



Medikalisierung als Spannungsfeld von sozialer Kontrolle und Problembearbeitung: das Beispiel ‚Medikalisierung des Kindesalters‘

Katharina Liebsch

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Das Konzept Medikalisierung – Kontext, Geschichte, Kritik	2
2.1	Von sozialer Kontrolle über Selbstmedikalisierung zur Inwertsetzung der molekularen Körpurnatur – Stationen einer Debatte	3
3	Medikalisierung des Kindesalters – Zwei Beispiele	5
3.1	Etablierung von Entwicklungsnormen, Entwicklungskontrollen und neuen Präventionsanforderungen – Medikalisierung des Kindesalters I	5
3.2	Entstehung und Ausbreitung neuer „Störungen“ – Medikalisierung des Kindesalters II	8
4	Kehrseiten von Prävention und Diagnostik im Kindesalter	13
5	Zusammenfassung	14
	Literatur	15

1 Einleitung

In westlichen Gesellschaften ist Gesundheit mittlerweile in die Sphären des alltäglichen Konsums eingezogen. In der „healthy society“ (Greco 1998) kapitalisiert medizinisches Wissen in Form neuer Technologien, Ratgebern, Lifestylemagazinen, Fitnessprogrammen und Supermarktprodukten den menschlichen Körper, differenziert im Hinblick auf Alter, Geschlecht und Hautfarbe. Dabei verschwimmen die Grenzen zwischen Medizin und Lifestyle zunehmend, eine Entwicklung, die als „lifestylisation of healthcare“ (Prainsack und Lucivero 2015) bezeichnet wird. Zahlreiche Studien nehmen Gesundheit als soziokulturell erzeugte und politisch umkämpfte Konstruktion in den Blick (z. B. Greco 1998, 2009; Kickbusch 2006; Nettleton 1997). Ein häufig verwendeter Interpretationsrahmen medizinkritischer Betrachtungen ist das Konzept der Medikalisierung. Der US-amerikanische Soziologe Peter Conrad, ein zentraler Protagonist der Medi-

kalisierungsforschung, definiert Medikalisierung als „a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illness and disorder“ (Conrad 1992, S. 209). Ein prominentes Beispiel ist die Medikalisierung des Frauenkörpers, der im Prozess der Geschichte zunehmend unter ärztlichen Einfluss geriet, wodurch Schwangerschaft, Geburt, Menopause wie auch Falten und Brustgrößen zu Tatbeständen von Krankheit und Leiden wurden. Einschlägige Untersuchungen zur Medikalisierung von Schwangerschaft zeigten, dass die zunehmende Überwachung der Schwangeren durch Ärzte auch von Kehrseiten begleitet ist. Einerseits vergrößerte sie die gesundheitliche Sicherheit für die werdenden Mütter und Kinder, andererseits standardisierte sie Abläufe, Erfahrungen und Erwartungen, marginalisierte traditionelles Wissen von Hebammen und erzeugte neue Definitionen von Abweichung und Asozialität (Kolip 2002).

Die Medikalisierungsforschung hat in medizinkritischen Kontexten viel Resonanz erfahren und ist selbst auch immer wieder zum Gegenstand von Kritik geworden. Bemängelt wurde vor allem eine zu einseitige Fokussierung auf Kontrollaspekte, in der Gestaltungs- und Aneignungsformen durch die Betroffenen selbst kaum vorkämen (z. B. Rose

K. Liebsch (✉)
 Fakultät für Geistes- und Sozialwissenschaften, Helmut Schmidt
 Universität/Universität der Bundeswehr Hamburg, Hamburg,
 Deutschland
 E-Mail: k.liebsch@hsu-hh.de

2007). Das in dieser Kritik zum Ausdruck kommende Spannungsverhältnis von gesellschaftlichem Zwang und subjektivem Nutzen, von Fremd-Kontrolle und freiwilliger Selbstkontrolle, zwischen Regulation und Hilfeangebot konstituiert den Gegenstand der Medikalisationforschung. Sie will einen Beitrag leisten zum Verstehen der mit der Ausweitung von medizinischer Expertise verbundenen Ambivalenzen, Paradoxien und Widersprüche. Dabei zielen die Analysen von Medikalisationprozessen nicht darauf abzuklären, ob die in Rede stehenden Phänomene tatsächlich medizinische Tatbestände darstellen oder nicht. Vielmehr stehen die Ursachen, Anlässe und Prozesse der Ausbreitung der Diagnostizierung medikalierter Befindlichkeiten und Verhaltensweisen im Mittelpunkt des Interesses. Medikalisation ist, wie Peter Conrad betont, eine analytisch-deskriptive, keine normative Kategorie (Conrad 2007, S. 5). Mit ihrer Hilfe wird untersucht, unter welchen Bedingungen neue medizinische Definitionen und Erklärungsansprüche formuliert werden, wie sie sich durchsetzen, von welchen Gegentendenzen und Gegenbewegungen sie begleitet sind und welche Implikationen und Konsequenzen mit der Medikalisation von Phänomenen verbunden sind.

In diesem Sinne soll in dem vorliegenden Beitrag die Komplexität und Widersprüchlichkeit von Medikalisation anhand zweier Beispiele aus dem Feld des wachsenden medizinischen Einflusses im Kindesalter veranschaulicht werden. Für das Kindesalter wurde in den vergangenen zwei Jahrzehnten die medizinische Überwachung intensiviert und dies hat mit dazu beigetragen, dass Kindheit heute zunehmend als ein Gefahren-Raum verstanden wird, in dem die Risiken zahlreicher Entwicklungsstörungen, Kinder-Krankheiten und Gefährdungslagen durch Diagnosen und Therapien, Impf-Pflicht und ärztliche Kontrollen gebannt werden. Die historisch neuen pädiatrischen Aufmerksamkeiten und gesundheitspolitischen Unterstützungsleistungen verändern, so soll gezeigt werden, das Konzept und das Verständnis von sowohl Kindheit als auch Krankheit; eine Ahnung davon geben z. B. die kategorialen Ambivalenzen der aktuellen Symbolfigur der nachwachsenden Generation Greta Thunberg: kindlich aussehend, aber sprachlich-kognitiv äußerst eloquent, durch eine medizinische Diagnose als einerseits ‚abweichend/gestört‘ klassifiziert und andererseits als ‚nicht durchschnittlich‘ gekennzeichnet, eine Voraussetzung von sozial erwünschter, positiver Form von Besonderheit bzw. „Singularität“ (Reckwitz 2017).

Die mit Medikalisationprozessen verbundenen Spannungsverhältnisse in ihrer historischen Variabilität und sozialen Konstruiertheit zu veranschaulichen, ist Ziel des vorliegenden Beitrags. Dazu wird zunächst das Konzept der Medikalisation mit samt seiner Anfänge, Entwicklungsetappen und kritischen Weiterentwicklungen vorgestellt. In einem zweiten Schritt wird anhand von zwei Beispielen anschaulich gemacht, wie sich Medikalisationprozesse konkret vollzie-

hen. Dazu sollen zum einen die Einführung und Durchführung von Kindervorsorgeuntersuchungen und zum zweiten die Zunahme von Störungsbildern anhand der Verbreitung der AD (H)S-Diagnose im Hinblick auf die konzeptionellen, institutionellen und kommunikativ-alltäglichen Mechanismen der Etablierung beschrieben werden. In der genauen Beschreibung des konkreten Vollzugs medikalierter Tätigkeiten zeigen sich Probleme, Leerstellen und Kehrseiten, die in einem dritten abschließenden Schritt bilanziert werden. Weniger im Sinne einer normativen Positionierung, z. B. als politisch motiviertes Plädoyer zur Beschränkung von pädiatrischer Macht und von Einflüssen der pharmazeutischen Industrie, sondern vielmehr durch die differenzierte Deskription und Analyse gegenwärtiger Medikalisationprozesse werden Spielräume für reflexive und skeptische Distanz zur Definitionsmacht der Biomedizin eröffnet.

2 Das Konzept Medikalisation – Kontext, Geschichte, Kritik

Das Konzept der Medikalisation geht auf die Soziologen Irving Zola (1972) und Peter Conrad (1992, 2007) wie auch auf die Philosophen Michel Foucault (2003) und Ivan Illich (1995) zurück. Medikalisation bezeichnet den Prozess, durch den ein bestimmtes, zuvor nicht als medizinisch begriffenes Problem in den Bereich medizinischer Zuständigkeit einbezogen wird, dementsprechend in Begriffen von Krankheit, Störung, Auffälligkeit oder Krankheitsrisiko definiert und als medizinisch behandelbar angesehen wird und dadurch eine neue medizinisch-biowissenschaftliche Definition der entsprechenden Phänomene etabliert. Die zunehmende Medikalisation des Alltagslebens, in der immer mehr Phänomene und Lebensprozesse zum Gegenstand medizinischer Diagnostik und Therapie werden und im Zuge dessen sich neue politische und soziale Kontrollmechanismen und die Übernahme medizinischer Erklärungsrahmen etablieren, wurde beispielsweise für chronische Müdigkeit (Aronowitz 1998), Schwangerschaft (Brockmann und Reichard 2000), Wechseljahre (Wolf 2009) Hyperaktivität (Conrad und Potter 2000), Konzentration (Haubl 2007) oder auch Schüchternheit (Wehling 2008) detailliert untersucht. Die damit verbundenen Veränderungen sind vielschichtig und von Ambivalenzen gekennzeichnet. So ist einerseits mit der Verschiebung von vormalig als sozial und/oder individuell deklarierten Phänomenen in den Bereich medizinischer Diagnostik und Therapie eine vergrößerte Aufmerksamkeit und Anerkennung der damit einhergehenden Leiden verbunden, was die Betroffenen als positiv und erleichternd erleben. Andererseits unterstützt diese Expertisierung einen Prozess der Delegation von Verantwortung und Aktivität der Betroffenen zur Regelung der eigenen Belange und Zustände an außenstehende Autoritäten bzw. Expert_innen und arbeitet den Postulaten von

Autonomie und Mündigkeit entgegen. Stattdessen unterwirft der medizinische Blick die genannten Erscheinungen einem Behandlungsplan samt pharmakologischer Verfahren, der die Abhängigkeit und Unselbstständigkeit der Betroffenen tendenziell stärkt. Als treibende Kräfte werden alle am Gesundheitssystem Beteiligten angesehen: Politik, konkurrierende medizinische Standesorganisationen, Krankenkassen und Betroffene erzeugen gemeinsam eine zunehmende Delegation von Verantwortung für das gesundheitliche Well-Being an das Medizinsystem sowie eine Tendenz, die Optimierung der Lebensführung und Persönlichkeit medizinisch gestützt zu betreiben, z. B. durch Ernährungsberatung oder kosmetische Chirurgie. Die soziologische Auseinandersetzung mit der Ausweitung von medizinischen Erklärungsrahmen, Definitionsmacht, Wissenskultur und Praxis auf immer mehr Bereiche der Alltagswelt wie auch in der Rechtsprechung theoretisierte diese Entwicklung zunächst als ‚soziale Kontrolle‘, dann als Trend einer ‚Selbstmedikalisierung‘ und später als ‚Inwertsetzung der molekularen Natur, der inneren Natur‘.

2.1 Von sozialer Kontrolle über Selbstmedikalisierung zur Inwertsetzung der molekularen Körpernatur – Stationen einer Debatte

Seit den 1970er-Jahren ist das Konzept Medikalisierung ein wichtiger Bezugspunkt der sozialwissenschaftlichen wie auch der historischen Forschung zum Themenfeld Krankheit und Gesundheit (z. B. Crawford 1980; Loetz 1994; Nye 2003). Es entwickelte sich aus fünf, teilweise recht heterogenen Quellen, wie der Medizin- und Psychiatriekritik der 1960er- und 70er-Jahre zum einen (z. B. Szasz 1970; Illich 1995), den Arbeiten Michel Foucaults zur Entstehung medizinischer Disziplinarregime und des ärztlichen Blicks zum zweiten (vgl. Lupton 1997; Foucault 2003), dem so genannten Labeling-Ansatz zur Erklärung abweichenden Verhaltens zum dritten, der bestimmte Verhaltensweisen nicht per se als abweichend, sondern als gesellschaftlich abweichend definiert und konstruiert versteht (Conrad und Schneider 1980) sowie viertens aus Arbeiten der Medizinsoziologie Talcott Parsons' (1951) und der kritischen Professionssoziologie Eliot Freidson's (1970), die jeweils aus unterschiedlicher Perspektive die Bedeutung der ärztlichen Profession für die Regulierung und Kontrolle individuellen Verhaltens verdeutlichen sowie fünftens aus der geschichtswissenschaftlich orientierten Forschung einer „zunehmenden ärztlichen Monopolisierung und Kontrolle der Gesundheitsversorgung“ (Stolberg 1998, S. 75) und der Einbeziehung immer größerer Teile der Bevölkerung in das offizielle Gesundheitssystem.

Dabei konstatiert die sozialwissenschaftliche Perspektive auf Medikalisierung weniger die zwangsläufige oder unaus-

weichliche Durchsetzung überlegenen ärztlichen Wissens und effektiver Therapien, sondern vielmehr die Kontingenz und Historizität medizinischer Krankheitsdefinitionen und Behandlungspraktiken. Damit favorisiert sie ein reflexives Verständnis medizinischen Wissens und die Abkehr von der Auffassung, wonach Krankheiten „natürliche Gegebenheiten“ darstellen, „die als solche völlig unabhängig von ihrer Isolierung und Benennung durch die Ärzte existieren“ (Schlich 1998, S. 114). Dementsprechend ist Medikalisierung, das wurde einleitend schon betont, vor allem eine analytisch-deskriptive, keine normative Kategorie. Die Produktivität des Konzepts besteht darin, die wechselseitige Beeinflussung von medizinischer Wissensproduktion und Kultur zu analysieren, jedoch monierten Kritiker_innen hier eine Schiefelage: Die komplexen Wirkzusammenhänge – so zeichnet die Kulturanthropologin Michi Knecht die Linie der Kritik nach (Knecht 2008, S. 181) – erschienen häufig monoliner im Sinne einer topdown-Dynamik. Akzentuiert werde die Kontrollseite, auf der medizinisches Expert_innenwissen als oktroyiert erscheint, und weniger die Seite der Aushandlung, die etwaige Akteure und deren Umdeutungen des Wissens sichtbar macht. Frühe Studien zur Medikalisierung hatten den Aspekt der Verhaltenskontrolle durch die medizinische Profession in den Vordergrund gerückt und diesen Aspekt teilweise auch als konstitutiv für Medikalisierungsprozesse deklariert (Zola 1972; Conrad 1975, 1979). In diesen ersten Analysen stand die Medikalisierung „abweichenden Verhaltens“ (z. B. Hyperaktivität, Alkoholismus) im Vordergrund, welche die medizinischen Deutungen und Interventionen vor allem als eine neuartige Variante der Verhaltensregulierung und Verhaltenskontrolle anstelle von moralischer Stigmatisierung und/oder rechtlicher Sanktionierung begriff: „From badness to sickness“, wie Conrad und Schneider (1980) formulierten. Diese Akzentuierung, so wurde später kritisch bemängelt, gehe einher mit einer einseitigen Gegenüberstellung von Medizin und Gesellschaft (Hess und Knecht 2008, S. 175). In Reaktion auf diese und weitere Kritik (z. B. Lupton 1997; Beck 2007; Rose 2007) und im Hinblick auf neue gesellschaftliche und technische Entwicklungen wurde das Konzept differenziert und weiterentwickelt (z. B. durch Clarke et al. 2003, 2010).

Insbesondere Peter Conrad (1992, 2005, 2007) unterzog das Verständnis von Medikalisierung einer anhaltenden Reflexion. Er stellte heraus, dass Medikalisierung als „two-way-process“ (Conrad 1992, S. 224) gedacht ist, in dem auch der umgekehrte Vorgang einer Demedikalisierung als Möglichkeit angelegt ist. Von Demedikalisierung kann gesprochen werden, wenn eine Verhaltensweise oder Befindlichkeit nicht länger in medizinischen Begriffen definiert wird und medizinische Behandlungen daher nicht mehr als adäquate Lösung angesehen werden (Conrad 2007, S. 7). Ein zentrales Beispiel ist die Demedikalisierung von (männlicher) Homosexualität, die in den 1970er-Jahren erreicht wurde (ebd., 97–113): Trotz erheblicher Widerstände (Conrad und Schneider

1980, S. 204–209) strich die American Psychiatric Association 1974 männliche Homosexualität als eigenständige psychische Störung aus ihrem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM); in der von der WHO herausgegebene International Classification of Diseases ICD wurde Homosexualität erst 1990 heraus genommen. Das Beispiel Homosexualität illustriert die Prozesshaftigkeit und vielfache Kontingenz von Medikalisierung als Krankheitsklassifikation als reversibles und graduelles Geschehen. Zuerst verdrängte die in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts erfolgte Medikalisierung von Homosexualität als psychische Erkrankung die dominierende Beschreibung des Phänomens in religiösen Begriffen wie Sünde oder in juristischen Termini der Straftat. In den 1990er-Jahren wurde dann im Kontext der humangenetischen Forschung nach einem „Gen für Homosexualität“ gesucht, was zumindest die Möglichkeit einer Remedikalisierung von Homosexualität unter veränderten Vorzeichen in Aussicht stellte (Conrad 2007, S. 107–113) und deutlich macht, dass Medikalisierung und Demedikalisierung weder abgeschlossene noch vollständige Prozesse bezeichnen.

Zudem erweiterte Peter Conrad das Konzept um die empirisch gut dokumentierte Dimension der „Selbstmedikalisierung“ (Conrad 2005, S. 9). Seit den 1990er-Jahren ist zu beobachten, dass neue Akteur_innen und Akteursgruppen, vor allem die pharmazeutische Industrie, Medien und Internet, aber auch Patientenorganisationen, Selbsthilfegruppen und Konsument_innen als treibende Kräfte von Medikalisierung in Erscheinung treten. Conrad (2005, 2007, S. 133–145) spricht von den „shifting engines of medicalization“ und zeigt, dass Ärzt_innen zwar noch immer „gatekeepers“ für medizinische Behandlungen sind, ihre Bedeutung in Medikalizationsprozessen sich jedoch relativiert (Conrad und Leiter 2004, S. 171–72). Schon in frühen Fallstudien war erkennbar, dass nicht immer die ärztliche Profession die Haupt-Antriebskraft der Medikalisierung darstellten. Beispielsweise wurde die Wahrnehmung von Alkoholismus als medizinisches Problem nicht zuletzt durch Selbsthilfegruppen von Betroffenen, z. B. „Anonyme Alkoholiker“, etabliert, während nicht wenige Ärzt_innen zögerlich und zurückhaltend blieben (Conrad und Schneider 1980, S. 88–90; Conrad 2007, S. 9). Die Bedeutung von Patient_innen- und Selbsthilfegruppen hat sich in den letzten Jahren deutlich erhöht, wie das Beispiel Aufmerksamkeits-Defizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zeigt. Hier treten Selbsthilfegruppen, teilweise finanziell unterstützt von der pharmazeutischen Industrie, als dominante Akteure und Fürsprecher einer Medikalisation dieser Befindlichkeiten in Erscheinung (Moynihan und Cassels 2005, S. 61–81). Die Betroffenen erhoffen sich Vorteile durch die Anerkennung ihres Verhaltens oder Befin-

dens als „Krankheit“ oder „Störung“, etwa in Form erweiterter finanzieller Unterstützung, eines besseren Zugangs zu Medikamenten oder der Zurückweisung moralischer Verurteilung. Peter Conrad versteht Medikalisation deshalb als eine Form kollektiven und kollaborativen Handelns:

„While physicians and the medical profession have historically been central to medicalization, doctors are not simply colonizing new problems or labeling feckless patients. Patients and other laypeople can be active collaborators in the medicalization of their problems or downright eager for medicalization“ (Conrad 2007, S. 9).

Darüber hinaus hat der Medikalizationsansatz schließlich zu Beginn der 2000er-Jahre, inspiriert von den Social Studies of Technology and Science (STS; z. B. Bauer et al. 2017) sowie den Gouvernementality Studies (z. B. Bröckling et al. 2000), eine inhaltliche und terminologische Neuausrichtung erfahren. Adele Clarke und ihre Ko-Autor_innen führen den Begriff der Biomedikalisation ein (Clarke et al. 2003, 2010), in dem berücksichtigt wird, dass sich der Prozess der Medikalisation in den 1980er-Jahren als Effekt der Integration technowissenschaftlicher Innovationen in das Feld der Biomedizin neu formiert und organisiert hat. Basierend auf Computerisierung, Molekularisierung und Genetifizierung der Biomedizin intensivierte sich die Medikalisation als ein charakteristisches Phänomen der Spätmoderne auf multidirektionalen und hochtechnologisch verflochtenen Wegen (Clarke et al. 2003, S. 162). Der Ansatz der Biomedikalisation zielt deshalb auf das Verstehen des transformatorischen Potenzials der technowissenschaftlichen Innovationen und der damit einhergehenden sozialen und organisatorischen Veränderungen in der medizinischen Praxis. Dabei wird die politisch-ökonomische Kommerzialisierung von Gesundheit als grundlegend für Biomedikalisation erachtet. Im Zuge dessen, so die These, verlagere sich der Schwerpunkt von Krankheit auf Gesundheit, hin zu einer Risiko- und Überwachungsmedizin, die den Körper weit unter den sinnlichen Wahrnehmungsmöglichkeiten auf der Ebene von Genen und Molekülen anvisiert. Die Biomedikalisation transformiere das Leben per se, indem biomedizinisches Wissen in das Zentrum der Deutung und Interpretation von Körper, Leben und Wahrheit rückt und indem die medizinischen Interventionen durch Selbstobservation verwaltet werden. Dementsprechend sei der Wandel von der Medikalisation zur Biomedikalisation durch die Verschiebung der Kontrolle von der äußeren Natur hin zur Nutzung und Transformation der inneren Körpernatur charakterisiert (ebd., 163 f., 181). Verbunden mit Biomedikalisation sind zum einen die Ausbreitung von Sozialformen, die sich um das Biologische herum gruppieren, z. B. die Entstehung neuer Einrichtungen wie Genetische Beratungsstellen oder Online-Selbsthilfegruppen

von Personen, die sich über eine Krankheitsdiagnose zusammenfinden und austauschen. Zum zweiten zeigt sich Biomedikalisierung in der Etablierung einer Form des Selbstbezugs, der Gesundheit als Verantwortung und Wahl berücksichtigt, an Selbstverwirklichung orientiert und in biotechnologische Innovationen verstrickt ist, wie sie zum Beispiel im Self-Tracking oder auch in der Verbreitung der Nutzung von Nahrungsergänzungsmitteln zum Ausdruck kommt (z. B. Wiedemann 2019; Or et al. 2019).

Die Entwicklung des Konzepts zeigt die verschiedenen Zugänge zur Analyse der wechselseitigen Durchdringung von Biomedizin, Kultur, Subjektivierung und Lebenswelt, die sich im Zeitalter der technowissenschaftlichen Biomedikalisierung verdichtet hat und zum unsichtbaren Bestandteil des Alltags geworden ist – Clarke und ihre Ko-Autor_innen konstatieren: „big technology‘ can sit on your desk, reside in a pillbox, or inside your body“ (Clarke et al. 2003, S. 164). Verbunden damit ist die als selbstverständlich erscheinende Erweiterung der Bereiche des Alltags, die technisch vermittelt in medizinischen Termini beobachtet und erlebt werden sowie die Verbreitung von Formen der somatischen Selbst- und Körperproblematik, bei der die Wege zum biomedizinischen Wissenserwerb kürzer und vielfältiger sind und in neuer Weise kommerzialisiert in Erscheinung treten. Veränderungen dieser Art sollen im Folgenden am Beispiel von Wandlungen im Verständnis von Kinderkörpern, kindlicher Entwicklung und kindlichen Verhaltensweisen konkretisiert, veranschaulicht und diskutiert werden.

3 Medikalisierung des Kindesalters – Zwei Beispiele

Zur Veranschaulichung von Medikalisierungsprozessen und ihrer Vielschichtigkeit werden im Folgenden zwei Beispiele der „Medikalisierung des Kindesalters“ (Timimi 2002) – die Etablierung von Normen kindlicher Entwicklung durch kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen (U3 bis U9) zum einen sowie die Verbreitung der Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung AD(H)S zum zweiten – auf drei verschiedenen Ebenen betrachtet: konzeptionell, institutionell und interaktiv. Auf der konzeptionellen Ebene wird eine medizinische Begrifflichkeit etabliert und verwendet, um ein Phänomen zu definieren und zu erklären. Auf der institutionellen Ebene übernehmen Organisationen eine medizinische Perspektive gegenüber bestimmten Erscheinungen und Phänomenen. Die interaktive Ebene von Medikalisierung realisiert sich vor allem in der Arzt-Patient-Beziehung, indem ein_e Ärzt_in die Befindlichkeit einer Person in medizinischen Begriffen deutet und entsprechend behandelt, wengleich man dafür unter Umständen auch soziale Ursachen (familiärer Stress, schulische Probleme u. Ä.) verantwortlich machen könnte (Conrad 1992, S. 211; auch: Conrad und Schneider 1980).

Dabei wird auch sichtbar, dass Medikalisierungsprozesse auf diesen drei Ebenen durchaus gegensätzlich verlaufen können. Aufmerksamkeitsstörungen bei Kindern etwa können auf konzeptioneller Ebene als medizinisches Problem definiert werden, während Ärzt_innen in der alltäglichen Praxis unter Umständen die Verschreibung entsprechender Medikamente ablehnen. Umgekehrt ist ebenso möglich, dass bestimmte Phänomene (z. B. entwicklungsbedingte Verhaltensweisen, wie beispielsweise das Daumenlutschen) allgemein als nicht-medizinisch wahrgenommen werden, von Ärzt_innen aber faktisch medikalisiert, d. h. mit medizinischen Mitteln behandelt werden. Medikalisierung ist somit nicht nur ein graduelles Geschehen, sondern kann auch in sich widersprüchlich verlaufen.

3.1 Etablierung von Entwicklungsnormen, Entwicklungskontrollen und neuen Präventionsanforderungen – Medikalisierung des Kindesalters I

In den vergangenen zwei Jahrzehnten stand die körperliche, geistige und psychische Entwicklung von Kindern im Zentrum bildungs- und gesundheitspolitischer Aufmerksamkeit (BJA 2017). Im Rahmen der sogenannten Frühförderung legten alle 16 Bundesländer neue Bildungspläne für den Elementarbereich und teilweise auch für den Primarbereich vor, die nach einem von der Kultusministerkonferenz 2004 veröffentlichten Rahmenplan entwickelt wurden und dem Anspruch einer fördernden und präventiven Intervention in kindliche Entwicklungsprozesse verpflichtet sind. Hier wurde angeknüpft an bereits etablierte präventionspolitische Instrumente, wie z. B. Kindervorsorgeuntersuchungen oder Sprachstandserhebungen in Kindertageseinrichtungen. Diese zielen in epidemiologischer Hinsicht auf die Erfassung möglichst aller Kinder der jeweiligen Altersgruppe und in individualmedizinischer und individualpädagogischer Hinsicht auf die Früherkennung von Krankheiten und Feststellung von Frühförderbedarf. Die Bielefelder Erziehungswissenschaftlerin Helga Kelle hat von 2006 bis 2011 und von 2012 bis 2015 mit ihrem Team im Rahmen von zwei Forschungsprojekten die Erzeugung und Etablierung von Entwicklungsnormen durch kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen und Schuleinganguntersuchungen aus praxeologischer Perspektive ethnografisch untersucht. Ihre Studie „Kinderkörper in der Praxis“ kann als wegweisende Analyse der Durchsetzung des medizinischen Wissens zur Bestimmung des Kindesalters auf konzeptioneller, institutioneller und interaktiver Ebene angesehen werden. Mittels eines fokussierten Blicks auf die umfangreichen Veröffentlichungen zu dieser Forschung (z. B. Kelle 2007a, b; Bollig und Ott 2008; Bollig und Kelle 2009; Kelle 2010; Tervooren 2010; Kelle und Ott 2012; Kelle et al. 2012; Bollig und Kelle 2013; Kelle et al. 2015; Kelle

2018) soll hier nachgezeichnet werden, wie Kindervorsorgeuntersuchungen als Medikalisierung des Kindesalters wirksam werden.

3.1.1 Konzeptionelle Etablierung

Die in Deutschland im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und Schuleingangsuntersuchungen eingesetzten Verfahren und Instrumente zur Messung kindlicher Entwicklung stehen im Kontext von Bestrebungen zu deren weltweiter Standardisierung. Die Weltgesundheitsorganisation hat Standards für das kindliche Wachstum (Größe je Alter, Gewicht je Alter, Gewicht je Größe, *Body Mass Index* je Alter) entwickelt, die seit 2007 international in Entwicklungsevaluationen zum Einsatz kommen. Auf der Basis der *Multicentre Growth Reference Study* (MGRS) an 8440 Kindern in Brasilien, Ghana, Indien, Norwegen, Oman und in den USA, die alle gestillt wurden und deren Mütter nicht rauchten, entwickelte die WHO Werte für die kindliche Entwicklung, die benennen, wie Kinder sich „normal“ entwickeln sollen – und zwar unabhängig von ethnischer Zugehörigkeit und sozio-ökonomischem Status (WHO 2006). Damit wurde die konzeptionelle Grundlage für die Etablierung eines tendenziell globalen Regimes von Vorsorgesystemen gelegt, wobei sich die im Bereich von Diagnose und Prävention angewandten Instrumente an den in westlichen Gesellschaften entwickelten Modellen ‚normaler‘ kindlicher Entwicklung orientieren, für die statistische Durchschnittswerte konstitutiv sind. Wie diese jedoch institutionell etabliert und angewendet werden und auf welche praktischen Kontexte und kulturelle Ordnungen sie weltweit treffen, wird gleichermaßen im Vollzug der Messverfahren, in der spezifischen Nutzung und Verwendung der Instrumente und in der je situativen Deutung der Ergebnisse ausgehandelt, was eine kulturelle und historische Variabilität mit sich bringt.

Unabhängig von situativen, soziokulturellen und gesellschaftspolitischen Einflüssen aber gilt übergreifend, dass das Spannungsfeld zwischen konzeptioneller, institutioneller und praktisch-interaktiver Herstellung einer standardisierten Bestimmung von kindlicher Entwicklung gekennzeichnet ist von der Verschränkung zweier unterschiedlicher Arten von Normen: den „normativen“ und den „normalistischen“ Normen. Mit „normalistisch“ ist ein Typus normativer Orientierung bezeichnet, der sich begründet durch die Bezugnahme auf „mehr oder weniger breite ‚normal ranges‘, die sich zwischen meistens zwei Normalitätsgrenzen an den ‚Extremen‘ um die ‚Mitte‘ der verschiedenen statistischen Durchschnittswerte herum erstrecken“ (Gerhard et al. 2001, S. 7). Davon unterscheiden sich „normative Normen“ als präskriptive Handlungsvorschriften und punktförmige „Erfüllungsnormen“ (ebd.). Kindliche Entwicklungsnormen wirken sowohl als normalistische als auch als normative Normen. Sie sind einerseits durch statistische Durchschnittswerte begründet, deren systematische Verdattung aber andererseits

in einem Regime vollzogen wird, das selbst normative Wirkung erzeugt, beispielsweise in der Anforderung und Erwartung, eine ‚normale‘ kindliche Entwicklung zu durchlaufen. Daran ist auch die WHO interessiert, die seit 2006 nicht nur für eine internationale Standardisierung von Entwicklungsdaten und Messverfahren eintritt, sondern auch für die Entdifferenzierung von normalistischen Normen und normativen Normen plädiert und damit die präskriptive Dimension der von ihr entwickelten Standards akzentuiert (WHO 2006).

3.1.2 Institutionelle Durchsetzung

Die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen ist im 5. Buch des Sozialgesetzbuches festgeschrieben und somit bundesweit institutionalisiert. Der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat „Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres“ (Bundesanzeiger 2005) erarbeitet, auf denen die Durchführung der Untersuchungen und die Dokumentation ihrer Ergebnisse in sogenannten „Untersuchungsheften“ basieren. Diese Richtlinien sind seit 1977 in Kraft und seitdem mehrfach ergänzt worden. Sie regeln, dass in den ersten sechs Lebensjahren von Kindern insgesamt neun Untersuchungen durchgeführt werden sollen (U1 bis U9), wobei U1 bis U6 im Verlauf des ersten Lebensjahres nach logarithmisch kalkulierten größer werdenden Abständen stattfinden. „Zweck dieser Untersuchungen“, so wird den Eltern auf der Innenseite des Umschlags der Untersuchungshefte mitgeteilt, die sie bei der Geburt ihres Kindes ausgehändigt bekommen, „ist die Früherkennung von Krankheiten, die die normale körperliche oder geistige Entwicklung Ihres Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden“. Die bundesweit durchgeführten Untersuchungen werden als Pflichtleistung der Krankenversicherung bezahlt, ihr gesundheitspolitisches Ziel ist die Erfassung aller Kinder.

Die Vorsorgeuntersuchungen werden in einem gelben Untersuchungsheft dokumentiert. Hier hält die Kinderärzt_in die Entwicklungsdaten eines jeden untersuchten Kindes fest. Die U3 bis U9 sollen explizit den Verlauf der Entwicklung des Kindes evaluieren; sie sind gegliedert in (bei den Eltern) „erfragte Befunde“ und von der Ärzt_in oder der Sprechstundenhilfe „erhobene Befunde“ sowie in „ergänzende Angaben“, wie im Untersuchungsheft formuliert ist. Die Eltern bekommen das Untersuchungsheft von Ärzt_innen nach jeder Untersuchung wieder ausgehändigt und werden so in die Pflicht genommen, ihre Kinder zu den angegebenen Terminen dem Arzt vorzustellen. Auch wird im Prozess der fortlaufenden Untersuchungen der Blick der Eltern für die ‚normale‘ Entwicklung und ggf. notwendige Interventionen geschult (Kelle und Seehaus 2010). Dabei helfen die auf den letzten Seiten des Heftes als Kurvenprofile präsentierten Vergleichsdaten zu ‚Größe je Alter‘, ‚Gewicht je Größe‘, ‚Bodymaß-Index‘ sowie ‚Kopfumfang je Alter, Körperlänge, Gewicht‘. Diese Kurvenprofile bilden die Referenzpunkte

einer vergleichenden Beurteilung des Standes der individuellen Entwicklung des einzelnen Kindes.

Alles in allem handelt es sich bei den Vorsorgeuntersuchungen um eine flächendeckend institutionalisierte Aktivität, die der überwiegende Teil aller Kinder durchläuft, und deren individualmedizinischer und präventiver Zweck auf einem rechtlich kodifizierten gesellschaftlichen Konsens gründet. Dabei tritt die Leitunterscheidung von „krank“ und „gesund“, die nach Luhmann (1990) das Medizinsystem strukturiert, im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen modifiziert als Unterscheidung von „auffälligen“ und „unauffälligen“ Befunden in Erscheinung. So sind die Kinderuntersuchungshefte nicht allein auf eine Beobachtung des status quo ausgelegt, sondern auch auf die Beobachtung von Prozessen, bei denen der Befund „auffällig“ sich ggf. erst allmählich zur Diagnose „krank“ oder „gestört“ erhärten kann. Dies stellt die beteiligten Mediziner_innen vor die Herausforderung, die diagnostische Bestimmung von Normalität und Abweichung so zu gestalten, dass möglichen Stigmatisierungen der Kinder entgegengewirkt wird und auch die Konsequenzen von therapeutischen Bearbeitungen vorab in Betracht gezogen werden. Gleichmaßen müssen sich Eltern und Kinder zu den in den Vorsorgeuntersuchungen transportierten Normalitätserwartungen samt der damit verbundenen Option der Abweichung und deren Folgen verhalten. Die interaktiven Ver- und Aushandlungen, die durch die Entwicklungsnormen zwischen medizinischem Personal, Eltern (zumeist: Müttern) und Kindern in Gang gesetzt werden, bilden deshalb die dritte Ebene der Medikalisierung, auf der sich der Grad und das Ausmaß der Akzeptanz und Durchsetzung der medizinisch dokumentierten Norm zeigt und auf der gleichermaßen Widerstände, Umdeutungen und Verweigerungen sichtbar werden.

3.1.3 Interaktive Verhandlungen

Die von Helga Kelle und ihren Mitarbeiterinnen durchgeführten empirischen Analysen dokumentieren die Abläufe und Prozesse erzieherischer und medizinisch-therapeutischer Erzeugung kindlicher Entwicklung – oder vorsichtiger formuliert: ihrer Beeinflussung. Sie zeigen, wie Zuständigkeiten für die normale Entwicklung der Kinder in situierten Aushandlungsprozessen unter medizinischen, therapeutischen und pädagogischen Professionen sowie den Eltern verteilt werden. Anhand eines konkreten Beispiels aus dem Beobachtungsprotokoll zu einer U9 des fünfjährigen Mädchens „Cathrin“ analysieren die Forscherinnen die intersubjektive Erzeugung und kommunikative Validierung standardisierter Normen (Kelle 2007b): Bei der U9 werden neben Größen- und Gewichtsmessungen auch Sprachtests zur Überprüfung von Verständnis und Aussprache, Mal-Tests zur Überprüfung von kognitiven und graphomotorischen Fähigkeiten sowie weitere motorische Tests wie Stehen und Hüpfen auf einem Bein und vorwärts und rückwärts Gehen auf einer Linie mit den Kindern durch-

geführt. Das Vorsorgeuntersuchungsheft unterscheidet für jede einzelne Untersuchung in (A) bei den Eltern erfragte und (B) erhobene Befunde sowie (C) ergänzende Angaben.

Im Fallbeispiel erhob eine Sprechstundenhilfe die Befunde. Dies ist nicht unüblich, da die Mediziner_innen in der Regel nicht alle der vielfältigen Entwicklungstests selbst durchführen, sie vielmehr zu einem großen Teil durch assistierendes Personal anleiten lassen. Das Beobachtungsprotokoll dokumentiert eindrücklich, dass die Erhebung von Entwicklungsständen darauf basiert, dass alle an der U(ntersuchung) Beteiligte daran arbeiten, die Fähigkeiten des Kindes in situ zur Performanz zu bringen. Die konkrete Aufgabe bestand darin, erst eine Puppe zu malen und dann von einer Vorlage, einen Kreis, ein Dreieck und ein Quadrat abzumalen. Die Mutter von „Cathrin“ intervenierte bereits nach den ersten Strichen des Kindes, um den Malprozess des Kindes zu fokussieren. Sie vermittelte dem Kind direkt, was in der Situation verlangt wird, nämlich „nur die Puppe“ zu malen. Zugleich machte die Mutter sich mit der Anleitung der Tochter ungefragt zur Assistentin der Sprechstundenhilfe, indem sie ihr hilft, eine recht unspezifische Aufgabenstellung im Hinblick auf ein aussagekräftiges Ergebnis auch zeitökonomisch durchzuführen. Dieses Verhalten der Mutter von „Cathrin“ steht im Kontext der Anforderungen, mit denen Eltern bei den Vorsorgeuntersuchungen konfrontiert sind, nämlich die Kinder für die Untersuchungen zu disponieren und als untersuchbar zu präsentieren. Die Ausführung der Vermittlerrolle gestaltet sich dabei als eine durchaus anspruchsvolle Aufgabe. Sind die elterlichen Interventionen zu zurückhaltend, ist ein reibungsloser Untersuchungsverlauf gefährdet; sind die Interventionen zu stark, kann man die Testergebnisse möglicherweise nicht mehr eindeutig dem Kind zurechnen, womit sie wertlos wären. Im vorliegenden Beispiel gelang es der Mutter, ihre Intervention ganz im Sinne der Sprechstundenhilfe zu dosieren und damit einen relevanten Teil der Verantwortung für das Zeitmanagement bei dieser U9 zu übernehmen.

Zudem macht das Beobachtungsprotokoll von „Cathrin“ auch deutlich, dass alle Beteiligten wissen, dass die Untersuchung auch Momente einer Bewährungsprobe enthält, dass sie ein Belastungspotenzial transportiert. Das Protokoll hält fest, wie das Kind eine Evaluation eines seiner Produkte – des Dreiecks – antizipiert und selbst besorgt. Nicht nur schien das Ergebnis den eigenen Ansprüchen des Kindes nicht zu genügen, das Kind gab auch zu erkennen, dass es weiß, dass es bei den Tests um eine Bewertung der Produkte geht, die ihm als Person zugeschrieben werden. Die Sprechstundenhilfe bestätigte denn auch diesen Teil der kindlichen Einschätzung, indem sie Cathrin inhaltlich widersprach: „Das hast Du ganz toll gemacht“. Dieses Anforderungsmoment der institutionalisierten Formen der Evaluation der Entwicklung von Kindern dokumentiert sich auch in den Elterninterviews, die im Rahmen der genannten Projekte durchgeführt wurden. Hier wurde berichtet, dass Eltern mit ihren Kindern vor den Vor-

sorgeuntersuchungen z. B. Männchen-Malen üben, um sicherzustellen, dass die Kinder die Hürde der je geforderten altersgemäßen Kompetenzen zu nehmen in der Lage sind. Dies zeigt, dass die Performanz von Kompetenzen während der Vorsorgeuntersuchungen ein interaktives Produkt darstellt, das nicht allein den Kindern zuzurechnen ist. Vielmehr ist die situierte Performanz mehrfach bestimmt: durch das Repertoire des Kindes, über das dieses entweder von alleine verfügt oder aber nach einer Phase des „Antrainierens“; durch den „Willen“ des Kindes, seine Bereitschaft zur konstruktiven Mitarbeit an der Situation; aber z. B. auch durch das Geschlecht des Kindes, das Einfluss darauf nimmt, wie die geschlechtskulturell kodierten Aktivitäten des Malens, Schreibens und Rechnens ausgestaltet werden.

Dies lässt erahnen, welche Flexibilität bei den Testenden im Umgang mit den Unwägbarkeiten und den situativ relevant werdenden Bedingungen für die Performanzen der Kinder vorhanden sein muss; der evaluative Charakter der Untersuchungen lässt sich nicht einfach abrufen, er muss hervorgebracht und erzeugt werden. Im Fallbeispiel kam diese Aufgabe vor allem dem Arzt zu, der die Maltests anhand einer Merkmalsliste auswertete, mittels derer den gezeichneten Merkmalen Punktwerte zugeordnet werden, z. B. „von Armen unterscheidbare Hände“ oder „von Händen unterscheidbare Finger“. Anhand der Punktzahl wird der Entwicklungsstand der zeichnerischen Fähigkeiten an einer entsprechenden Tabelle ermittelt. Das Kind „Cathrin“ erhielt die Auswertung „6:6 Jahre“, was die Ethnografin so deutete, dass Cathrins Malfähigkeit laut Test einem sechseinhalbjährigen Kind entspricht. Dieser Befund wurde jedoch gar nicht kommuniziert, vielmehr war der Arzt daran interessiert, weitere Fähigkeiten des Kindes, wie Fahrradfahren können, zählen und Wörter schreiben zu eruieren, zu bewerten und schlug abschließend vor, einen Antrag auf vorzeitige Einschulung des Kindes zu stellen. Der Arzt verdichtete die Ergebnisse der einzelnen Maßnahmen zur Evaluation des Entwicklungsstandes, „erfragte“ und „erhobene“ Befunde, in der Einschätzung, das Kind sei seiner Altersgruppe voraus und könne früher als üblich eingeschult werden. Diese Verbindung von medizinischer Diagnose mit der Logik von Beschleunigung und Optimierung – ein Kind, das seinen Altersgenossen gegenüber Entwicklungsvorsprünge aufweist, könne auch seine Bildungsbiografie zügiger und effektiver organisieren – illustriert ein Moment der Ausweitung medizinischer Diagnostik in Bereiche eines vormals vor allem an familiären und pädagogischen Überlegungen ausgerichteten Alltags, mit dem zugleich normative An- und Aufforderung auch an die Mutter bzw. die Eltern verbunden sind.

Der exemplarisch betrachtete kommunikativ-interaktive Verlauf einer U9 zeigt, dass Vorsorgeuntersuchungen ein verdichtetes Bild vom Entwicklungsstand des untersuchten Kindes generieren. In dieser Verdichtung wird die Komplexität und Langwierigkeit des Entwicklungsprozesses des

Kindes auf ein punktuelles Ergebnis reduziert, das als Passungsverhältnis normative Wirkung entfaltet: Entweder passt die situative Performanz der Kinder zu den für ihr Alter beschriebenen Kompetenzen, dann ist das Passungsverhältnis bereits in den Vorsorgeuntersuchungen ohne weiteren Aufwand hergestellt. Oder die situative Performanz differiert nach ‚unten‘ oder ‚oben‘, dann werden weitere Maßnahmen thematisiert, die Passung herzustellen, z. B. Fördermaßnahmen und therapeutische Interventionen im einen oder vorzeitige Einschulung im anderen Fall.

Kelles Praxisanalyse der institutionalisierten Entwicklungsevaluation in den Vorsorgeuntersuchungen dokumentiert eine Spaltung in der wissensbasierten sozialen Konstituierung des Kindesalters heute: Normale Entwicklung, so schreibt sie, werde „tendenziell naturalisiert, während von normalistischen Normen abweichende Entwicklung der pädagogischen und therapeutischen Bearbeitung zugeführt und darin, so könnte man sagen, tendenziell kulturalisiert und sozialisiert wird“ (Kelle 2007b, S. 121). Dabei ist von entscheidender Bedeutung, dass diese kulturelle und soziale Bilanzierung im sozialen Feld der Medizin verankert ist. Mit der punktuellen Bestimmung des Verlaufs von Kindheit im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen als medizinische Institution, werden Auffälligkeiten als Abweichungen mit Krankheitswert diagnostiziert. Damit wird sukzessive zum Verschwinden gebracht, dass es lange Zeit in den Aufgabenbereich familiärer Erziehung fiel, das zu moderieren, was entweder als spezifische Eigenheit eines Kindes quasi biologisiert war oder im Prozess des Aufwachsens durch pädagogische Unterstützung und Begleitung als vorübergehend verstanden wurde. Diese Verschiebung von Zuständigkeit als einen Prozess der Organisation und Herstellung gesellschaftlicher Ordnung zu verstehen, ist das Anliegen des Medikalisierungskonzepts. Obwohl Helga Kelle und ihre Mitarbeiterinnen diesen Begriff nicht verwenden, sondern gemäß der mikrosoziologischen Ausrichtung ihrer Untersuchungen von „Medizinisierung“ (Bollig und Kelle 2009) wie auch von „Entgrenzung von Diagnostik“ (Kelle 2018) sprechen, zeigt sich hier deutlich die übergreifend gesellschaftliche Tendenz, mit Hilfe von Vorsorgeuntersuchungen Legitimationen für medizinische Interventionen in kindliche Entwicklungsprozesse herzustellen.

3.2 Entstehung und Ausbreitung neuer „Störungen“ – Medikalisierung des Kindesalters II

Mit der Klassifikation von Entwicklungsnormen und deren Institutionalisierung samt kommunikativer Validierung in standardisierten wie auch in alltäglichen Settings ist die Notwendigkeit verbunden, Abweichung zu bestimmen. Zudem ist die Frage, ab wann die Divergenz vom statistischen

Durchschnitt als problematisch angesehen werden sollte, auch mit dem gesellschaftlichen Problem der Zuständigkeit und des adäquaten Umgangs mit den Normenabweichungen im Entwicklungsprozess Heranwachsender verbunden. Sollte der Umgang mit den Abweichungen den Eltern oder dem Erziehungssystem, dem sozialen Hilfesystem, den Ordnungshütern oder der Medizin überantwortet werden? Welche Lösungsvorschläge stellen die jeweiligen Akteure und Einrichtungen zur Verfügung und welchen Nachweis des Nutzens der von ihnen vorgeschlagenen Maßnahmen erbringen sie? Aus historischer Perspektive erscheinen die thematischen Konjunkturen kindlicher Verhaltensauffälligkeiten und der gesellschaftlichen Reaktionen sowohl variabel als auch als Ausdruck gesellschaftlicher Bedingungen des Aufwachsens samt korrespondierender Definitionen von Kindheit und Kindesalter. So stand – um nur einige Beispiele zu nennen – zu Beginn der Durchsetzung eines gesellschaftlichen Verständnisses von Kindheit als eigener, von dem Erwachsenen-Alter zu unterscheidender Lebensphase im 18. Jahrhundert die Regulation einer spezifischen, kindlichen Sexualität im Rahmen einer „schwarzen Pädagogik“ im Fokus der Aufmerksamkeit (Rutschky 1977), während im Zuge der Industrialisierung angesichts des Entstehens von Kinderbanden in den Großstädten die normativen Standards von kindlicher Autonomie und Devianz disziplinarpolitisch diskutiert wurden (Savage 2008), wohingegen heute die durchgesetzte Institutionalisierung von Kindheit die Aufmerksamkeit auf Fragen der Sicherung von Qualitätsstandards und Optimierung von Versorgung verschiebt (Zeiber 1996) und dementsprechend den Blick für Verhaltensauffälligkeiten und die Varianz psychischer und kognitiver Fähigkeiten von Kindern schärft. Mit der zunehmenden Professionalisierung von Früh- und Grundschulern nahm auch die Expertisierung von Abweichungen kindlicher Verhaltensweisen zu und sorgte dafür, dass Diagnosen sogenannter Entwicklungsbeeinträchtigungen im Kindesalter in den vergangenen 25 Jahren zunahm (z. B. Schulte-Körne 2016) und dass Verhaltensauffälligkeiten, psychische Probleme, Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen, motorische Defizite oder Aufmerksamkeitsdefizite in der öffentlichen und politischen Diskussion heute weniger als eine pädagogische und soziale als vielmehr medizinische Angelegenheit verhandelt werden.

Eine in mehrfacher Hinsicht herausgehobene Position kommt dabei AD(H)S zu. Die „Aufmerksamkeitsdefizit(Hyperaktivitäts)Störung“ hat sich in den letzten zwanzig Jahren kontinuierlich ausgebreitet (Barmer GEK 2013). Man schätzt, dass in Deutschland 600.000 Kinder AD(H)S diagnostiziert bekommen und dass 250.000 Kinder Methylphenidathaltige Medikamente dagegen einnehmen (Kunst 2012); gegenwärtig sind Diagnosen und Verschreibungen leicht rückläufig (Ärztblatt 19. Juli 2019). In der ADHS-Problematik bündeln sich die kindlichen Risiken, einen nicht-normalen Verlauf ihrer Entwicklung bescheinigt zu

bekommen, auf vielfältige und gleichermaßen diffuse Art und Weise: Konzentrationsschwierigkeiten, motorische Unruhe, Nervosität wie auch deren Gegenteil – das Vor-Sich-Hin-Träumen, Langsamkeit und unfokussierte Aufmerksamkeit – bilden das Spektrum der AD(H)S, die samt ihrer ko-morbiden Varianten seit Jahren als die epidemiologisch größte psychosoziale Belastung von Kindern und Jugendlichen gilt (z. B. Hüther 2010; Schlack et al. 2007; Biederman 2005). Als ein weiteres Beispiel einer Medikalisierung des Kindesalters soll deren konzeptionelle, institutionelle und interaktive Durchsetzung im Folgenden in den Blick genommen werden.

3.2.1 Konzeptionelle Begründung und institutionelle Verankerung

Grundlage einer ärztlichen Klassifikation von körperlichen oder psychischen Erscheinungen mit Krankheitswert ist deren Standardisierung in Form von Diagnosen. Der Begriff Diagnose stammt aus dem Griechischen und bedeutet Unterscheidung, Entscheidung, Erkenntnis, Urteil. Die „Internationale Klassifikation von Erkrankungen der Weltgesundheitsorganisation“ (International Classification of Diseases ICD der World Health Organization WHO) listet in der aktuell geltenden Fassung ICD 10 in der Rubrik F „Psychische und Verhaltensstörungen“ auch „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ auf. Beschrieben und typisiert werden zum Beispiel:

- „Hyperkinetische Störungen“ (F90), differenziert nach „Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“, „Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“;
- „Störungen des Sozialverhaltens“ (F91), die unterschieden werden in „Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens“, „Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen“, „Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen“, „Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufässigem Verhalten“
- Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92)
- Emotionale Störungen des Kindesalters (F93), z. B. Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters, Phobische Störung des Kindesalters. Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters, Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität
- Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F94), z. B. Elektiver Mutismus, Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters, Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung
- Ticstörungen (F95), z. B. Vorübergehende Ticstörung, Chronische motorische oder vokale Ticstörung, Kombinierte vokale und multiple motorische Tics (Tourette-Syndrom)

- Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98), z. B. Einnässen, Fütterstörungen Pica-Syndrom, Stereotype Bewegungsstörungen, Stottern, Poltern, Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, z. B. Nägelkauen, Nasenbohren.

Die AD(H)S ist also im ICD-10 unter der Rubrik F90 als eigenständige psychiatrische Diagnose aufgeführt. Darüber hinaus haben Konsensuskonferenzen zur Diagnostizierung der Störung empfohlen, einen aufwändigen Diagnoseprozess zu betreiben, der die gesamte Lebenswelt der Betroffenen in die Beobachtung einbezieht und Vorsicht walten lässt, um Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität nicht vorschnell zu pathologisieren. Was die Therapie der AD(H)S betrifft, so gilt es inzwischen als Behandlungsstandard, sie nicht auf die Einnahme von Medikamenten zu beschränken, weil eine solche Beschränkung die unterschiedlichen Ätiologien der Kernsymptome ignoriert. Eine psychopharmakologische Behandlung, so die Empfehlung der Konsensuskonferenzen, sollte deshalb je nach Bedarf durch psychotherapeutische, ergotherapeutische, logopädische, pädagogische oder andere nicht-medikamentöse Unterstützungen flankiert werden (Haubl 2010; von Lüpke 2009).

Eine weitere normative Anforderung an die Behandlung verhaltensauffälliger Kinder liegt in dem gewandelten Verständnis von Kindheit begründet, das Kindern heute in vielen Bereichen der Gesellschaft mehr Selbstständigkeit und Entscheidungsfreiheit zubilligt als früher. In Folge dessen gilt im Grundsatz das in der Erwachsenenmedizin etablierte Prinzip des „Informed Consent“, nach dem jede ärztliche diagnostische und therapeutische Maßnahme der Zustimmung des einwilligungsfähigen, zuvor umfassend und allgemeinverständlich informierten Patienten bedarf, auch innerhalb der Kinderheilkunde und Jugendmedizin. Daraus resultierende Konflikte zwischen zugebilligter Einwilligungsfähigkeit der Minderjährigen und dem Sorgerecht der Eltern erfordern einen situativ angemessenen Umgang.

Die Verbreitung und Zunahme der Diagnostizierung von AD(H)S im Schnittpunkt von Risiko-Deklaration, Sorgfaltspflicht und Einwilligungsnorm verweist auf eine Verschiebung des Verständnisses von Kindheit, die mittels psychologischen, medizinischen und pädagogischen Testverfahren normalistisch kalkuliert wird. Verbunden damit sind auch neue soziale Erwartungen, die den Umgang mit Kindern und Kindheit im Allgemeinen regulieren. Das zahlenmäßige Anwachsen der Gruppe von Abweichenden zum einen und die gestiegene gesellschaftliche Aufmerksamkeit für Verhaltensauffälligkeiten wie auch die Vervielfältigung der Interventionsbemühungen zum anderen bringen neue Formen der Unterscheidung von ‚normaler‘ und ‚nicht-normaler‘ Entwicklung hervor, die als „ADHS“, „ADS“ samt einer großen

Bandbreite von Komorbiditäten und ergänzenden Teil-Diagnosen zum Ausdruck kommen.

3.2.2 Interaktive Durchsetzung

Wie genau sich die neuen Formen von Auffälligkeiten und medizinischen Klassifikationen von Abweichungen (als ADHSler, Autist etc.) als zunehmend selbstverständlich etablieren, haben wir im Rahmen eines Forschungsprojekts untersucht, das der Frage nachgegangen ist, welche Bedeutung die Beteiligten – Kind, Eltern, Geschwister, Lehrkräfte, medizinisches Personal – dem symptomatischen Verhalten zuschreiben, welche Veränderungen von moralischen Überzeugungen, Handlungsmustern und Selbstbildern mit der Diagnose AD(H)S verbunden sind und wie genau diese Einstellungen und Ansichten alltäglich realisiert werden. Dazu untersuchten wir, welche kulturelle und intersubjektive Arbeit Betroffene im Zuge der Diagnostizierung von AD(H)S leisten, um die symbolische Form ‚Normalität‘ wieder zu stabilisieren. Gegenstand unserer Analyse waren Erklärungen und Praktiken, die Erwachsene – Ärzte, Eltern, Lehrer/innen und andere signifikante Bezugspersonen – den auffällig gewordenen Kindern zu ihrem als problematisch deklarierten Entwicklungsstand anbieten und wie die betroffenen Kinder damit umgehen (z. B. Liebsch und Haubl 2015; Liebsch et al. 2013; Haubl und Liebsch 2014, 2010; Liebsch 2009; Liebsch und Haubl 2009; Haubl und Liebsch 2009a, b).

Die Aussagen und Erklärungen kursieren im Zirkel der Beteiligten und übernehmen bei der Etablierung neuer, medizinischer Sichtweisen und Deutungsmuster eine stabilisierende und normalisierende Funktion. In der Zirkulation von Aussagen in der sozialen Matrix eines ADHS-Kindes, in den Interaktionen aller Beteiligten miteinander entsteht eine gemeinsame Wirklichkeit, welche das Kind und seine Entwicklung neu klassifiziert, prognostiziert und schließlich „normalisiert“ (May und Finch 2009). Dazu gehört zum einen die Normalität der medizinischen Behandlung familiärer, pädagogischer und schulischer Probleme: Für unsere Gesprächspartnerinnen und -partner stellte die Diagnose AD(H)S ein etabliertes Deutungsmuster mit institutionalisierten Handlungsmöglichkeiten im medizinischen Bereich dar. Das Verhalten ihrer Kinder, die sich mit den schulischen Anforderungen schwerer tun als andere, verstanden sie nicht als kindgemäße Flegelei, Vorwitz, Aufmüpfigkeit oder Verträumtheit, sondern werteten sie als Anlass für den Verdacht auf eine „Störung“ der Aufmerksamkeit oder auf „krankhafte“ Hyperaktivität. Sie waren im Kontakt mit pädagogischem Personal und Ärzten bereits mit einer Begrifflichkeit pädagogischer

¹ Der Qb-Test ist laut Anbieter ein computergestütztes Verfahren zur objektiven Messung von Hyperaktivität, Aufmerksamkeit und Impulsivität (Quelle: <http://www.qbtech.se/qbtest/about-the-test/>).

² Der CFT-20 dient als Standardverfahren zur Messung der allgemeinen Intelligenz und wird zur Vorhersage von Schulleistungen verwendet (<http://career-test.de/einstellungstest/CFT20.html>).

Normalitätskontrolle konfrontiert worden, die von der „Verhaltensstörung“ bis hin zur „Schulphobie“ reicht, und kannten die institutionalisierten und organisierten Formen medizinisch-psychologischer Untersuchungen dieses Verhaltens. Sie hatten in Erfahrung gebracht, zu welchem Arzt sie gehen müssen, um heraus zu finden, ob ihr Kind „normal“ oder „gefährdet“ ist, und verstanden es als hilfreich, das kindliche Verhalten einer umfangreichen Testprozedur zu unterziehen, die mögliche „Gefährdungen“ auf der Basis von Normen und Durchschnittswerten statistisch lokalisierbar macht. Die Eltern artikulierten, dass sie „Hilfe brauchen“ und wandten sich dazu an die medizinischen Experten. Eine Fallvignette soll die bereitwillige Integration medizinischer Expertise in den familiären Erziehungsprozess samt seiner Verquickung von normalistischen und normativen Normen veranschaulichen.

Im Fall von „Mike Braun“ nahm der diagnostische Prozess seinen Anfang mit dem normativen Impuls der Eltern, dass mit dem Kind etwas „nicht richtig“ sei und dass etwas korrigiert werden solle. So kam die Mutter gemeinsam mit dem Arzt überein, dass bei Mike zwei Tests durchgeführt werden sollten: ein sog. Qb-Test zur Messung seiner Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit am PC¹ und einen nonverbalen CFT-Grundintelligenztest,² deren Ergebnisse in einem Auswertungsgespräch besprochen wurden, bei dem Mike nicht anwesend war. Das Kind erhielt die Diagnose „ADHS mit oppositionell-aggressivem Verhalten“ und Frau Braun bilanzierte im Anschluss an das Gespräch mit dem Arzt:

„Ja, eigentlich wollte ich bestätigt haben, was ich eigentlich die ganze Zeit, wir wussten es ja eigentlich schon mehr oder weniger, aber eben nicht mit richtiger Diagnosestellung. Ich wusste es ja eigentlich auch, im tiefsten Inneren wusste ich ja eigentlich auch schon, dass er das hat“.

Die Tests und die darauffolgende Diagnose bringen Gewissheit und helfen dabei, diffuse Ahnungen zu bestätigen und sie bilden einen neuen gemeinsamen Handlungsrahmen. Indem sowohl die Mutter als auch der Arzt und später auch Mike auf die soziale Situation der Testungen als gemeinsamen Deutungsrahmen Bezug nehmen, wird die Deutung ADHS kohärent; sie ist jetzt nicht länger extern definiert, sondern wirklich, insofern sie in einem Bezugspunkt gemeinsamer Erfahrung gründet. Im Prozess dieser Kohärenzkonstruktion nimmt der Arzt die Rolle des Deuters und Interpreten der gemeinsamen Situation ein. Dabei bringt er die mütterliche Sorge und die psychologisch-medizinische Expertise zur Deckung:

„So. Sie brauchen jetzt nicht aufgeregt zu sein. Jetzt kommt nicht irgendwas Überraschendes raus. Es kommt im Grunde das raus, was Sie schon wissen. Nur ich drücke es mit meiner Sprache aus. So mit Zahlen und so. Ich muss das mal ganz schnell durchgehen“ (blättert in den Papieren).

Er zeigt Frau Braun einige Diagramme und erläutert:

„So, und da haben Sie es im Bild. Und Sie sehen jetzt auch, wie wichtig solche Messungen auch sind. Dass man wirklich visuell auch sieht, was mit dem Burschen los ist. Jetzt gibt es hier noch

eine ganze Reihe Messdaten. Das ist aber was für den Spezialisten oder wenn man es wissenschaftlich auswerten will. Punkt, das war es. Mehr habe ich nicht“.

Die Herstellung von Kohärenz erfolgt medizinisch-objektivierend und kommunikativ-beratend. Der Arzt unterstützt die mütterliche Wahrnehmung; schon bevor er sich die Unterlagen angesehen hat, weiß er, dass „nicht irgendwas Überraschendes“ sichtbar geworden sei. Mit dieser Vorwegnahme des Test-Ergebnisses vergewissert er sich der normativen Angemessenheit des gemeinsamen Vorgehens, das dann im Nachhinein durch die im Testverfahren gemessene Abweichungen von Durchschnittswerten bestätigt wird. Mike, der Arztbesuche und Testverfahren eher distanziert und pflichtschuldig absolviert hatte, war bei diesem Aufklärungsgespräch nicht anwesend. Er wurde erst später von der Mutter in Kenntnis gesetzt und in diesem Gespräch mit ihrem Sohn verwendete Frau Braun zum ersten Mal die neue medizinische Sprechweise zur Erklärung des kindlichen Verhaltens.

Die Fallvignette zeigt, dass die soziale Einbettung des Deutungsmusters AD(H)S und des medizinisch-psychologischen Wissens sich über eine gemeinsame Arbeit am Problem vollzieht, im Zuge derer familiäre Praktiken re-definiert und neu operationalisiert werden. Die Beteiligten sind aufgefordert, eine Haltung gegenüber den Ambivalenzen einzunehmen, welche durch die pädiatrischen Konsultationen hervorgerufen werden. Einerseits gibt es einen intensiven elterlichen Aktivismus und große Hoffnungen die Bandbreite an etablierten Testverfahren und medizinischer Expertise betreffend. Andererseits gibt es auf Seiten der Kinder Ängste und Abwehr dem Arztbesuch wie auch dem Diagnoseprozess gegenüber, welche die Eltern verunsichern. Und auch im Verlauf der Untersuchungen und Beratungen gibt es bei den Eltern immer wieder Phasen von Ohnmacht und Handlungsunfähigkeit im Umgang mit ihren Kindern, die sie daran zweifeln lassen, ob der eingeschlagene Weg der richtige ist. Zwischen diesen Polen müssen die Beteiligten lebbare, pragmatische und für sich und andere verantwortbare Umgangsformen mit diesen Spannungen entwickeln. Sie tun dies, indem sie das Deutungsmusters „AD(H)S“ aktiv anwenden und Handlungserfordernisse daraus ableiten.

Bei Mike Braun riet der Arzt im Auswertungsgespräch mit der Mutter zur Verschreibung eines Medikaments und erklärte:

„Man geht von einer angeborenen Störung heute aus, eine angeborene Stoffwechselstörung. Ganz einfach ausgedrückt ist es ein Mangel eines, dieses Dopamins, dieses Botenstoffes im Gehirn. So, und wenn das stimmt, dann ist die erste logische Maßnahme, man muss diesen Mangel ausgleichen. Und dazu gibt es dieses Methylphenidat. Das ist genauso wie beim Diabetiker, dem fehlt das Insulin, da ist es Unsinn, irgendwelche Therapien mit ihm zu machen, weil er verhaltensauffällig ist, ohne dass das Insulin gespritzt wird, und da wird es ganz deutlich. Kann man nicht ganz vergleichen, ein Diabetiker, der auf Dauer sein Insulin nicht bekommt, das ist auf Dauer mit dem Leben nicht vereinbar“.

In dieser ätiologischen Erklärung verbindet der Arzt die statistische Norm mit einer funktionalen Norm, um seine Handlungsempfehlung zur Medikation zu begründen. Indem er herausstellt, dass der Sollwert des Botenstoffs Dopamin mangelhaft sei und ausgeglichen werden müsse, folgt er einer Logik, in deren Zentrum statistisch bestimmte Durchschnittswerte und daraus abgeleitete untere Schwellennormen stehen. Die Geltung dieser Logik veranschaulicht er durch die Bezugnahme auf Diabetes, bei der es durch die ausgleichende Vergabe von Insulin gelingt, den Blutzuckerspiegel auf den Sollwert hin zu regulieren. Die deskriptiv-statistische Norm begründet hier einen Erwartungswert, der durch die Orientierung an der funktionalen Norm eines normativ bestimmten Soll-Werts zusätzlich stabilisiert wird. Die funktionale Norm, die der Arzt anführt, besteht in dem Postulat, dass es – ungeachtet der Unterschiede zwischen Insulin- und Dopamin-Mangel die Lebensbedrohlichkeit betreffend – moralisch geboten sei, dem Betroffenen Hilfe dabei zukommen zu lassen, seine Umwelt- und Entwicklungsbedingungen so zu gestalten, dass Störungen und Konflikte minimiert werden. Den Mangel durch die Vergabe eines Substituts auszugleichen, erscheint nun zweifach legitimiert und Arzt und Mutter bilden zur Realisierung des konstatierten Handlungserfordernisses eine strategische Allianz:

Arzt: „Packen wir es an oder wollen Sie es noch mal zu Hause besprechen?“

Frau Braun: „Nee, ich möchte das jetzt. Weil das zweite Halbjahr fängt jetzt an in der Schule“

Arzt: (unterbricht) „Es wird Zeit“

Frau Braun: „Eben. Dann hat er die Erprobungsphase. Und wenn da jetzt nichts passiert, dann schafft er das nicht, denke ich mal“.

Indem die Beteiligten das Erfordernis zu handeln als zeitlich geboten deklarieren, verbinden sie die molekularbiologische Begründung des Arztes mit der auf die Regulation von schulischen Anforderungen zielenden Absicht der Mutter. Die Formulierung „Es wird Zeit“ transportiert eine quasi naturhafte, dem Zyklus des Lebens und seiner sozialen Organisation in z. B. Schulklassen und Entwicklungsstandards innewohnende Notwendigkeit, mit der Frau Braun und der Kinderarzt ihre gemeinsame Aktion legitimieren und in die gleichsam alle weiteren Personen, also auch Mike, eingeschlossen werden. Frau Braun sagte:

„Ich denke mal, er weiß, er muss es nehmen. Und er wird auch wissen dann, er kommt sowieso nicht drum rum, weil es ist vereinbart, dass er es nehmen muss. Ja, ich denke mal, dass er sich dran gewöhnen wird und dass es dann hinterher auch gut ist“.

Die zwischen Arzt und Mutter getroffene „Vereinbarung“ wird zur Pflicht und zum Zwang für das Kind, das nun „nicht drum rumkommt“, ein Medikament einzunehmen. Die nicht erfolgte Beteiligung des Kindes an dieser „Vereinbarung“ wird ersetzt durch die mütterliche Hoffnung, dass auch das Kind sich zukünftig von der Sinnhaftigkeit der Maßnahme

wird überzeugen lassen; der Patient Mike war beim Aufklärungsgespräch mit dem Arzt nicht anwesend, seine Mutter lehnte es ab, die Entscheidung zur Medikamentierung noch einmal zu Hause mit ihm zu besprechen und hoffte vielmehr darauf, seine Zustimmung durch „Gewöhnung“ zu erreichen. Die folgende Passage aus dem gemeinsamen Interview mit Mutter und Sohn zeigt, dass in der Familie an der Herstellung dieses Konsenses weitergearbeitet wurde:

„Frau Braun: Weißt du was, Mike, (. . .). Es geht hier um dich. Du musst die Tabletten dann nehmen, damit es dir besser geht. Aber du musst auch ein bisschen mitmachen.“

Mike: Ja, für dich ist das besser. Für mich nicht“.

Mike verweigerte sein Einverständnis zur Einnahme der Tabletten und da im weiteren Verlauf des Gesprächs weder der von Mike artikuliert Vorwurf aufgenommen und besprochen noch nach seinen Vorschlägen zur Veränderung seiner Situation gefragt wurde, blieb die Vergabe bzw. Einnahme von Tabletten in der Familie eine irritierende und anstrengende Aktivität, die sich nicht reibungslos vollzog. Vielmehr brauchte es anhaltende Begründungen und Rechtfertigungen, die bei den Brauns vor allem in der Form von Nützlichkeitsdeklarationen kommuniziert wurden. Frau Braun erzählte:

„Und das habe ich ihm dann auch so erklärt, dass er manchmal gar nichts dafür kann. Und dass er es damit halt besser steuern kann. Und dass es damit einfacher wird auch im Alltag für uns alle. Wir alle wollen natürlich auch was tun da dran. Aber ihm helfen halt diese Tabletten, sich besser zu kontrollieren. So habe ich es ihm halt erklärt“.

In der Fallgeschichte der Familie Braun wird deutlich, dass das pädiatrische Angebot nicht nur auf den kindlichen Körper zielt, sondern dass medizinisches und psychologisches Wissen auch soziale Beziehungsdynamiken neu ordnet, eine Umwandlung von Rollenbildern und Selbstverständnissen nahelegt und Deutungen verändert wie auch bestätigt. Die standardisierten, normalistisch begründeten Behandlungsangebote erzeugen eine Dynamik, im Zuge derer neue Routinen und Muster von Reaktion und Verhalten etabliert werden, die auf Wiederholung, Intensivierung oder auch Veränderung von Denkweisen, Normen und Verhaltenspraxen aller Beteiligten drängen. Das Beispiel zeigt, dass diese Modifikationen und Transformationen sich sowohl auf soziale als auch auf narrativ-diskursiv-normative als auch materiell-körperliche Bereiche beziehen und sich in unterschiedlichen Lebensbereichen (Familie, Schule, Freundschaft, Experten-Laien-Settings) entfalten. Sie sind keinesfalls linear, eindeutig und direktiv, sondern unabgeschlossen und bedürfen der kontinuierlichen Be- bzw. Überarbeitung. Interessanterweise zeigt sich auch, dass die Schule als die Einrichtung, die den Anstoß und Anlass für den Abgleich von Norm und Abweichung des kindlichen Verhaltens gibt, in den Prozess der Produktion eines normalistisch definierten Krankheitswerts und damit einer Behandlungsbedürftigkeit nicht einbezogen ist. Vielmehr gibt das hier ausschnitthaft vorgestellte empirische Material Einblicke in

die Prozesse der Durchsetzung eines medikalisierten Blicks auf Kinder, der vor allem familiäre Wissensnarrative und Wissenspolitiken sowie Repräsentationen von Elternschaft und Kind-Sein umarbeitet und neu bewertet. Im Zuge dessen ist von Bedeutung, wie die pädiatrische Intervention im sozialen Kontext des Kindes thematisiert oder de-thematisiert wird, wie Transparenz darüber hergestellt oder ob Diskretion oder Verleugnung gewählt werden – gegenüber dem Kind, gegenüber der Schule und in unterschiedlichen Öffentlichkeiten. Wenn Eltern, Ärzt_innen und Kinder interaktiv Praktiken entwickeln, in denen sie ihr Verständnis des eigenen Selbst und des eigenen Tuns neu ausrichten und miteinander abgleichen, tun sie dies in sozialen Kontexten, die vielfach strukturiert und beeinflusst sind, z. B. durch eine umfangreiche Beratungsliteratur zum Thema AD(H)S, in der Betroffene, Experten und Pharmaindustrie um die Deutung des Phänomens streiten. Und sie treffen dabei auf vormals oder aktuell Betroffene, die sie mit Orientierungswissen versorgen. Damit tragen sie auf einer privaten und öffentlichen Ebene dazu bei, dass sich die medizinische und kulturelle Praxis der Diagnostizierung von Entwicklungsstörungen, ihre Bedeutung, Anwendung und Nutzung, als legitim durchsetzt und in den Alltag integriert wird. Die alltägliche interaktive Durchsetzung von Medikalisierung geht über die unmittelbare kinderärztliche Behandlung weit hinaus; die Eltern bangen um die Zukunft ihrer Kinder, die sich den Bedingungen schulischen Lernens nicht anpassen und dadurch riskieren, selektiert zu werden. Eltern führen hier einen Kampf um sozialen Auf- bzw. Abstieg für ihre Kinder, die ihrerseits, da sie als „unmündig“ gelten, nicht gefragt werden.

4 Kehrseiten von Prävention und Diagnostik im Kindesalter

Prävention und Diagnostizierungen, das zeigen beide Veranschaulichungsbeispiele, transportieren eine „technokratische Administration von Differenz“ (Castel et al. 1982, S. 12); „technokratisch“, da die Annahme, dass sich Abweichungen von der Durchschnittsnorm im Prozess des Groß-Werdens ‚auswachsen‘, durch die Aufforderung zur Intervention – direktes Eingreifen und Regulieren – ersetzt wird; „administrativ“, da neue soziale Unterscheidungen produziert werden, die in Form einer „Diagnose“ nun in die Verwaltungsabläufe von Bürokratien eingehen, z. B. in die Abrechnungen von Krankenkassen, in Schulakten, Zeugnisse oder Berichte der Jugendhilfe. Dabei erhält medizinische Expertise wachsenden Einfluss auf Fragen von kindlicher Entwicklung und Erziehung und führt auch dazu, dass Eltern mit dieser Entgrenzung von Medizin und Erziehung strategisch umgehen und das neue Wissen dazu nutzen, ihren Kindern beim schulischen Kampf um Anerkennung und Zukunftschancen Vorteile zu verschaffen. Medikalisierung kindlicher Entwicklung

in Form von Vorsorge und Störungsdiagnostik konfrontiert Eltern mit einer Logik des Verdachts, die – angesichts der Vielzahl an Risiken und Gefährdungen, vor denen sie ihre Kinder in deren weiterer Entwicklung schützen sollen – auch Momente von Verunsicherung und Überforderung mit sich bringt. Ein weiterer Nebeneffekt der beschriebenen Präventivmaßnahmen und Diagnoseverfahren ist das frühe Einüben eines normalistischen Blicks auf die Entwicklung von Kindern und die Aktivierung von Verantwortung auf Seiten der Eltern. Denn die Entwicklungsdiagnostik ist keinesfalls ein rein ärztliches Feld, sondern eher ein medizinischer Knotenpunkt, an dem die Verteilung von Verantwortung für die Förderung der Kinder zwischen Professionen und Eltern festgestellt und festgelegt wird. Die zunehmend präventive Ausrichtung der Diagnostiken führt im medizinischen Bereich dazu, dass zwischen Behandlungs- und Förderbedarf unterschieden wird: bei Behandlungsbedarf ist die Medizin weiter als Profession gefragt, die Förderung wird in den Früherkennungs- und Schuleingangsuntersuchungen aber nicht selten an Eltern (zurück-)delegiert und damit, anders formuliert, eine erzieherische bzw. normierende Wirkung auf das Elternverhalten ausgeübt.

Die beiden Veranschaulichungsbeispiele Vorsorgeuntersuchungen und AD(H)S weisen ungeachtet vieler Gemeinsamkeiten einen Unterschied auf: Im Fall der AD(H)S verläuft der Medikalisierungsprozess über die erfolgreiche Etablierung einer neuen Krankheitsdefinition. Hingegen verzichten die Kindervorsorgeuntersuchungen auf eine Deutung der kindlichen Entwicklung als *Krankheit*, sondern konzipieren mögliche *Gefährdungen* von kindlicher Entwicklung als Gegenstand präventiver Bemühungen, die in Form einer kontinuierlichen Beobachtung von Kindern von Geburt an umgesetzt werden. Wie beide Beispielfälle zeigen, ist die Medikalisierung des Kindesalters mittlerweile *konzeptionell* breit fundiert, *institutionell* fest verankert und in der alltagskulturellen *Interaktion* weitgehend normalisiert. Etabliert hat sich die Anwendung biomedizinischen Wissens zu Fragen der kindlichen Entwicklung in institutionalisierten Settings der Pädiatrie, in denen neues medizinisches Wissen als Präventionsmaßnahme, Befund und Diagnose verdichtet an (potenziell) betroffene Personen bzw. deren Erziehungsbeauftragte mit der Anregung weitergegeben wird, die Sprache der „Störung“, der „Altersangemessenheit“ und der Abweichung von der statistischen Norm aktiv und alltäglich zu verwenden und zu nutzen. Die Durchsetzung des biomedizinischen Blicks auf das Kindesalter zeigt sich auch daran, dass Eltern teilweise mit fest gefügten Vorstellungen über Befunde, Diagnose oder angemessene Therapien in der Kinderarzt-Praxis erscheinen. Gestützt durch Medienberichte, Werbung und Ratgeber-Literatur tritt hier eine Variante von selbst oder eigens initiiertem Medikalisierung in Erscheinung, die nicht auf passiver Unterordnung unter eine ärztliche oder wissenschaftliche Autorität beruht, sondern

vielmehr Diagnostik als Dienstleistung versteht und einfordert. Damit wird eine Kritik am Konzept der Medikalisierung obsolet, die unterstellt, diese impliziere „passivity on the part of the medicalised“ (Rose 2007, S. 702). Demgegenüber zeigen Analysen von Medikalisierungsprozessen, die als „dichte Beschreibung“ (Geertz 2003) der Entstehung und Etablierung neuer medizinischer Deutungen und Steuerungsangebote für Phänomene, wie z. B. Unkonzentriertheit und Bewegungsdrang, durchgeführt werden, die Verquickung so unterschiedlicher Faktoren, wie wissenschaftliches Wissen, kulturelle Prägungen, normative Vorannahmen mit wirtschaftlichen, politischen und professionellen Interessen.

Indem das Konzept der Medikalisierung kulturelle Praktiken im Feld der gegenwärtigen Medizin entlang eines wissenschaftssoziologisch und historisch geschärften Blick untersucht, macht es die Historizität und Vorläufigkeit medizinischer Diagnosen und Deutungen sichtbar. Gleichermaßen wird durch Analysen von Medikalisierungsprozessen die Existenz alternativer Deutungen und Minderheitspositionen auch innerhalb von Medizin und Wissenschaft deutlich. Schließlich lenken sie die Aufmerksamkeit auf durchaus ambivalente gesellschaftliche Folgen von Medikalisierungen, wie Bekräftigung der Erfolgskriterien und Normen gegenwärtiger neoliberaler Gesellschaften, wie Leistungsfähigkeit, Flexibilität, Aufmerksamkeit oder einen gesellschaftlich kaum kontrollierten Einfluss der pharmazeutischen Industrie. Differenzierte Analysen von Medikalisierung können die Spielräume für reflexive und skeptische Distanz zur Definitionsmacht der Biomedizin und der ihr zugrunde liegenden vermeintlichen Objektivität, Validität und Universalität wissenschaftlichen Wissens veranschaulichen. So verbessern sie die von den Kritikern des Konzepts immer wieder herausgestellte Möglichkeit der Adressaten, sich medizinischen Deutungen zu entziehen oder diese zumindest eigenständig zu modifizieren. Da individuelle Autonomie gegenüber medizinisch-wissenschaftlicher Deutungsmacht kein vorgegebenes und unverrückbares Faktum darstellt, sondern selbst angewiesen ist auf das Bemühen, die gesellschaftlichen Voraussetzungen für Distanz und Reflexion zu erhalten und zu verbessern, liegt genau hierin ein bedeutsames Potenzial sozialwissenschaftlicher Analysen zur Medikalisierung des Kindesalters und der übergreifenden Tendenz einer Medikalisierung von Gesellschaft.

5 Zusammenfassung

Medikalisierung als ein Konzept zur Untersuchung der Prozesse einer sich ausbreitenden Vergesellschaftung durch Medizin veranschaulicht den dilemmatischen Charakter dieses gesellschaftlichen Wandlungsprozesses. Einerseits sorgt die Ausweitung von Gesundheitsfragen für die Verbesserung der Standards ärztlicher Betreuung und der Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung. Andererseits werden im Zuge

dessen auch immer weitere, neue Krankheiten etabliert und von im Dienst der Gesundheit begründete Anforderungen in der Privatsphäre sowie Einschränkungen von Autonomie nehmen zu. Als sozialwissenschaftliches Konzept, das die Historizität und Kulturalität des Medizinsystems in seiner gesamtgesellschaftlichen Bedeutung zu erfassen sucht, ist Medikalisierung eine wichtige **Grundlage der Reflexion des professionellen Selbstverständnisses** von Personen, die in Gesundheitsberufen arbeiten. Es **sensibilisiert für medizinkritische Stimmen** und Positionen, indem es der Vielfältigkeit von Krankheiten, ihren kontextuellen und situativen Bedingungen Beachtung schenkt und auch Perspektiven Raum gibt, die hinter der pragmatischen und rationalen Vorstellung von „Vernünftigkeit“ medizinischer Verfahren nur wenig Beachtung finden. Ein differenziertes Verstehen von Medikalisierung nimmt die Prozesse einer Ausweitung medizinischer Deutungsmuster und Handlungsempfehlungen sowohl hinsichtlich ihrer **konzeptionellen, institutionellen und interaktiven Formen der Durchsetzung** in den Blick. Wenn sich diese drei Ebenen gegeneinander verschieben, entstehen neue Uneindeutigkeiten, was zugleich die Komplexität des Konzepts vergrößert.

Definition von Schlüsselbegriffen:

- **Medikalisierung** Das Konzept analysiert die historischen, gesellschaftlichen, kulturellen und intersubjektiven Prozesse einer sukzessiven Ausweitung medizinischer Definition von immer mehr Aspekten und Facetten des Lebens und des Alltags. Medikalisierung nahm ihren Anfang im 19. Jahrhundert mit der Einführung einer Approbationsordnung, von Versorgungsverordnungen und der gesetzlichen Krankenversicherung. Auf dieser Grundlage entstand ein Monopol akademisch ausgebildeter Ärztinnen, die gemeinsam mit den ökonomischen Interessen der pharmazeutischen Industrie neue Techniken der Diagnose und der Therapie, mithin auch neue Krankheiten hervorbrachten. Diese Ausweitung ist mittlerweile zum politischen Programm geworden: Erklärtes Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist die globale Verbreitung klinisch-diagnostischer Leitlinien (ICD-10) und von Lebensformen, die gesundheitliche Lebensqualität favorisieren.
- **Soziale Kontrolle durch Prävention und durch Diagnostik** Prävention zielt darauf, Krankheit, Störung und Leid vorzubeugen, d. h. ihre Entstehung zu verhindern oder zu verzögern sowie Langzeitfolgen von Erkrankungen zu minimieren und damit auch den stetig anwachsenden Kosten im Gesundheitswesen zu begegnen. Zur Prävention gehört zum einen die Bestimmung und Identifikation von Risikogruppen, beispielsweise in Form von Screenings zur Bestimmung und Behandlung von Trägern von Merkmalen ausgewählter Krankheiten oder auch die Feststellung von Abweichungen von statistischen Durchschnittswerten, wie sie im Rahmen

von Kindervorsorgeuntersuchungen (U3–U9) erhoben werden. Auffälligkeiten werden in anschließenden medizinischen Untersuchungen geprüft und im Rahmen einer Diagnose bestätigt oder als unbedenklich verworfen. Zum zweiten besteht Prävention in der Einführung regulativer, kontrollierender Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge, wie z. B. Hygiene-Kontrollen, Impfungen sowie Kampagnen für Verhaltensänderungen, in die auch die Bereiche Pädagogik, Soziale Hilfen und Psychosoziale Versorgung einbezogen sind. Hier soll Prävention die Veränderung individueller Verhaltensweisen bewirken und so die Wahrscheinlichkeit manifester Störungen bzw. Krankheiten verringern helfen.

Zusammenfassende Hauptaspekte

- Der historisch-gesellschaftliche Prozess der Medikalisierung hat einerseits dafür gesorgt, die gesundheitliche Versorgung zu erweitern und zu verbessern, andererseits war dies nur um den Preis von größerer gesundheitspolitischer Kontrolle und der Standardisierung von Erklärungen und Deutungsmustern möglich. Das zeigen die Medikalisierungsbeispiele „Kindervorsorgeuntersuchungen“ und „AD(H)S“
- Das heterogen institutionalisierte Feld der Entwicklungsdiagnostik vor Schulbeginn präsentiert sich heute als ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Feld, dessen Fachlichkeit durch rechtliche Grundlagen, politisch durchgesetzte Regulierungen und Formen der Institutionalisierung von vorschulischen Entwicklungs- und Schuleingangsdiagnostiken deutlich medizinisch bestimmt ist.
- Im Feld der Störungsdiagnostik nimmt AD(H)S einen prominenten Platz ein. Allerdings beruht die Symptomdiagnose einer AD[H]S auf Urteilen sozialer Wahrnehmung, die immer Normalitätsvorstellungen enthalten. Diese können ganz unterschiedlich ausfallen und sind deshalb notwendigerweise unscharf. Wann genau der Grad von Unaufmerksamkeit und motorischer Unruhe von Kindern als „Störung“ mit Krankheitswert angesehen wird, ist deshalb Gegenstand innerfamiliärer Auseinandersetzungen, pädagogischer Konzepte und gesellschaftlicher Diskussionen.
- Das sozialwissenschaftliche Konzept der Medikalisierung macht die Historizität und Vorläufigkeit medizinischer Diagnosen und Deutungen sichtbar und schafft damit Spielräume für reflexive und skeptische Distanz zur Definitionsmacht der Biomedizin.

Literatur

- Aronowitz RA (1998) Making sense of illness: science, society, and disease. Cambridge University Press, Cambridge/New York
- Ärzteblatt (2019) 19. Juli. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/104900/Zahl-der-ADHS-Diagnosen-laut-AOK-Statistik-leicht-ruecklaeufig>. Zugegriffen am 19.07.2019
- Barmer GEK (2013) Arztreport 2013. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Bd. 18. Verfasst von TG Grobe, EM Bitzer, FW Schwartz. www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Rundum-gutversichert/Infothek/Wissenschaft-Forschung/Reports/Arztreport-2013/Arztreport-2013.html. Zugegriffen am 19.07.2019
- Bauer S, Heinemann T, Lemke T (Hrsg) (2017) Science and Technology Studies. Klassische Positionen und aktuelle Perspektiven. Suhrkamp, Berlin
- Beck S (2007) Medicalizing culture(s) or culturalizing medicine(s). In: Burri RV, Dumit J (Hrsg) Biomedicine as Culture. Routledge, London/New York, S 17–33
- Biederman J (2005) Attention-deficit/hyperactive disorder. A selective overview. *Biol Psychiatry* 57:1215–1220
- Bollig S, Kelle H (2009) Früherkennung und Prävention von Entwicklungsstörungen: Medizinalisierung und Pädagogisierung der frühen Kindheit aus praxisanalytischer Perspektive. In: Behnisch M, Winkler M (Hrsg) Soziale Arbeit und Naturwissenschaften. Positionen in sich verändernden Handlungsfeldern. Reinhard, München, S 42–57
- Bollig S, Kelle H (2013) The implicit construction of children at risk. On the dynamics of practise and programme in preventive paediatric checkups in early childhood. *J Early Child Res* 11:248–261
- Bollig S, Ott M (2008) Entwicklung auf dem Prüfstand – zum praktischen Management von Normalität in Kindervorsorgeuntersuchungen. In: Kelle H, Tervooren A (Hrsg) Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung kindlicher Entwicklung. Juventa, Weinheim, S 207–222
- Bröckling U, Krasmann S, Lemke T (Hrsg) (2000) Gouvernamentalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Brockmann A, Reichard D (2000) Schwangerschaft und Geburt im „Zangengriff“ der Medizin. In: Kolip P (Hrsg) Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Juventa, Weinheim/München, S 58–87
- Bundesanzeiger (2005) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres. Bundesanzeiger Nr. 60 vom 31.03.2005. http://www.kvwl.de/arzt/recht/kbv-normen/richtlinien/richtl_kinder.pdf. Zugegriffen am 19.07.2019
- Bundesjugendkuratorium BJK (2017) Prävention, Kinderschutz und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Anmerkungen zu aktuellen Präventionspolitiken und -diskursen. Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums. Deutsches Jugendinstitut e.V., München
- Castel F, Castel R, Lovell A (1982) Psychiatrisierung des Alltags. Produktion und Vermarktung der Psychowaren in den USA. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Clarke AE, Shim JK, Mamo L, Fosket JR, Fishman JR (2003) Biomedicalization. Technoscientific transformations of health, illness and US biomedicine. *Am Sociol Rev* 68(2):161–194
- Clarke AE, Shim JK, Mamo L, Fosket JR, Fishman JR (2010) Bio-medicalization. A theoretical and substantive introduction. In: Clarke AE, Shim JK, Mamo L, Fosket JR, Fishman JR (Hrsg) Biomedicalization. Technoscience, health, and illness in the U.S. Duke University Press, Durham, S 1–44
- Conrad P (1975) The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. *Soc Probl* 23:12–21
- Conrad P (1979) Types of medical social control. *Sociol Health Illn* 1:1–11
- Conrad P (1992) Medicalization and Social Control. *Annu Rev Sociol* 18:209–232

- Conrad P (2005) The shifting engines of medicalization. *J Health Soc Behav* 46:3–14
- Conrad P (2007) The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders. John Hopkins University Press, Baltimore
- Conrad P, Leiter V (2004) Medicalization, markets and consumers. *J Health Soc Behav* 45(Extra Issue):158–176
- Conrad P, Potter D (2000) From hyperactive children to ADHD adults. Observations on the expansion of medical categories. *Soc Probl* 47(4): 559–582
- Conrad P, Schneider J (1980) Deviance and medicalization. From badness to sickness. C.V. Mosby, St. Louis/Toronto/London
- Crawford R (1980) Healthism and the medicalization of everyday life. *Int J Health Serv* 10(3):365–388
- Foucault M (2003) Die Geburt der Sozialmedizin. In: Foucault M. Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits. Band 3:1976–1979. Suhrkamp, Frankfurt, S 272–298
- Freidson E (1970) Profession of medicine. Dodd and Mead, New York
- Geertz C (2003) Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Gerhard U, Link J, Schulte-Holtey E (Hrsg) (2001) Infografiken, Medien, Normalisierung. Zur Kartografie politisch-sozialer Landschaften. Wissenschaftsverlag der Autoren, Heidelberg
- Greco M (1998) Illness as a work of thought. A foucauldian perspective of psychosomatics. Routledge, London
- Greco M (2009) Thinking beyond polemics: approaching the health society through foucault. *Österr Z Soziol* 34(2):13–27
- Haubl R (2007) Krankheiten, die Karriere machen. Zur Medizinalisierung und Medikalisierung sozialer Probleme. In: Warrlich C, Reinke E (Hrsg) Auf der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen von AD(H)S. psychosozial, Gießen, S 159–186
- Haubl R (2010) Psychodynamik medikalisierte Beziehungen. In: Haubl R, Liebsch K (Hrsg) Mit Ritalin leben. AD(H)S-Kindern eine Stimme geben. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 16–35
- Haubl R, Liebsch K (2009a) Psychopharmakologisches Enhancement: Der Gebrauch von Ritalin in der Leistungsgesellschaft. sozialer sinn. *Z Hermeneutische Soz* 2:173–195
- Haubl R, Liebsch K (2009b) „Wenn man teuflisch und wild ist“. Funktion und Bedeutung von Ritalin in der Sicht von Kindern. In: Haubl R, Dammasch F, Krebs H (Hrsg) Riskante Kindheit. Psychoanalyse und Bildungsprozesse. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 129–163
- Haubl R, Liebsch K (Hrsg) (2010) Mit Ritalin leben. ADHS-Kindern eine Stimme geben. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Haubl R, Liebsch K (2014) „Krankheiten sind so verschieden wie die Menschen“. Was bedeutet „personalisierte Medizin“ bei AD(H)S? In: Böker H, Hoff P, Seiffritz E (Hrsg) Personalisierte Psychiatrie. Paradigmenwechsel oder Etikettenschwindel? Huber, Bern, S 177–202
- Hess S, Knecht M (2008) Reflexive Medikalisierung im Feld moderner Reproduktionstechnologien. Zum aktiven Einsatz von Wissensressourcen in gendertheoretischer Perspektive. In: Langreiter N, Timm E, Haibl M, Löffler K, Blumesberger S (Hrsg) Wissen und Geschlecht. Beiträge der 11. Arbeitstagung der Kommission für Frauen- und Geschlechterforschung der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde. Wien Februar 2007, S 169–195
- Hüther G (2010) Erfahrung gemeinsamen Erlebens ist entscheidend. „ADHS ist keine Krankheit!“ Interview. *Pädiatrie* 2:7–10
- Illich I (1995) Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. Beck, München
- Kelle H (2007a) „Ganz normal“: Die Repräsentation von Kinderkörpernormen in Somatogrammen. Eine praxisanalytische Exploration kinderärztlicher Vorsorgeinstrumente. *Z Soziol* 36(3):197–216
- Kelle H (2007b) „Altersgemäße Entwicklung“ als Maßstab und Soll. Zur praktischen Anthropologie kindermedizinischer Vorsorgeuntersuchungen. In: Mietzner U, Tenorth HE, Welter N (Hrsg) Pädagogische Anthropologie – Mechanismus einer Praxis. Beltz, Weinheim, S 110–123
- Kelle H (2010) Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik. Barbara Budrich, Opladen
- Kelle H (2018) Entgrenzung der vorschulischen Diagnostik. *Z Grundschulforsch* 11(1):85–100
- Kelle H, Ott M (2012) Interaktionsdynamiken in der Triade Kind-Eltern-Arzt in Kindervorsorgeuntersuchungen. In: Hanses A, Sander K (Hrsg) Interaktionsordnungen: Gesundheit als soziale Praxis. Springer VS, Wiesbaden, S 89–106
- Kelle H, Seehaus R (2010) Die Konzeption elterlicher Aufgaben in pädiatrischen Vorsorgeinstrumenten. Eine vergleichende Analyse von Dokumenten aus Deutschland, Österreich, England und der Schweiz. In: Kelle H (Hrsg) Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik. Barbara Budrich, Opladen, S 41–94
- Kelle H, Ott M, Schweda A (2012) Diagnostische und selektive Praktiken in flexibilisierten Einschulungsverfahren. *Z Grundschulforsch* 5(1):7–20
- Kelle H, Schweda A, Grab M (2015) Sprachstandserhebungen in der medizinischen Schuleingangsuntersuchung und in der Grundschule. Eine analytische Kontrastierung unterschiedlicher professioneller Durchführungslogiken. *Z Grundschulforsch* 8(1):122–135
- Kickbusch I (2006) Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg
- Knecht M (2008) Reproduktionstechnologien und die Biomedikalisierung von Verwandtschaft. Anmerkungen aus ethnografischer Perspektive. *Das Argument* 275:179–194
- Kolip P (2002) Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Juventa, München/Weinheim
- Kunst C (2012) Immer mehr ADHS-Kinder nehmen Pillen. *Mainzer Rhein-Zeitung* Nr. 46 vom 23.02.2012:17
- Liebsch K (2009) Zwischen Enhancement und Stigmatisierung. Medikalisierung kindlichen Verhaltens als (neue) Umgangsform mit sozialer Selektion und Exklusion. *Diskurs Kindh Jugendforsch* 4:499–511
- Liebsch K, Haubl R (2009) „My mother thinks that it is like this, and so do my teachers. I, for my part, do not notice any difference.“ Methodological reflections on intersubjectivity in the research process with children. *J Soc Work Pract Psychother Approaches Health, Welf Commun* 1:229–241
- Liebsch K, Haubl R (2015) Kinder und Jugendliche mit AD[H]S. In: Lange A, Reiter H, Schutter S, Steiner C (Hrsg) Handbuch Kindheits- und Jugendsoziologie. Springer, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-658-05676-6_45-1
- Liebsch K, Haubl R, Brade J, Jentsch S (2013) Normalität und Normalisierung von AD(H)S. Prozesse und Mechanismen der Entgrenzung von Erziehung und Medizin. In: Kelle H, Mierendorff J (Hrsg) Normierung und Normalisierung der Kindheit. Beltz/Juventa, Weinheim, S 158–176
- Loetz F (1994) „Medikalisierung“ in Frankreich, Großbritannien und Deutschland, 1750–1850: Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven der Forschung. In: Eckart W, Jütte R (Hrsg) Das europäische Gesundheitssystem. Franz Steiner, Stuttgart, S 123–161
- Luhmann N (1990) Der medizinische Code. In: Luhmann N (Hrsg) Soziologische Aufklärung. Band 5: Konstruktivistische Perspektiven. Westdeutscher Verlag, Opladen, S 183–195
- Lüpke H von (2009) AD(H)S und Ritalin. Polarisierung und Positionierung in der pädagogischen Arbeit. *Theor Prax Sozialpädagog* 9:31–33
- Lupton D (1997) Foucault and the medicalisation critique. In: Petersen A, Bunton R (Hrsg) Foucault, health and medicine. Routledge, London/New York, S 94–110

- May C, Finch T (2009) Implementing, embedding, and integrating practices. An outline of normalization process theory. *Sociology* 43(3):535–554
- Moynihan R, Cassels A (2005) *Selling sickness. How the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients.* Nation Books, New York
- Nettleton S (1997) Governing the risky self: how to become healthy, wealthy and wise. In: Petersen A, Bunton R (Hrsg) *Foucault, health and medicine.* Routledge, London
- Nye RA (2003) The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *J Hist Behav Sci* 39:115–129
- Or F, Kim Y, Simms J, Austin SB (2019) Taking stock of dietary supplements' harmful effects on children, adolescents, and young adults. *J Adolesc Health.* <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.03.005>
- Parsons T (1951) *The social system.* Free Press, Glencoe
- Prainsack B, Lucivero F (2015) The lifestylisation of healthcare? Consumer genomics and mobile health as technologies for healthy lifestyle. *Appl Transl Genomics* 4:44–49
- Reckwitz, A. (2017) *Die Gesellschaft der Singularitäten. Zum Strukturwandel der Moderne.* Suhrkamp, Berlin
- Rose N (2007) Beyond medicalisation. *Lancet* 369:700–702
- Rutschky K (1977) *Schwarze Pädagogik. Quellen zur Naturgeschichte der bürgerlichen Erziehung.* Ullstein, Frankfurt am Main
- Savage J (2008) *Teenage. Die Erfindung der Jugend (1875–1945).* Campus, Frankfurt am Main
- Schlack R, Hölling H, Kurth BM, Huss M (2007) Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). <http://edoc.rki.de/oa/articles/reuPv4KL2czE/PDF/227Ar6DRSOXo.pdf>. Zugegriffen am 23.08.2019
- Schlich T (1998) Wissenschaft: Die Herstellung wissenschaftlicher Fakten als Thema der Geschichtsforschung. In: Paul N, Schlich T (Hrsg) *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven.* Campus, Frankfurt am Main, S 107–129
- Schulte-Körne G (2016) Mental Health Problems in a school setting in children and adolescents. *Dtsch Arztebl Int* 113(11). <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0183>
- Stolberg M (1998) Heilkundige: Professionalisierung und Medikalisierung. In: Norbert Paul N, Schlich T (Hrsg) *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven.* Campus, Frankfurt am Main, S 69–86
- Szasz T (1970) *The manufacture of madness.* Dell, New York
- Tervooren A (2010) Expertendiskurse zur Schulfähigkeit im Wandel. Zur Ausbreitung von Diagnostik. In: Bühler-Niederberger D, Mierendorff J, Lange A (Hrsg) *Kindheit als Risiko und Chance. Kindheit zwischen fürsorglichem Zugriff und gesellschaftlicher Teilhabe.* Springer VS, Wiesbaden, S 253–271
- Timimi S (2002) *Pathological child psychiatry and the medicalization of childhood.* Brunner-Routledge, Hove
- Wehling P (2008) Von der Schüchternheit zur Sozialen Angststörung: Die Medikalisierung alltäglichen Verhaltens. *WestEnd Neue Z Sozialforsch* 4(2):151–161
- Wiedemann L (2019) *Self-Tracking. Vermessungspraktiken im Kontext von Quantified Self und Diabetes.* VS, Wiesbaden
- Wolf M (2009) *Körper ohne Gleichgewicht. Die kulturelle Konstruktion der Menopause.* LIT, Münster
- World Health Organization (WHO) (2006) *WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development.* Non-serial Publication WHO
- Zeijer H (1996) Kinder in der Gesellschaft und Kindheit in der Soziologie. *Z Sozialisationsforsch Erziehungssoziol* 16:26–46
- Zola IK (1972) Medicine as an institution of social control. *Sociol Rev* 20:487–504