

Disziplinierung der Differenz: Körper, Geschlecht, Behinderung

JANET-LYNN HOLZ

Die Antibabypille und der Schwangerschaftsabbruch in Deutschland

Ein Streifzug durch vergeschlechtlichte Disziplinierungstechniken in der reproduktiven Gesundheit

1 Zum Verhältnis von Disziplinierung und reproduktiver Gesundheit

»Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this last condition are the right of the men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as well as other methods of their choice for regulation of fertility which are not against the law, and the right of access to appropriate health-care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant.« (United Nations 1994: 40)

Das Recht, selbstbestimmt über die eigene Sexualität, den Zugang zu und die Wahl von Kontrazeptiva und Familienplanung zu entscheiden, wurde in dieser umfassenden Definition das erste Mal 1994 auf der *UN-Konferenz zu Bevölkerung und Entwicklung* in Kairo unter dem Konzept der sogenannten reproduktiven Gesundheit festgelegt.¹ Dieser Definition gingen zwar Erklärungen voraus, diese beachteten jedoch die individuelle, selbstbestimmte Sexualität nicht als eigenes Menschenrecht (vgl. Hahn 2024: 34f.). Diese weltweit verankerte Erklärung zu reproduktiver Gesundheit wird in der Forschung zu Familienplanung daher als wichtige Entwicklung hinsichtlich »gesellschaftlicher Gleichheit«

1 Ich bedanke mich an dieser Stelle herzlich bei Eva Tolasch, Sylka Scholz, Franziska Förster und Matthias Berthold für den wertvollen Austausch.

(ebd.: 34) begriffen, die eine Errungenschaft langjähriger politischer Arbeit darstellt (u. a. Busch 2020; Hahn 2024).

Zwei Möglichkeiten reproduktiver Gesundheitsversorgung, die für das Recht, frei über die eigene Familienplanung zu entscheiden – worin gemäß der Definition der UN-Bevölkerungskonferenz die Entscheidung, keine (weiteren) Kinder zu bekommen, inbegriffen ist –, stehen im Fokus dieses Beitrags: der Schwangerschaftsabbruch und die Antibabypille. Die rechtlichen Regulierungen und der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch und zur Nutzung der Antibabypille werden in diesem Beitrag in der Bundesrepublik Deutschland hinsichtlich ihrer disziplinierenden – im Anschluss an Foucault – Auswirkungen unter feministisch-intersektional *sensibilisierender* Perspektive erläutert. Dabei folgt der Beitrag der Prämisse, dass sich das Juridische und Disziplinierende überschneiden: Während das Juridische – wie bei den rechtlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch – festlegt, was verboten und erlaubt ist, zeigt sich das Disziplinierende in dem Zugang und der Versorgung zum Schwangerschaftsabbruch. Dabei fokussiert der Beitrag die Situation in der Bundesrepublik Deutschland vor dem Hintergrund geltender Verankerungen reproduktiver Gesundheit durch die UN-Bevölkerungskonferenz und die Sustainable Development Goals (folgend SDGs). Zwischen der eingangs zitierten Verankerung reproduktiver Gesundheit in der UN-Bevölkerungskonferenz und der derzeitigen Situation in Deutschland besteht eine Kluft hinsichtlich eines sicheren, finanziell erschwinglichen Zugangs zu reproduktiver Gesundheitsversorgung. Gestützt auf den Koalitionsvertrag der Ampelregierung (2021–2025) schien sich diese Kluft durch Maßnahmen wie die Kostenübernahme von Verhütungsmitteln für Geringverdienende (vgl. ebd.: 92) und eine Reformierung des § 218 zum Schwangerschaftsabbruch zu verringern. Auf Grundlage des Koalitionsvertrags wurde die *Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin* (2024) einberufen, die zu dem Ergebnis kam, den Schwangerschaftsabbruch in Deutschland zukünftig außerhalb des Strafgesetzbuches zu verorten und Verhütungsmittel kostenfrei zu vergeben. Jedoch blieb diese durch Expert:innen geprüfte Möglichkeit der Reformen für einen niedrigschwelligen Zugang mit dem Scheitern der Ampelregierung aus.

Vor diesem Hintergrund ist das Ziel des vorliegenden Beitrags aufzuzeigen, wie Disziplinierungstechniken im Kontext von zwei Möglichkeiten reproduktiver Gesundheitsversorgung – Antibabypille und Schwangerschaftsabbruch – entlang von Normierungen und Normalisierungen wirken und zu gesundheitlichen Ungleichheiten führen. Denn wie sich zeigen wird, ist ein gleichberechtigter Zugang zu reproduktiver Gesundheit entlang sozialer Ungleichheitsdimensionen wie etwa Geschlecht, Klasse und Race entgegen der Beschlüsse auf der UN-Bevölkerungskonferenz gerade nicht gewährleistet.

Im Sinne einer kritischen »Ontologie der Gegenwart« (Foucault 2005: 848) werden die disziplinären Aspekte von Schwangerschaftsabbruch und Antibabypille unter einer feministisch-intersektional sensibilisierenden Perspektive erläutert. Dies erfolgt aus der theoriegeleiteten Analyse ihrer gesetzlichen Verankerungen, die gestützt durch einschlägige Studien exemplarisch untermauert wird. Diese Betrachtung aus einer feministisch-intersektional sensibilisierenden Perspektive bedeutet, dass der Fokus im feministischen Sinne auf Vergeschlechtlichen sowie auf der Frage nach Selbstbestimmung in der reproduktiven Gesundheit liegt. Im Sinne von Blumers (1954) *sensitizing concepts* eröffnet der intersektionale Fokus zudem den Blick auf weitere ineinandergreifende soziale Ungleichheiten in der reproduktiven Gesundheit.

Dieser Beitrag reiht sich in Studien zu reproduktiver Gesundheit in der Geschlechterforschung, die unter anderem auch auf Foucaults Theorien Bezug nehmen, ein. So weist beispielsweise Lotte Rose (2022) in ihrer ethnografischen Forschung über werdende Mütter auf die ambivalente Responsibilisierung im Geburtsvorbereitungskurs hin.² Eva Tolasch und Kolleg:innen (2022) zeigen zudem für die Debatten um Säuglingsernährung anhand einer Dokumentenanalyse zur Stillförderung der öffentlichen Gesundheitspflege, wie Menschen biopolitisch als Mütter subjektiviert werden, wobei gesondertes Augenmerk unter Berücksichtigung der Kluft zwischen Programmatik und empirischer Praxis liegt. Weitere empirische Studien im Kontext reproduktiver Gesundheit nehmen stärker eine biopolitische Perspektive ein, um auf Geschlechterungerechtigkeiten in der Versorgung reproduktiver Gesundheit aufmerksam zu machen (vgl. z. B. Hahn 2000; Kahlert/Blome 2020; Schultz 2022).

Im Folgenden wird zunächst unter der feministisch-intersektional sensibilisierenden Perspektive ein Streifzug zu reproduktiver Gesundheit vorgenommen (2). Anschließend schlage ich vor, den Begriff der reproduktiven Gesundheit unter Berücksichtigung von (Bio-)Macht und Disziplinierungstechniken zu erweitern (3). Zudem erlaubt es Foucaults Verständnis von Disziplinierung, die sozialen Ungleichheiten in der reproduktiven Gesundheitsversorgung als insbesondere auf den *weiblichen* Körper wirkend sichtbar zu machen (4). Im Resümee wird betont, dass Disziplinierungstechniken in der reproduktiven Gesundheitsversorgung nicht auf alle Körper gleichermaßen wirken, wodurch marginalisierte Perspektiven häufig unberücksichtigt bleiben.

2 Siehe auch den Beitrag zu Geburtsvorbereitungskursen von Müller in diesem Band.

2 Ein Streifzug als Bestandsaufnahme: Von reproduktiver Gesundheit und reproduktiver Gerechtigkeit

Die weltweit verankerten Definitionen zu reproduktiver Gesundheit werden als Bezugsrahmen ausgewählt, um das Verhältnis beziehungsweise den Widerspruch zwischen politisch global festgelegten Programmen und der Situation in Deutschland aufzuzeigen. Dazu werden die global festgelegten Verständnisse reproduktiver Gesundheit von 1994 bis heute in Bezug zur Geschlechterdimension kurz skizziert.

Reproduktive Gesundheit meint analog zum Gesundheitsverständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Zustand physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens hinsichtlich der individuellen Sexualität und Reproduktion (vgl. Hahn 2024: 34). Ein Recht auf sexuelle Gesundheit wurde zuvor auf Ebene der Vereinten Nationen nicht mit eingeschlossen. Beginnend mit der Weltbevölkerungskonferenz in Kairo 1994 bis zu gegenwärtig globalen Verständnissen zeigen sich Veränderungen in der Benennung von Geschlecht in der reproduktiven Gesundheit. In dem diesen Beitrag einleitenden Zitat etwa wird der Anspruch auf reproduktive Gesundheit von der Weltbevölkerungskonferenz in Kairo 1994 als für »men and women« gleichermaßen geltend festgelegt (UN 1994: 40). Einerseits werden an dieser Stelle sowohl Männer als auch Frauen benannt. Aus einer heteronormativitätskritischen Perspektive bleiben andererseits andere Verständnisse der Geschlechter unbenannt und unsichtbar. Dieses binäre Verständnis suggeriert damit eine cis-Paarkonstellation als unhinterfragte Norm.

Die auf der Weltbevölkerungskonferenz 1994 in Kairo festgelegten Aspekte sind auf 20 Jahre ausgelegt und erfuhren inzwischen im Rahmen der Sustainable Development Goals (SDGs) eine Aktualisierung. Denn durch die 2015 festgelegten SDG taucht der direkte Bezug zur Heteronormativität, womit die unhinterfragte Norm der Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität gemeint ist, nicht mehr in dieser Deutlichkeit auf (vgl. Förster 2017). Auf Geschlecht wird in SDG 5 zu Geschlechtergleichheit rekurriert: Das Recht auf reproduktive Gesundheit wird besonders für *Frauen* und *Mädchen* betont, während Geschlecht in dem weiteren SDG zu reproduktiver Gesundheit in SDG 3 dethematisiert bleibt (vgl. BMZ 2026; Global Policy Forum 2020). Diese Formulierungen verdecken die Bedarfe und Herausforderungen von beispielsweise queeren Paarkonstellationen im Zugang zu reproduktiver Gesundheit. Da das Gesundheitssystem (dennoch) weitestgehend binär konzipiert ist, wird sich dies in den folgenden Ausführungen auch sprachlich widerspiegeln: Wenn von »Frauen und Männern« geschrieben wird, entspricht es der Ausdrucksweise des gegenwärtigen Gesundheitssystems.

Reproduktive Gesundheit feministisch-intersektional zu betrachten bedeutet aber nun, sensibel gegenüber mehrdimensionalen sozialen Ausschlussmechanismen im Zugang zu und in der Versorgung mit reproduktiver Gesundheit zu sein (vgl. Schultz 2022). Feministisch-intersektional verweist darauf, soziale Ungleichheiten anhand verschiedener Differenzlinien als miteinander verwoben zu verstehen, anstatt als reines Aufaddieren von Ungleichheiten (vgl. Crenshaw 1989). Eine solche Betrachtungsweise sieht sich als Ergänzung und als Kritik zum oben dargelegten Verständnis reproduktiver Gesundheit der UN. Denn in diesem offenbaren sich Leerstellen: Loretta Ross (2021) folgend, bleiben ausdrücklich marginalisierte Perspektiven unberücksichtigt, indem reproduktive Gesundheit im breiten gesellschaftlichen Diskurs auf den Kampf von Frauen um Selbstbestimmung beim Schwangerschaftsabbruch verkürzt wird. Als kritischer und intersektionaler Gegenentwurf hierzu wurde das Konzept *Reproduktive Gerechtigkeit* von SisterSong Women of Color Reproductive Justice Collective entwickelt. Bei diesem ist der Kampf um Selbstbestimmung zum Schwangerschaftsabbruch zwar eines der zentralen Anliegen feministisch-intersektionaler gesellschaftlicher Kämpfe. Allerdings wird dafür plädiert, soziale Ungleichheiten – etwa entlang von Differenzordnungen wie Race oder Klasse – stärker in ihren Einschränkungen zu berücksichtigen. Die Einbeziehung einer feministisch motivierten intersektionalen Perspektive auf reproduktive Gesundheit in die sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Debatten hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen (vgl. u. a. Klann/Wong 2020) und findet auch im deutschsprachigen Raum Beachtung (vgl. Winkler/Babac 2022). Um das intersektionale Moment der hier zugrunde gelegten Perspektive zu verdeutlichen, werden im Folgenden Ein- und Ausschlüsse im Zugang zu sowie in der Versorgung mit Kontrazeptiva und beim Schwangerschaftsabbruch herausgearbeitet.

3 Bio-Macht und reproduktive Gesundheit

Eine feministisch-intersektional sensibilisierende Betrachtungsweise von Kontrazeption und Schwangerschaftsabbruch wird im Folgenden um eine disziplinierungstheoretische Perspektive erweitert. Disziplinierung wird, an Foucault anschließend, als eine der Machtformen von Bio-Macht (vgl. Foucault 2023 [1976]) gefasst. Nach einer kurzen Darlegung des zugrundeliegenden Verständnisses von Disziplinierung wird Sexualität als Bindeglied der seit dem 18. Jahrhundert auftretenden Medizinisierung reproduktiver Gesundheit erläutert. Reproduktive Gesundheit zeigt sich demnach als durchdrungen von normierender Macht über den Körper, wobei insbesondere der *weibliche* Körper zum Interesse der medizinischen Kontrolle avanciert.

Die Bio-Macht agiert nicht wie die Souveränitätsmacht über repressive Bestrafung als »das alte Recht, sterben zu *machen* oder leben zu *lassen*« (ebd.: 134, Herv. i. O.). Bio-Macht ist gekennzeichnet als »Macht, leben zu *machen* oder in den Tod zu *stoßen*« (ebd., Herv. i. O.). In der Frühen Neuzeit und beginnenden Moderne entstehen Foucault zufolge neue Machtmechanismen, die auf den *lebendigen* Körper gerichtet sind (vgl. Hahn 2000: 32). Durch die Verbreitung demografischer Messdaten über die Lebensdauer, Geburtenrate und Sterblichkeitsrate der Bevölkerung wird neues Wissen generiert (vgl. Foucault 2023 [1976]: 135; Foucault 2003b: 910). Die Bio-Macht dezimiert die Zufallserscheinungen in der Bevölkerung. Dieses Wissen über das Verhalten der Bevölkerung dient als strategische Macht der Regierung, um mit »einer steten Ökonomie mit möglichst geringem Aufwand und wenig Kosten möglichst intensiv die Körper der Einzelnen wie den Gattungskörper zu regieren« (Burmeister 2021: 190). Diese zwei Regierungsweisen unterteilen sich in Bio-Politik und Disziplinierung: »Die Disziplinen des Körpers und die Regulierungen der Bevölkerung bilden die beiden Pole, um die herum sich die Macht zum Leben organisiert hat« (Foucault 2023 [1976]: 135).³ Dabei ist hervorzuheben, dass diese zwei Mächte ineinandergreifen können, respektive gleichzeitig wirken können.

Disziplinen sind »ein Mechanismus der Macht« (Burmeister 2021: 192) und wirken nicht als abgeschlossene Kontrollinstanz, sondern bestehen aus einem Bündel unterschiedlicher Techniken. Dieses »umfassende Kontrollnetz« (Hahn 2000: 37) nutzt die Kräfte der individuellen Körper möglichst dienlich und »schwächt diese Kräfte zur Einordnung in das politische Gefüge« (ebd.). In *Überwachen und Strafen* zeigt Foucault (2022 [1975]) anhand der drei Aspekte *Die gelehrigen Körper*, *Die Mittel der guten Abrichtung* und *der Panoptismus* die Wirkungsweise der Disziplinen auf. Die ersten beiden Aspekte werden folgend aus gegenstandsfokussierten Gründen erläutert. Die »Macht der Norm« (ebd.: 237) entfaltet sich in den Disziplinen. Dabei wird der Körper in all seinen Details von Interesse. Eine Weise, die Körper gelehrig zu machen, ist dabei die *Kunst der Verteilungen*: In der *Klausur* und der *Zuweisung von Funktionsstellen* werden Körper bestimmten Plätzen und Räumen, die nach ihrer Funktion unterteilt sind, zugewiesen (vgl. ebd.: 181, 184f.). Diese Zuordnung nach Funktionsstellen ermöglicht es gezielt, gewisse Tätigkeiten am und mit dem Körper zu vollziehen. Die *Kontrolle der Tätigkeit* ist eine weitere Disziplinierungstechnik, durch die die Körper durch den Anspruch an *Zeitplanung* verschiedenen Rhythmen unterzogen werden. Dies führt zur wiederholenden Ausführung von Tätigkeiten

- 3 Für eine ausgiebige historische Analyse zur biopolitischen Regulierung von Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch nach 1945 in beiden deutschen Staaten siehe Hahn (2000).

(vgl. ebd.: 192). Die Taktung der Zeit sowie die Verteilung von Körpern und Tätigkeiten im Raum werden zu zentralen Mechanismen disziplinarischer Kontrolle, sodass diese »den Körper durchdringt« (ebd.: 195). Auf diese Weise werden die Kräfte der Körper effizient durch produktive Machttechniken gesteigert. Widersetzt sich der individuelle Körper den entsprechenden Kontrollmechanismen, werden *normierende Sanktionen* als *Mittel der guten Abrichtung* wirksam. Dadurch führen Disziplinierungstechniken wie das (weitere) Üben dazu, möglichen Abweichungen zuvorzukommen (ebd.: 232). Disziplinierung lässt sich als »*normalisierend*« (ebd.: 236, Herv. i. O.) und »*individualisierend*« (ebd.: 237) charakterisieren, wie folgend erläutert wird. Normalisierend, weil abweichendes Verhalten an der *Norm* gemessen, durch diese hervorgebracht und möglichst dahingehend korrigiert wird, denn »die Normalisierungsmacht [zwingt] zur Homogenität« (Foucault 2022 [1975]: 237). Das bedeutet, Subjekte werden dazu angehalten, gewisse – der Norm entsprechende – Verhaltensmuster zu verfolgen und zu reproduzieren (vgl. Hahn 2000: 37). Von der Norm abweichendes Verhalten wird so möglichst vermieden. Individualisierend ist die Disziplinarmacht deshalb, weil sie den individuellen Körper in seinen »Besonderheiten fixiert« (Foucault 2022 [1975]: 237) sowie durch ein Gespann von Nützlichkeit und Fügsamkeit durchdringt. Die Disziplinierung führt zu »Formen der Selbstkontrolle« (Hahn 2000: 41), da die Disziplinierungstechniken auf effiziente, nicht repressive Weise auf den Körper wirken. Disziplinierungen zielen auf das »Ordnen menschlicher Vielfältigkeiten« (Foucault 2022 [1975]: 279) ab, durch Klassifizierungen, Hierarchisierungen und Systematisierungen ermöglichen sie die Kontrolle über die individuellen Körper. Dabei wird das Leben in wertenes und unwertes Leben hierarchisiert (vgl. Foucault 2023 [1976]: 133).⁴

Als Scharnier zwischen »den Disziplinen der Körper, dem einen Pol der Macht zum Leben« (Burmeister 2021: 210), und den »biopolitischen, regulierenden Kontrollen der Bevölkerung« (ebd.: 210) liegt die Sexualität. Um die Sexualität bilden sich ab dem 18. Jahrhundert, weiter Foucault folgend, vier Macht- und Wissensdispositive, wovon die »*Hysterisierung des weiblichen Körpers*« (Foucault 2023 [1976]: 103) von besonderer Relevanz ist. Der weibliche Körper wird in diesem Dispositiv sexualisiert und pathologisiert (vgl. ebd.: 103; Hahn 2000: 45). Diese ist wie folgt einzuordnen: »Die Hysterisierung des weiblichen Körpers entstand parallel zu den auftauchenden Gesundheitsdiskursen als

4 Ein daran anknüpfender Diskurs ist die Entscheidung darüber, welches Leben gewollt ist und welches nicht. Beispielsweise gründen die eugenischen Prinzipien im Nationalsozialismus auf antisemitischen, ableistischen, queerfeindlichen, sexistischen und rassistischen Anschauungen (u.a. Weinert 2017).

Strategie der Mikromacht der Gesellschaft, die sowohl das individuelle Leben disziplinieren als auch Bevölkerung regulieren will« (Hahn 2000: 40). Die Sexualität des weiblichen Körpers avancierte zum Gegenstand von Bio-Macht und der Medizin.

Zugleich entstanden mit dem Aufkommen der Bio-Macht Veränderungen in der Gesundheitspolitik. Denn im 18. Jahrhundert weiteten sich das Gesundheitssystem und die Medizin aus. Es wurden sukzessive Spitäler erbaut, Ärzte ausgebildet und die Bedarfe in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung nahmen zu. Dies führte qualitativ auch dazu, dass die medizinische Ausbildung standardisiert wurde. Zudem führte dies zu einer Aufwertung des Berufs des Arztes und zur gleichzeitigen Abwertung anderer pflegerischer Professionen. Diese Entwicklung betrachtet Foucault in Zusammenspiel mit der neu entstandenen Gesundheitspolitik. Demnach wird Gesundheit nicht allein auf die Behandlung von Krankheiten reduziert, vielmehr gilt es, der Krankheit zuvorzukommen (vgl. Foucault 2003b: 909). Die Medizin und damit der Besuch in der Arztpraxis drängen sich dem individuellen Körper nahezu »als Akt einer Autorität auf« (Foucault 2003a: 65). So findet Prävention ab der im 18. Jahrhundert aufkommenden Gesundheitspolitik ihren Weg in das gesundheitspolitische Wirken. Um den Körper gesund zu halten und der Krankheit zuvorzukommen, ist jede Person dazu angehalten, selbst etwas dafür zu tun. Dieses Vorgehen wird durch zahlreiche demografische Daten wie Sterblichkeitsraten, Schwangerschaftshäufigkeiten oder Krankheitshäufigkeiten gestützt (vgl. Foucault 2003b: 909f.).

Ab dem 19. Jahrhundert wuchs in der Medizin nicht nur im demografischen Sinne das Interesse an der Sexualität und dem sexuellen Verhalten, auch werden fortan Sexualität, sexuelles Verhalten sowie sexuelle Abweichungen zu Untersuchungs- und Interventionsgegenständen der Medizin (vgl. Foucault 2003a: 66; Foucault 2023 [1976]: 36). Die Einbindung der Sexualität mit ihren Facetten in die Medizin erfolgt indes nicht (allein) in Reaktion auf eine Krankheit, sondern dient vielmehr der Kontrolle des (sexuellen) Verhaltens. Für den weiblichen Körper bedeutet dies die Etablierung regelmäßiger Kontrollbesuche bei der Gynäkolog:in. Menstruation und Schwangerschaft sind durch den ausgeweiteten Gegenstandsbereich der Prävention für die Medizin von Relevanz. Die Medizinisierung weitet sich auf weitere Interventionsräume wie Wohnen, Erziehung und Ernährung aus. Diese Interventionsräume dienen der präventiv agierenden Gesundheitspolitik. Das *Leben* ist Gegenstand der Medizin und der (Gesundheits-)Politik. Das bedeutet langfristig gesehen das Interesse an *gesunden* Kindern. Es gilt, diese so zu fördern, dass sie sich auf effiziente Weise entwickeln (vgl. Foucault 2003b: 916).

Zusammengefasst lässt sich der skizzierte Wandel der Medizin und der Gesundheitspolitik vom Dualismus zwischen Krankheit und Gesundheit zur Unterscheidung zwischen normal und pathologisch

bezeichnen (vgl. Brunnett 2007: 175; Foucault 2003b: 910). Dadurch ist Medizin bereits »im Ansatz mit Politik und mit Macht verknüpft« (Brunnett 2007: 175). Sexualität ist dabei ein zentraler Punkt, an dem Medizinisierung und Disziplinierungstechniken miteinander verbunden auftreten. Reproduktive Gesundheit ist demnach durchdrungen von normierender Macht über den Körper, wie folgend an dem Beispiel zu Kontrazeptiva und Schwangerschaftsabbruch gezeigt wird.

4 Disziplinierungstechniken bei Kontrazeptiva und bei Schwangerschaftsabbruch

Männer und Frauen werden nach der UN-Definition gleichermaßen als potenzielle Anwender:innen von Verhütungsmethoden adressiert. Die empirische Wirklichkeit ist jedoch eine andere: Wie im Folgenden aufgezeigt wird, sind Disziplinierungstechniken in der Anwendung von Kontrazeptiva vorrangig auf den weiblichen Körper gerichtet, wodurch dieser, seine Fortpflanzungsfähigkeit und deren Kontrolle normalisiert werden. Scheitert Verhütung und die »Schwangere [verlangt] den Schwangerschaftsabbruch« (StGB § 218a), richtet sich das Gesetz ausschließlich auf die schwangere Person und nicht auch an die andere an der Zeugung beteiligte Person. Dies führt zu der Situation, dass in der weiteren Auseinandersetzung um den Schwangerschaftsabbruch nur die schwangere Person responsibilisiert wird. Die Dethematisierung des an der ungewollten Schwangerschaft beteiligten Mannes kann als Ausdruck einer heteronormativen und patriarchalen Geschlechterordnung gelesen werden.

4.1 Disziplinierungstechniken im Zugang zur Antibabypille

Die Anwendung von Verhütungsmitteln gilt dann als *gesundheitslich* erwünscht, wenn sie dazu beiträgt, Geburten innerhalb der *Norm* zu ermöglichen (vgl. Helfferich 2017). Richtet sich die Nutzung von Methoden zur Familienplanung formal an Männer und Frauen, zeigt sich empirisch, dass vor allem Frauen zu deren Anwendung angehalten werden. Erstens, weil für den Mann nur zwei Möglichkeiten der Verhütung vorliegen, die Sterilisation und das Kondom.⁵ Der Großteil der Verhütungsmethoden ist demnach auf den Körper der Frau gerichtet (vgl. Döring et al. 2022; Helfferich/Klindworth/Kruse 2005: 149f.). Dies ist

- 5 Bisherige Forschungen zu einer Pille für den Mann wurden Gegenstand öffentlicher Verhandlung, sind bisher nicht weiter fortgeschritten. Denn erste Versuche gelten aufgrund zu hoher Nebenwirkungen als gescheitert (Campos-Engelstein et al. 2019: 366; Martin 2023: 1266).

ein Indiz der ungleichen Verteilung von Verhütungsverantwortung zwischen Mann und Frau. Prominente Stellung unter den Verhütungsmethoden für den Körper der Frau hat dabei die Antibabypille als ein hormonell wirkendes Verhütungsmittel. Die dabei verabreichten Hormone täuschen dem Körper bei regelmäßiger Einnahme vor, schwanger zu sein, wodurch eine mögliche Empfängnis unterdrückt wird. Zweitens werden die Antibabypille und das Kondom statistisch gesehen am häufigsten zur Verhütung verwendet (vgl. Scharmanski/Hessling 2024: 14–15). Nach den aktuellen Zahlen hat sich die Rangfolge der beiden meistgenutzten Verhütungsmethoden indes verändert: Die Antibabypille ist nun nur noch das zweithäufigste Kontrazeptivum (vgl. ebd.). Erklärt wird dies mit einer zunehmenden Kritik an den Symptomen der Antibabypille (vgl. ebd.: 39–40). Dennoch ist die Antibabypille nach wie vor das am häufigsten auf den *weiblichen* Körper angewendete Verhütungsmittel.⁶ Drittens unterliegen Frauen in der Nutzung von Kontrazeptiva im Gegensatz zu den Verhütungsmethoden für Männer der wiederholten medizinischen Kontrolle.

Diese medizinische Kontrolle tritt bereits ab dem Eintritt der ersten Menstruation ein, indem der regelmäßige Besuch in der gynäkologischen Praxis nahegelegt wird. Durch diese medizinische Kontrolle äußert sich die Verbindung reproduktiver Gesundheit mit Macht: Denn aus disziplinierungstheoretischer Perspektive ist Macht als Teil der Gesellschaft zu verstehen und zeigt sich auch entlang der in der gynäkologischen Untersuchung gültigen Norm(en). Die Vergabe der Antibabypille erfolgt in diesem gynäkologischen Praxisbereich.

Im Rahmen der medizinischen Kontrolle findet eine Normalisierung der Mädchen und Frauen zentral entlang ihres Alters statt: Denn diese Altersnorm besagt, dass eine schwangere Person weder ›zu jung‹ (weil als zu verantwortungslos geltend) noch ›zu alt‹ (weil als Risiko geltend) sein sollte. Demzufolge zielt diese Normalisierung auf den weiblichen Körper in der und für die Familienplanung ab. Schließlich wird Mädchen bereits im Jugendalter beigebracht, ihren Körper gemäß medizinischen Kategorien regelmäßig zu beobachten und mögliche Veränderungen zu deuten. Die Verwendung der Antibabypille spielt zur Verhütung einer Schwangerschaft auch bei Frauen unter 22 Jahren eine Rolle. Sie unterliegt zwar gegenwärtig auf Grund der Vielzahl und Stärke möglicher Nebenwirkungen einer kritischen Debatte, wird aber nach wie vor häufig von jungen Frauen (unter 22 Jahren) angewendet (vgl. Schmidt et al. 2021: 16).

6 Auf die Darlegung der Historie der Antibabypille wird an dieser Stelle verzichtet. Es sei aber u.a. auf die Arbeiten von Silies (2010) für die Bundesrepublik von 1960–1980, auf Busch/Hahn (2021) für die Entwicklung der Gesetze im deutsch-deutschen Vergleich und global auf Agena/Hecht/Riese (2022) verwiesen.

Durch die Möglichkeit der Verschreibung der Antibabypille in der Jugend werden bereits zu diesem Zeitpunkt hormonelle Einwirkungen auf den weiblichen Körper vorgenommen. Denn Reproduktion ist nur unter gewissen Bedingungen erwünscht: Eine Familiengründung sollte geschehen, wenn es sich um ein Wunschkind handelt und zum Beispiel ein Schul- und Berufsabschluss vorliegt.⁷ Denn eine Schwangerschaft sollte, so weiter entlang des dominanten gesellschaftlichen Narrativs gedacht, unter den Aspekten der Alters- und Sequenznorm erfolgen (vgl. Helfferich 2017). Auf diese Weise unterliegt der Körper von (jungen) Frauen einer »Kontrolle der Körpertätigkeiten« und dieser wird dahingehend unterworfen, dass er sich der Norm entsprechend zu verhalten hat (vgl. Foucault 2022 [1975]: 175).

Die Regelung zur Kostenübernahme zeigt einen weiteren Normalisierungsaspekt auf: Denn bis zum 22. Lebensjahr werden die Kosten von rezeptpflichtigen Verhütungsmitteln wie der Antibabypille bei gesetzlich krankenversicherten Personen übernommen. Dadurch soll die Wahrscheinlichkeit eines Schwangerschaftseintritts im Alter unter 21 Jahren verringert werden. Durch diese biopolitische Regulierung wird der Anspruch erhoben, eine Schwangerschaft vor dem 22. Lebensjahr einzudämmen. Sie lässt sich entsprechend als eine Regierungsweise der Subjekte interpretieren, welche die Nutzer:innen in der Einübung der korrekten Anwendung der Verhütungsmethoden in ihrer eigenen Praxis zu reproduzieren lernen.

Ferner führt die Anwendung der Antibabypille zu responsabilisierenden, (sich selbst) steuernden Praktiken, insofern sich das (weibliche) Selbst einer Zeitplanung zu unterwerfen hat. Denn »die Pille« muss regelmäßig und täglich zum möglichst gleichen Zeitpunkt eingenommen werden. Zudem erfordert es die korrekte Einnahme, über Wechselwirkungen mit anderen (Lebens-)Mitteln und bei Krankheiten über Einschränkungen der Pillenwirkung informiert zu sein. Mit Foucault gesprochen zielen Disziplinierungstechniken, wie die Einnahme der Antibabypille, auf die »Festsetzung von Rhythmen, Zwang zu bestimmten Tätigkeiten, Regelung der Wiederholungszyklen« (Foucault 2022 [1975]: 192) ab. Denn der empfängnisverhütende Schutz ist bei Vergessen der Antibabypille eingeschränkt. Dies führt dazu, dass die Pillennutzer:innen individualisiert und responsabilisiert werden: Eine unkorrekte Anwendung der Antibabypille fällt auf sie allein zurück (vgl. Helfferich/Klindworth/Kruse 2005: 149–179; Lorenz 2022).

Durch die feministisch-intersektional sensibilisierende Betrachtung von Disziplinierungstechniken in der reproduktiven Gesundheitsversorgung

7 Spies (2009) zeigt die Verhandlung von Wunschkindern und guter Mutterschaft anhand des Einsatzes eines Babysimulators marginalisierter Frauen auf.

treten damit die mannigfaltigen disziplinierenden Wirkungsweisen der Antibabypille ans Licht: Entlang der Altersnorm führen sie zu vergeschlechtlichten Normalisierungen, sie responsabilisieren durch das regelmäßige Einüben und Befolgen eines kontrazeptiv induzierten Zeitregimes und ermöglichen so eine Form der sozialen Kontrolle vermittelt der Praxis der adressierten Subjekte selbst. Die Kontrolle zeigt sich weniger darüber, dass jemand anderes Kontrolle erlangt, als darin, dass die Frau oder das Mädchen zum eigenen verantwortlichen reproduktiven Umgang angerufen wird. Damit liegt die Verantwortung der reproduktiven Kontrolle bei ihr – die sich im Zuge der Pilleneinnahme die entsprechende Subjektnorm auf diese Weise förmlich einverleibt. Auch so wird damit die Kontrolle des weiblichen Körpers zum Teil der Kontrolle der Bevölkerung.

Dieser Zugang der Kontrolle wird über die Kostenübernahme für unter 22-Jährige erleichtert. Herauszustellen ist an dieser Stelle die Wirkmächtigkeit des Wissensdispositivs der Medizinisierung und Disziplinierung, dass die Verwendung der Antibabypille einerseits gesundheitlich erwünscht ist, andererseits diese Möglichkeit der Planbarkeit für bestimmte Personengruppen gefördert wird. Im Falle von Personen mit Sozialhilfebezug oder anderweitig prekärer finanzieller Situation ist ab dem 22. Lebensjahr eine Kostenübernahme abhängig von der zuständigen Kommune und nicht gesichert.⁸ Auch werden Personen ohne genehmigten Aufenthalt in dieser normalisierenden Regulierung nicht berücksichtigt. Die Normierungen und Normalisierungen führen an dieser Stelle damit dazu, dass entlang migrationsgesellschaftlicher, ableistischer, klassistischer und sexistischer Differenzordnungen marginalisierte Perspektiven weiter unberücksichtigt werden. Schließlich konnte in der repräsentativen Studie der BZgA gezeigt werden, dass die Wahl für das Verhütungsverhalten Jugendlicher und Erwachsener mit niedrigem Einkommen im Jahr 2023 sehr wohl unter dem Aspekt der Kostengünstigkeit getroffen wird (vgl. Scharmanski/Hessling 2024: 22). Dabei werden einkommensschwache Personen oder von anderweitig bedingten Beschränkungen Betroffene im Zugang zu Kontrazeptiva unzureichend berücksichtigt. Wenn diese unzureichenden Zugänge zu ungeplant oder ungewollt eingetretenen Schwangerschaften führen, treten Abweichungen von der Norm auf. Diese wiederum stärken die (vermeintliche) Notwendigkeit der Disziplinierungstechniken und evozieren womöglich

8 Allumfassende Zahlenangaben dazu, welche Kommunen diese Kosten für Sozialhilfeempfänger:innen und Geringverdienende übernehmen, gibt es nicht. Diese Möglichkeit der Kostenübernahme ist jeweils vor Ort bei entsprechenden Beratungsstellen zu erfragen. Ungeklärt bleibt dabei, wie sich die Situation für Menschen in Asylverfahren, respektive mit anonymem Krankenschein darstellt.

Marginalisierungen und Stigmatisierungen, was wiederum zu sozialen Ungleichheiten führt, die eine gerechte Versorgung hinsichtlich reproduktiver Gesundheit im Zugang zur Antibabypille erschweren.

4.2 *Disziplinierungstechniken im Zugang zum Schwangerschaftsabbruch*

Ist eine empfängnisverhütende Methode wirkungslos, fehlerhaft oder wird weggelassen, kann es zur Konzeption, also zur Empfängnis kommen. Fällt der Zeitpunkt dieser in eine schwierige Lebenssituation, kann dies ein Grund dafür sein, eine Schwangerschaft als ungewollt zu erleben. Es sei darauf hingewiesen, dass die Schwangerschaftsintentionen ebenso wie die Gründe, eine Schwangerschaft als ungewollt zu erleben, vielfältig sind (vgl. Hahn et al. 2024a: 211). Nach Cornelia Helfferich und ihren Kolleg:innen (2016) unterliegt eine Schwangerschaft (bis zu hin zum Schwangerschaftsabbruch) einer Vielzahl von Ereignissen und Entscheidungen. Die *frauen leben 3* Studie kommt zu dem Ergebnis, dass ungefähr die Hälfte aller ungewollt eingetretenen Schwangerschaften letztlich (doch) ausgetragen werden. Die andere Hälfte endet in einem Schwangerschaftsabbruch (vgl. Knittel/Olejniczak 2023: 22). Zwei Drittel der Personen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen haben, haben bereits Kinder und die Familienplanung ist abgeschlossen (vgl. ebd.: 26). Die feministische-intersektional *sensibilisierende* Betrachtung der Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs zeigt (vgl. Blumer 1954), wie durch Disziplinierungstechniken weitere Ein- und Ausschlüsse im Zugang zur reproduktiven Gesundheitsversorgung entstehen: Die Disziplinierungstechniken richten sich auf diejenigen, die die (deutsche) Sprache verstehen, ausreichend ökonomische Sicherheit haben, um die Kosten aufzubringen, und die die Möglichkeiten haben, mobil und flexibel zu agieren. Aufgrund migrationsgesellschaftlicher, ableistischer oder klassistischer Diskriminierungsverhältnisse können jedoch Hürden in der Gesundheitsversorgung und im Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch auftreten. Diese Argumentation wird folgend durch die Darlegung der juristischen Situation zum Schwangerschaftsabbruch und den davon ausgehend wirkenden Disziplinierungstechniken auf den individuellen Körper der ungewollt Schwangeren entfaltet.

Das Recht auf einen Schwangerschaftsabbruch ist in der eingangs genannten Definition reproduktiver Gesundheit der Weltbevölkerungskonferenz in Kairo 1994 nicht verankert, sondern wird in geltenden nationalen Gesetzen der jeweiligen Staaten geregelt. Auch in den sich daran orientierenden *Sustainable Development Goals* bleibt die Verhandlung um einen Schwangerschaftsabbruch eine Leerstelle. So heißt es auf der Website des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit

und Entwicklung, dass gemäß dem *SDG 3 Gesundheit und Wohlergehen*, »allen Mädchen und Frauen [...] das Recht auf Selbstbestimmung in der Familienplanung zuteilwerden [soll, JLH]« (BMZ 2026), aber konkret wird der Schwangerschaftsabbruch nicht benannt. Für Deutschland konnten die Empfehlungen der *Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin* (2024) zur Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafgesetzbuches und der kostenfreien Abgabe von Kontrazeptiva mit der gescheiterten Ampelregierung im Jahr 2025 nicht umgesetzt werden. So gilt für Deutschland nach wie vor, dass der Schwangerschaftsabbruch juristisch gesehen eine Straftat ist, die unter bestimmten Bedingungen jedoch straffrei bleibt. Dieses Gesetz über den Schwangerschaftsabbruch wird in dem Strafgesetzbuch zwischen § 217 »Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung« und § 221 »Aussetzung« juristisch geregelt. Demnach ist es nach § 218a (1) möglich einen Schwangerschaftsabbruch straffrei vornehmen zu lassen,

»wenn 1. die Schwangere den Schwangerschaftsabbruch verlangt und dem Arzt durch eine Bescheinigung nach § 219 Abs. 2 Satz 2 nachgewiesen hat, daß sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff hat beraten lassen, 2. der Schwangerschaftsabbruch von einem Arzt vorgenommen wird und 3. seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.« (StGB § 218a (1))

Unter biopolitischer Betrachtungsweise wird mit diesem Gesetz, welches nach der Wiedervereinigung einen Kompromiss darstellt, der Umgang zum Schutz des ungeborenen Lebens reguliert.⁹ Die Verortung dieser Paragraphen im Strafgesetzbuch zwischen »der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung« und »Aussetzung« ist als repressive Form von Macht einzuordnen. Bei einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischen Gründen oder aufgrund einer Straftat (kriminologische Indikation) wird die Schwangere als schützenswert anerkannt. Im Falle des Schwangerschaftsabbruchs nach Beratungsregelung, welcher 2024 96,1 % aller durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche ausmacht (Statistisches Bundesamt 2025), gestaltet sich diese Einordnung komplizierter. Einerseits bieten die §§ 218 und 219 StGB Schutz davor, einen Schwangerschaftsabbruch ohne die Einwilligung der schwangeren Person und durch fachfremde Personen durchführen zu lassen. Andererseits erfolgt dies unter vorheriger Beratung mit dreitägiger Bedenkfrist und innerhalb eines Zeitfensters bis zur 12. Schwangerschaftswoche. Biopolitisch wird auf diese Weise das ungeborene Leben *über* das Leben der ungewollt Schwangeren unter den Schutz des Staates gestellt. Hingegen hat der Schutz der ungewollt Schwangeren bei der medizinischen und kriminologischen Indikation

9 Zur Geschichte der Paragraphen zum Verbot des Schwangerschaftsabbruchs sei auf von Behren (2019) verwiesen.

obersten Vorrang und wird dadurch vom Staat bewahrt. Ein Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung hingegen lässt sich als Abweichung des normalisierten Verhaltens und daher nicht als *vorrangig* unterstützenswert durch den Staat verstehen.

Diese juristische Festlegung des Schwangerschaftsabbruchs führt zu Disziplinierungstechniken, die auf den individuellen Körper einwirken. Wie bereits oben ausgeführt, unterliegt der weibliche Körper ab der Adoleszenz der Beobachtung der Gynäkolog:in. Dabei wird dieser zum geheligen Körper, der dazu angehalten wird, den Menstruationszyklus zu beobachten und Abweichungen von diesem zu deuten. Stellt die Gynäkolog:in eine Schwangerschaft fest, wird diese in der Patient:innenakte dokumentiert und ein Mutterpass ausgehändigt. Bei Wunsch eines Schwangerschaftsabbruchs wird die Schwangere an eine andere »Funktionsstelle« (Foucault 2022 [1975]: 184) verwiesen, indem sie bei einer nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) anerkannten Stelle ein Beratungsgespräch vereinbaren muss. Unter Umständen hat sie das Anrecht der Kostenübernahme durch die Krankenkasse, welche vor dem Eingriff aufgesucht werden muss.¹⁰ An dieser Stelle zeigen sich disziplinierende (Zuweisungs-)Techniken in der Schwangerschaftsabbruchsversorgung, indem die schwangere Person angewiesen wird, verschiedenen Stellen aufzusuchen: etwa zur Gynäkolog:in, Beratungsstelle, gegebenenfalls zur Krankenkasse und zur Schwangerschaftsabbruch durchführenden Gynäkolog:in. Da nicht jede Gynäkolog:in Schwangerschaftsabbrüche ermöglicht, kann dies – je nach Region – zu Herausforderungen im Zugang zur Versorgung führen (vgl. Hahn et al. 2024a: 1f., 883ff.; Hahn et al. 2024b: 35). Der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch wird damit als eine Abfolge institutioneller Kontakte hervorgebracht, wodurch der Entscheidungsprozess zum Ort des öffentlichen Zugriffs und disziplinierungstechnisch reguliert wird. Die gesetzlich vorgeschriebene Bedenkfrist von drei Tagen suggeriert zudem, dass es notwendig sei, der Schwangeren gesetzlich vorzuschreiben, ihre Entscheidung zu einem Schwangerschaftsabbruch zu bedenken (StGB § 218 a). Die Pflicht, eine Beratung wahrzunehmen und darüber mindestens drei Tage nachzudenken, stellt eine Hürde im selbstbestimmten Zugang ungewollt Schwangerer zum Schwangerschaftsabbruch dar.¹¹

- 10 Ein Schwangerschaftsabbruch kostet je nach Abbruchmethode zwischen 300 und 700€. Wenn das Gehalt unter 1383€ im Monat liegt, übernehmen die Krankenkassen nach einem Antrag die Kosten. Diese Grenze erhöht sich pro minderjähriges Kind im Haushalt um 328€ (BIÖG 2024). Die Bundesärztekammer (vgl. 2025: 442) plädiert auf dem Deutschen Ärztetag für die gesamte Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenversicherungen.
- 11 Das Konzept Selbstbestimmung wird als neoliberales Konzept kritisiert, wenn es vornehmlich eine Responsibilisierung einstiger sozialstaatlicher Aufgaben meint und sich auf eine Strategie der Regierung oder Selbstregierung

Diese Disziplinierungstechniken führen zur Kontrolle des durch die ungewollt eingetretene Schwangerschaft abweichenden Körpers. Zu ergänzen sind die Informiertheit, Flexibilität und Mobilität, die notwendig sind, um einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen. Die ungewollt schwangere Person wird durch die genannten Anlaufstellen bis hin zum Schwangerschaftsabbruch responsabilisiert. Sie ist darauf angewiesen, in verständlicher Sprache (gegebenenfalls unter Zunahme von Dolmetscher:innen) Informationen zum Ablauf eines Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland zu erhalten. Andernfalls ist sie auf die eigene Recherche verlässlicher Informationen angewiesen. Bis es zu einer Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs kommt, sind verschiedene Termine notwendig, die eine gewisse zeitliche Flexibilität und Mobilität erfordern. Dafür bedarf es der finanziellen und zeitlichen Möglichkeiten, diese Fahrten anzutreten. Mitunter bedarf es der Unterstützung von anderen Personen, um etwaige Sorgearbeiten im Privaten zu übernehmen, wenn die schwangere Person den Schwangerschaftsabbruch an einem anderen als dem Wohnort durchführen lässt. Dieser feministischen Analyse folgend wird ersichtlich, dass Personen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen, durch diese vergeschlechtlichten Disziplinierungstechniken kontrolliert werden, während die an der Schwangerschaft beteiligte Person (beispielsweise in cis-heterosexuellen Paarkonstellationen der Mann), nicht in dieser Weise zum Subjekt der Disziplinierungstechniken wird. Die Bedarfe von Personen, etwa aufgrund prekärer finanzieller Situationen, aufgrund von Sprachbarrieren, Mobilitätseinschränkungen oder Care-Verantwortung, werden bezogen auf die Teilhabe an reproduktiver Gesundheitsversorgung unzureichend mitbedacht. Denn hierzu bedürfte es einer weitreichenderen Unterstützung, beispielsweise aus dem individuellen Umfeld. Die Disziplinierungstechniken in Bezug auf den Schwangerschaftsabbruch führen zu Kontrolle und Überwachung und blenden dabei die Bedarfe ohnehin marginalisierter Personengruppen aus.

5 Diskussion und Resümee

Die disziplinierungstechnische Betrachtung der gegenwärtigen Situation in Deutschland zu Kontrazeptiva und zum Schwangerschaftsabbruch zeigt im Sinne einer kritischen »Ontologie der Gegenwart« (Foucault 2005: 848) folgendes: Zunächst sind Disziplinierungstechniken bei Kontrazeptiva und einem Schwangerschaftsabbruch als vergeschlechtlicht zu

bezieht, die Individuen dazu bringt, ihr eigenes Verhalten und ihre Handlungen im Sinne gesellschaftlicher Normen und Erwartungen (selbstverantwortlich) zu regulieren; vgl. u. a. Lembke (2024).

fassen, indem die Disziplinierungstechniken vornehmlich auf den weiblichen Körper gerichtet sind, während der männliche Körper nahezu vollständig dethematisiert wird. Gesetzliche Regulierungen, medizinisches Empfehlungswissen und die stark rechtlich und medizinisch vorstrukturierte Anwendung von Kontrazeptiva lassen diese Disziplinierungstechniken im Sinne von Vergeschlechtlichung, Normalisierung und Responsibilisierung wirksam werden. Denn der Großteil der Kontrazeptiva zielt auf die Empfängnisverhütung des weiblichen Körpers ab. Die Anwendung von Kontrazeptiva ist zur Planung des ›gesunden‹ Kindes insofern im Sinne reproduktiver Gesundheitspolitik funktional, als sie darauf hinwirkt, eine Schwangerschaft im *richtigen* Alter und unter *richtigen* Bedingungen auszutragen. Sie zielt auf die Normalisierung der Familienplanung ab. Die Straffreiheit des Schwangerschaftsabbruchs ist in Deutschland wiederum an verschiedene Bedingungen geknüpft, die ihrerseits auf den ungewollt schwangeren Körper gerichtete Disziplinierungstechniken bedingen. Diese resultieren ihrerseits in Vergeschlechtlichung, Normalisierung und Responsibilisierung der schwangeren Person.

Durch die feministisch-intersektional *sensibilisierende* (vgl. Blumer 1954) Betrachtung wurde ferner deutlich, dass der Normalisierungseffekt der Disziplinierungstechniken (weitere) soziale Ungleichheiten unberücksichtigt lässt. Denn es benötigt Informiertheit, ökonomische Stabilität, Mobilität, Flexibilität und ein verlässliches Sorgenetzwerk, um das Recht auf reproduktive Gesundheit umsetzen zu können. Teilhabemöglichkeiten zu reproduktiver Gesundheit sind mit Chancengleichheit oder, wie es Loretta Ross (2021) fasst, mit reproduktiver Gerechtigkeit verzahnt. Eine intersektionale Perspektive als sensibilisierendes Konzept auf die zwei ausgewählten Möglichkeiten reproduktiver Gesundheitsversorgung anzuwenden, richtet den Blick auf weitere soziale Ungleichheiten, die in diesem Beitrag nur angerissen werden konnten. Eine dezidierte intersektionale Analyse zu reproduktiver Gesundheit in Deutschland vorzunehmen, wäre notwendig, um auch die Situationen von Menschen in Asylverfahren oder mit Behinderungen angemessen zu berücksichtigen.

Die in der Einleitung erwähnte ausbleibende Reform des Rechts auf Schwangerschaftsabbruch während der Ampelregierung (2021–2025) führte über aktivistische und wissenschaftliche Fachkreise hinausgehend kaum zur Kritik oder gar zu bundesweiten Protesten (vgl. Arps 2025). Dadurch bleiben die Anliegen dieser Fachkreise, reproduktive Rechte zur Selbstbestimmung zu reformieren, von politischen Entscheidungsträgern unberücksichtigt. Dies führt aufgrund des prognostizierten Mangels an medizinischer Expertise zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs zur Vergrößerung der Versorgungslücke in Deutschland (vgl. Hahn et al. 2024a) und zu einer weiteren Entfernung von der Erfüllung global festgelegter Rechte zu reproduktiver Gesundheit. Die

Betrachtung von Disziplinierungstechniken in der reproduktiven Gesundheitsversorgung stärkt die vorgeschlagene Begriffskonzeption, reproduktive Gesundheit als machtdurchdrungen zu verhandeln. Denn durch die feministisch-intersektional sensibilisierende Perspektive auf die hier thematisierten Disziplinierungstechniken werden marginalisierte Positionen und die mit ihnen verbundene, erschwerte oder gänzlich verunmöglichte Teilhabe an reproduktiver Gesundheitsversorgung sichtbar.

Literatur

- Agena, Gesine/Patricia Hecht/Dinah Riese (2022): *Selbstbestimmt. Für reproduktive Rechte*, Berlin: Wagenbach.
- Arps, Anne Britt (2025): »Ungewollt Schwangere schützen, bevor es zu spät ist«, *taz* 07.04.2025, <https://taz.de/Schwangerschaftsabbruch-und-Recht/!6077465&s=Schwangerschaftsabbruch/> (Zugriff: 18.12.2025).
- BIÖG (2024): *Die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs*, <https://www.familienplanung.de/schwangerschaftskonflikt/schwangerschaftsabbruch/die-kosten-eines-schwangerschaftsabbruchs/#c65076> (Zugriff 18.12.2025).
- Blumer, Herbert (1954): »What is Wrong with Social Theory?«, *American Sociological Review* (19/1), S. 3–10.
- Brunnett, Regina (2007): »Foucaults Beitrag zur Analyse der neuen Kultur von Gesundheit«, in: Roland Anhorn/Frank Bettinger/Johannes Stehr (Hg.), *Foucaults Machtanalytik und Soziale Arbeit. Eine kritische Einführung und Bestandsaufnahme*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S.169–184.
- Bundesärztekammer (2025): 129. *Deutscher Ärztetag 2025. Beschlussprotokoll*, <https://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/129-daet-2025-in-leipzig> (Zugriff 18.12.2025).
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2026): *SDG 3: Gesundheit und Wohlergehen*, <https://www.bmz.de/de/agenda-2030/sdg-3> (Zugriff 26.03.2026).
- Burmeister, Christoph T. (2021): *Das Problem Kind. Ein Beitrag zur Genealogie moderner Subjektivierung*, Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Busch, Ulrike (2020): »Familienplanung im Wandel«, in: Heinz-Jürgen Voß (Hg.), *Die deutschsprachige Sexualwissenschaft*, Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 123–151.
- Busch, Ulrike/Daphne Hahn (2021): »Schwangerschaftsabbruch in BRD und DDR«, *Ariadne* (77), S. 80–102.
- Campo-Engelstein, Lisa/Suzanne Kaufman/Wendy M. Parker (2019): »Where Is the Pill for the ›Reproductive Man?‹: A Content Analysis of Contemporary US Newspaper Articles«, *Men and Masculinities* (22/2), DOI: 10.1177/1097184X17707990, S. 360–379.
- Crenshaw, Kimberlé (1989): »Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist

- Theory and Antiracist Politics«, *University of Chicago Legal Forum* (1), S. 139–167.
- Döring, Nicola/Stephan Lehmann/Claudia Schumann-Doermer (2022): »Verhütung in der deutschsprachigen Wikipedia: Eine Inhalts- und Qualitätsanalyse«, *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (65/6), DOI: 10.1007/s00103-022-03537-8, S. 706–717.
- Förster, Franziska (2017): »Who am I to feel so free?«. Eine Einführung in den Begriff und das Denken von Queer«, in: Karsten Kenklies/Maximilian Waldmann (Hg.), *Queer Pädagogik. Annäherungen an ein Forschungsfeld*, Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt, S. 9–59.
- Foucault, Michel (2023 [1976]): *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit I*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (2022 [1975]): Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (2005): »Was ist Aufklärung?«, in: *Dits et Ecrits* Bd. 4 1980–1988, hrsg. v. Daniel Defert, François Ewald und Jacques Lagrange, Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 837–848.
- Foucault, Michel (2003a): »Krise der Medizin oder Krise der Antimedizin?«, in: *Dits et Ecrits* Bd. 3 1976–1979, hrsg. v. Daniel Defert, François Ewald und Jacques Lagrange, Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 54–76.
- Foucault, Michel (2003b): »Die Gesundheitspolitik im 18. Jahrhundert«, in: *Dits et Ecrits* Bd. 3 1976–1979, hrsg. v. Daniel Defert, François Ewald und Jacques Lagrange, Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 909–926.
- Global Policy Forum (2020): *Agenda 2030: Wo steht die Welt?. 5 Jahre SDGs eine Zwischenbilanz*, Bonn.
- Hahn, Daphne (2024): »Reproduktive Gesundheit«, *Aus Politik und Zeitgeschichte* (74/43–44), S. 34–40.
- Hahn, Daphne (2000): *Modernisierung und Biopolitik. Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch in Deutschland nach 1945*, Frankfurt am Main/ New York: Campus.
- Hahn, Daphne/Cornelia Helfferich/Maika Böhm/Petra Brzank/Ulrike Busch/Christine Knaevelsrud/Tilman Knittel/Silvia Krumm/Sarah Schumacher (2024a): *Abschlussbericht der Studie Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung (ELSA)*, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/ELSA_Abschlussbericht.pdf (Zugriff 18.12.2025).
- Hahn, Daphne/Rona Torenz/Ines Thonke/Sarah Eckardt/Maria Schneider/Anke Wyrobisch-Krüger/Ulrike Busch/Cornelia Helfferich/Tilman Knittel/Maika Böhm/Petra Brzank/Christine Knaevelsrud/Silvia Krumm/Sarah Schumacher (2024b): »Zugangsbarrieren zur Schwangerschaftsabbruchversorgung: Eine Analyse aus der Perspektive ungewollt Schwangerer. Erkenntnisse aus der Studie »Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung (ELSA)«, *Bundesgesundheitsblatt* (68), <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03987-2>, S. 28–37.

- Helfferrich, Cornelia (2017): *Familie und Geschlecht*, Opladen/Toronto: Barbara Budrich.
- Helfferrich, Cornelia/Heike Klindworth/Yvonne Heine/Ines Wlosnewski (2016): *Frauen Leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften*, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Helfferrich, Cornelia/Heike Klindworth/Jan Kruse (2005): *Männer Leben. Studie zu Lebensläufen und Familienplanung – Vertiefungsbericht*, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Kahlert, Heike/Agnes Blome (2020): »Politiken der Generativität und Reproductive Rechte. Eine Einleitung«, *femina politica* (02/2020), S. 9–23.
- Klann, Elyssa M./Y. Joel Wong (2020): »A Pregnancy Decision-Making Model: Psychological, Relational, and Cultural Factors Affecting Unintended Pregnancy«, *Psychology of Women Quarterly* (44/2), S. 170–186.
- Knittel, Tilmann/Laura Olejniczak (2023): »Ungewollte Schwangerschaften im Lebenslauf. Ergebnisse der Studie ›frauen leben 3‹«, *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienste der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (1), S. 21–27.
- Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/ Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP) (2021): *Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit*, <https://www.spd.de/koalitionsvertrag2021/> (Zugriff: 18.12.2025).
- Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin (2024): *Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin*, https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Fachpublikationen/2024_Bericht_Kom_218_StGB.pdf?__blob=publicationFile&v=7 (Zugriff 18.12.2025).
- Lembke, Ulrike (2024): »Reproduktive Selbstbestimmung und reproduktive Gerechtigkeit – ein intersektionaler Menschenrechtsansatz«, *GENER (1/16)*, S. 11–25.
- Lorenz, Louise (2022): »Der gute Wille allein reicht nicht. Aspekte vergeschlechterter Ungleichheit in der Schwangerschaftsverhütung«, in: Marie Fröhlich/Ronja Schütz/Katharina Wolf (Hg.), *Politiken der Reproduktion*, Bielefeld: transcript, S. 291–303.
- Martin, Mirjam (2023): »Eine Vielzahl ungenutzter Möglichkeiten«, *Deutsches Ärzteblatt* (120/29–30), DOI: 10.25646/9872, S. 1266–1268.
- Rose, Lotte (2022): »Gebären will gelernt sein! – Bildungsangebote zur Geburt zwischen emanzipatorischer Befähigung und neoliberaler Indienstnahme«, *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* (47/1), DOI: 10.1007/s11614-022-00469-0, S. 9–29.
- Ross, Loretta J. (2021): »Reproductive Justice. Ein Rahmen für eine anti-essentialistische und intersektionale Politik«, in: Kitchen Politics (Hg.), *Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit*, Münster: edition assemblage, S. 17–60.
- Scharmanski, Sara/Angelika Hessling (2024): *Verhütungsverhalten Erwachsener*

2023. *Forschungsbericht zur Repräsentativbefragung*, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Schmidt, Franziska/Janet-Lynn Holz/Tilman Knittel/Victoria Melchior (2021): »Junge Schwangerschaften. Eine Sonderauswertung quantitativer und qualitativer Daten der Studie »frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf«, *Sozialwissenschaftliches Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen Freiburg* (SoFFI F), <https://www.soffi-f.de/wp-content/uploads/2025/04/Junge-Schwangerschaften-Sonderauswertung-frauen-leben-3-2022-01-04.pdf> (Zugriff: 18.12.2025).
- Schultz, Susanne (2022): *Die Politik des Kinderkriegens*, Bielefeld: transcript.
- Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG): *Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG)*, <https://www.gesetze-im-internet.de/beratungsgsg/index.html> (Zugriff: 18.12.2025).
- Silies, Eva-Maria (2010): *Liebe, Lust und Last. Die Pille als weibliche Generationserfahrung in der Bundesrepublik 1960–1980*, Göttingen: Wallstein.
- Spies, Anke (2009): »Wunschkinder mit guten Müttern? Der Babysimulator als Medium der Verunsicherung benachteiligter Mädchen«, in: Paula Villa/Barbara Thiessen (Hg.), *Mütter – Väter. Diskurse, Medien, Praxen*, Münster: Westfälisches Dampfboot, S.275–289.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025): *Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland nach rechtlicher Begründung*, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/_inhalt.html#_p8xmv1b5e (Zugriff: 18.12.2025).
- Strafgesetzbuch (StGB): §218a *Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs*, https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_218a.html (Zugriff: 18.12.2025).
- Strafgesetzbuch (StGB): §219 *Beratung der Schwangeren in einer Not- und Konfliktlage*, https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_219.html (Zugriff: 18.12.2025).
- Tolasch, Eva/Lotte Rose/Rhea Seehaus (2022): »Warum Mütter in Deutschland stillen sollen – und wollen. Ergebnisse einer Dokumentenanalyse zur Stillförderung der öffentlichen Gesundheitspflege«, *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* (53), S. 65–85.
- United Nations (1994): »Report of the International Conference on Population and Development«, https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/a_conf.171_13_rev.1.pdf (Zugriff: 18.12.2025).
- Von Behren, Dirk (2019): »Kurze Geschichte des Paragraphen 218 Strafgesetzbuch«, *Aus Politik und Zeitgeschichte* (2019/20), S. 12–19.
- Weinert, Sebastian (2017): *Der Körper im Blick. Gesundheitsausstellungen vom späten Kaiserreich bis zum Nationalsozialismus*, Berlin/Boston: De Gruyter Oldenbourg.
- Winkler, Christiane/Emine Babac (2022): »Birth Justice. Die Bedeutung von Intersektionalität für die Begleitung von Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft«, *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* (47), S. 31–58.