Eine Neufassung des Konzept Medikalisation, das besonders auf die Tendenz der Entgrenzung reagiert, lieferte die US-amerikanische Soziologin Adele Clarke gemeinsam mit Mitarbeiterinnen in ihrem im Jahr 2003 erschienen Aufsatz „*Biomedicalization. Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine*“ und einem im Jahr 2010 folgenden Sammelband (Clarke et al. 2003; Clarke et al. 2010a). Der Begriff Biomedikalisierung soll unterschiedlichen, gravierenden Veränderungen des Medizinsystems seit Mitte der 1980er Jahre Rechnung tragen. Definiert wird Biomedikalisierung als

„[...] the increasingly complex, multisited, multidirectional processes of medicalization that today are being both extended and reconstituted through the emergent social forms and practices of a highly and increasingly technoscientific biomedicine.“ (Clarke et al. 2010c: 47)

Orientierte sich Medikalisation im klassischen Sinne mit ihrer Betonung von Kontrolle der äußeren Natur an den Problemstellungen der Moderne und den diese kennzeichnenden wissenschaftlichen und industriellen Großprojekten, vollziehe sich nun ein Wandel hin zu einer eher mikropolitischen Definition und Regulierung körper- und gesundheitsbezogener Prozesse. Clarke et al. verstehen medizinische Technologien als Teil von Programmen und Strategien der Einschreibung, die den menschlichen Körper rationalisieren, disziplinieren und regulieren. Dabei spielen sowohl die Produktion und Verbreitung neuer, technologisch-digitaler Wissensbestände, Ökonomisierungs- und Privatisierungsprozesse, Risiko und Überwachung als auch die Transformation von Körpern und Subjektivitäten eine bedeutende Rolle (vgl. ebd.).

Drei Aspekte stehen im Mittelpunkt dieser umfassenden Neufassung von Medikalisierung: erstens situieren die Autorinnen Biomedikalisierung in einem politisch-ökonomischen Umbruch der zunehmenden Privatisierung, Rationalisierung und Marktförmigkeit von Gesundheitsversorgung. Der Schlüssel zur Biomedikalisierung sei die Kommodifizierung von Gesundheit innerhalb dieses Prozesses. Zweitens komme Technik innerhalb der Medizin auf so unterschiedlichen Ebenen wie der Digitalisierung von Daten, der Molekularisierung und Genetisierung im Zuge von Bioinformatik und der Hybridisierung medizinischer Verfahren eine immer zentralere Bedeutung zu. Technische Innovationen, zum Beispiel in Form von Gentests, geben drittens einem neuen Verständnis von Risiko und der Produktion von Risikogruppen Vorschub. Clarke et al. argumentieren, dass Biomedikalisierung sich auf diese Weise gesellschaftlich viel weiter verbreite als Medikalisierung: zum einen durch neue, risikogebundene Identitäten und Erfahrungen, die weit über herkömmliche Krankheitsdefinitionen hinausreichen, zum anderen, indem Gesundheit in dem Maße zur moralischen Verpflichtung der Einzelnen werde, wie medizinisches Handeln verstärkt auf Risiken und deren Überwachung rekurriere. Auch hier zeichne sich ein neues Verständnis von Gesundheit als Projekt und als Ware ab.

Praktiken der Körpermodifikation sind in westlichen Gesellschaften zu einem großen Teil durch medizinische Zugänge geprägt und bedienen sich medizinischer Techniken. Dabei sind sowohl die Inklusion von Phänomenen in medizinische Deutungsrahmen als auch die Überschreitung medizinischer Deutungen in Form von Optimierung oder Enhancement von Relevanz. Der Begriff Medikalisierung beschreibt nach wie vor die Ausweitung medizinischer Begrifflichkeiten, Definitionen und Zuständigkeiten auf Phänomene des menschlichen Lebens, die zuvor nicht medizinisch erklärt wurden. Allerdings hat sich die Medikalisierungstheorie im vergangenen Jahrzehnt stark verändert. Stand vormals die medizinische Profession als Institution sozialer Kontrolle im Mittelpunkt, richtet sich der Blick inzwischen auf unterschiedliche Prozesse der Entgrenzung der Medizin. Demnach finden Medikalisierungsprozesse weiterhin statt, allerdings bei schwindendem Einfluss oder sogar gegen den Widerstand von Ärzt_innen. Die Ausweitung medizinischer Eingriffsmöglichkeiten führt darüber hinaus nicht notwendig zu neuen, stabilen Krankheitsdefinitionen (vgl. Wehling et al. 2007: 553f.), vielmehr scheinen die Unterschiede zwischen Behandlung und Verbesserung, Treatment und Enhancement, Krankheit und Gesundheit zu verschwimmen. Die Notwendigkeit eigener Interpretationen und Positionierungen zu Möglichkeiten medizinischer Körpermodifikation korrespondiert mit der Entwicklung von Gesundheit als Ware und Verpflichtung der Einzelnen im Sinne einer „healthicization“ (Conrad 2007: 12). Medikalisierungsprozesse beruhen damit weit stärker als zuvor auf Selbsttechniken als Teil

einer neuen Regulierung von Körperlichkeit und Gesundheit (vgl. Clarke et al. 2010c: 52). Mit diesen Modifizierungen bleibt der Medikalisierungsbegriff ein wichtiges Instrument, um – auch im Rahmen meiner Arbeit – unterschiedliche, teils widersprüchliche Prozesse der Entstehung und Etablierung medizinischer Definitionen und Deutungen zu analysieren.

Medizinische Körpermodifikationen – so lässt sich abschließend festhalten – sind selbstverständlicher Bestandteil gegenwärtigen Gesundheitshandelns. Mit Blick auf Medikalisierungstheorie und Entgrenzungen der Medizin arbeitet das Kapitel gegenwärtige Debatten zu Veränderungsmöglichkeiten des Körpers auf und bildet damit eine wichtige Grundlage für die Analyse von Viagra. Das Arzneimittel lässt sich diesen Analysen zu Folge innerhalb einer (bio-)medizinischen Landschaft verorten, die zunehmend von Kommerzialisierung, Selbstverantwortung und einem Streben nach Optimierung gekennzeichnet ist (vgl. auch Kapitel 2). Medizinische Wissensbestände, Definitionen und Vorgehensweisen verschränken sich dabei mit Praktiken, die sich auf die Veränderung des körperlichen Selbst richten. Neu ist zudem, dass auch der männliche Körper auf diese Weise als veränderungsbedürftig konzipiert wird. Medikamente können in diesem Zusammenhang als Dinge verstanden werden, die Definitionen und Abgrenzungen des medizinischen Feldes beinhalten und transportieren, die aber gleichzeitig im Zuge von Medikamenten- bzw. Körperpraktiken verändert werden.

Viagra im Alltag
Praktiken der Männlichkeit, des Körpers und der
Sexualität
Sontowski, C.
2016, X, 254 S., Softcover
ISBN: 978-3-658-11706-1