

1. Einleitung¹

»Wir meinen, daß es wichtig für uns Frauen ist, uns unsere eigenen Gesundheitszentren zu schaffen, wo Informationen und Erfahrungen gesammelt werden und von wo aus Kampagnen gegen Mißstände im Gesundheitswesen ausgehen können.

Wir wollen ein Zentrum schaffen, das auch langfristig anderen Frauen zugute kommt. Um dies effektiv tun zu können, sollten Frauen ganztags dort arbeiten.

(Wir sind auf Spenden angewiesen. Wenn Du etwas geben kannst?

– Danke. Auch kleine Summen helfen uns.)«

*aus dem Buch ›Hexengeflüster II‹, 1977:12,
Kapitel: Das Feministische Frauen Gesundheits
Zentrum in West-Berlin*

[Rechtschreibung im Original, S.B.]

Um zu verstehen, wie es in den 1970er Jahren zur Idee kam, dass Frauen eigene frauengeleitete Gesundheitszentren benötigen, ist es wichtig, die Neue Frauenbewegung genauer zu betrachten. Diese bestach durch provokante Interventionen gegen geschlechtliche Diskriminierung in den späten 1960er und frühen 1970er Jahren. Nach ersten aufsehenerregenden Aktionen zwischen 1968 und 1971 haben sich die Kreise frauenbewegter Aktivistinnen² in den Jahren danach inhaltlich ausdifferenziert. Frauengruppen, die aus

1 Das vorliegende Buch ist unter dem Titel ›Kritik, Selbstbestimmung und die Herausforderung durch Veränderbarkeit. Ein Projekt der Frauengesundheitsbewegung in der historisch-soziologischen Befragung‹ an der Fakultät für Soziologie der Universität Bielefeld als Inauguraldisertationsschrift angenommen und am 5. Juli 2022 verteidigt worden. Für die Druckversion wurden die Kapitel 2 und 3 stark gekürzt und der Textkorpus insgesamt pointierend gestrafft.

2 Im Folgenden werden bei gegebener Stelle die männliche Form (beispielsweise ›Patient‹) sowie die weibliche Form (›Patientin‹) und bei Ausdrücken für gemischtgeschlechtliche Form das »Doppelpunkt:i« (›Patient:innen‹) verwendet. An gegebener Stelle wird in Zitaten auch das geschlechterübergreifende große ›I‹ zur Markierung verwendet (›ÄrztInnen‹), vor allem wenn dies durch die

der Bewegung heraus in quasi jeder bundesrepublikanischen Stadt in diesem Zeitraum gegründet wurden, organisierten sich zunächst in kleinen lokalen (selbstverwalteten) Frauenzentren, die sie – auf meist engem Raum – als Plattformen für Vernetzung nutzten. Ab 1974 begann eine Phase der Bewegung, in der zahlreiche Gruppen sich außerhalb dieser gemeinsamen Vernetzungsorte eigene Themenschwerpunkte setzten und eigene Räumlichkeiten suchten, um sich zusätzlich zu den Frauenzentren zu etablieren, als eigenständige kleine Institutionen und themenspezifische Anlaufstellen. Es war die Zeit, in der z.B. Frauenverlage, Frauenbuchläden, Frauencafés, Frauenkneipen und viele weitere kleinere Einrichtungen entstanden. Nachdem sich interessierte und ratsuchende Frauen in den ersten Jahren der Bewegung also allgemein an die lokalen Frauenzentren wandten und sich dort zu unterschiedlichsten Anliegen informieren konnten, kristallisierten sich aus der Fülle an frauenbewegten Themen allmählich eigene Einrichtungen heraus, die sich auf einzelne Themenstränge spezialisierten (vgl. Gerhard 2012: 114). Neben Frauenhäusern als Schutzraum für Betroffene von häuslicher Gewalt und Kultureinrichtungen für Frauenthemen gründeten sich auch Beratungsstellen für Gesundheitsfragen, die persönlich aufgesucht oder deren telefonische Sprechzeiten genutzt werden konnten. Die Angebote wurden vorrangig durch bewegte Frauen gestaltet, sollten aber nicht nur Aktivistinnen der Neuen Frauenbewegung offenstehen, sondern allen interessierten Frauen zugänglich sein.³

Das Spektrum der Themen und Angebote war Ende der 1970er Jahre bereits breit gefächert, und in diesen Kontext reiht sich auch das eingangs angeführte Zitat des Feministischen Frauengesundheitszentrums (FFGZ) Berlin ein. Diese spezialisierte Anlaufstelle, mit ihrem Fokus auf Gesundheit, Sexualität und Körperlichkeit, steht im Mittelpunkt der vorliegenden Betrachtung und ist aus der *Frauengesundheitsbewegung* heraus entstanden, einem eigenen Zweig der Neuen Frauenbewegung. Durch den historischen Blick auf die Entstehungsgeschichte der Einrichtung und mit Blick auf ihre gesellschaftspolitische Bedeutung, wird aus mehreren Perspektiven heraus beleuchtet, wie eine Beratungsstelle, die sich als Gesundheitszentrum gründete, Teil von politischem Aktivismus der Frauenbewegung sein kann. Eingebettet in das größere Phänomen der Frauengesundheitsbewegung, wird im Rahmen des vorliegenden Buches genauer aufgezeigt, welche Kritik aus der Bewegung heraus artikuliert wurde und wie dies als Politikum verhandelt wurde. Obgleich nicht der Anspruch erhoben werden kann, die gesamte Frauengesundheitsbewegung zu diskutieren, läuft die Betrachtung doch auf zwei Ebenen, bei denen einerseits die größere Bewegung als Ganze in ihrem historischen Kontext vorgestellt wird, um dann andererseits anhand eines ausgewählten Gesundheitszentrums lokale Perspektiven und Besonderheiten nachzuvollziehen. Hierzu kommen Akteurinnen des FFGZ Berlin zu Wort, die das eigene Engagement beschreiben. Wie sahen die Tätigkeiten der Aktivistinnen in dieser Einrichtung konkret aus und worin zeigt sich das Mitwirken

interviewten Zeitzeuginnen als geschlechtsneutrale oder übergreifende Form angedacht war, die selbst das große Binnen-I verwenden würden. Die Rechtschreibung ist stets den Zitaten entsprechend belassen worden, sofern dies nicht anders markiert wird.

- 3 Einblicke in diesen Anspruch bieten Selbstdarstellungen der damaligen Initiativen, die als Zwischenbilanz der Neuen Frauenbewegung in den späten 1970er Jahren umfänglich gesammelt wurden (vgl. u.a. Doormann 1979; Jahrbuchgruppe des Münchner Frauenzentrums 1977; ebd. 1976).

als Politikum? Diese Fragen leiten die Detailbetrachtung zum Aktivismus im FFGZ an. Dies soll die Beratungsstelle angesichts der Rahmenbedingungen ihrer Arbeit zugänglich machen und von dort ausgehend Rückschlüsse auf die Frauengesundheitsbewegung als größeren Zusammenhang aufzeigen. Somit wird Kritik als Politikum auf Metaebene und Detailebene der Bewegung herauskristallisiert.

Da in diesem Buch eine kleine Einrichtung betrachtet wird, die aus der Selbsthilfebewegung heraus entstanden ist, muss vorab erwähnt werden, dass der Kontext von (West-)Berlin ein spezifischer ist, in dem aus selbsthilfeorientierten Ansätzen heraus eine vielfältige Landschaft an Beratungsstellen und Unterstützungsangeboten seit den 1970er Jahren entstanden ist. Vor allem linkspolitische Initiativen organisierten lokale Anlaufstellen zur Selbsthilfe, die unterschiedlichste Anliegen abdecken konnten und deren Arbeit seit den 1980er Jahren zum Teil durch öffentliche Gelder unterstützt wurde. Das FFGZ Berlin zählt dabei zu den ersten selbsthilfeorientierten Beratungszentren und den ältesten noch erhaltenen Initiativen.

Früh wurde in der Neuen Frauenbewegung die Diskussion um Körperlichkeit und Gesundheit zum zentralen Thema. In Debatten darüber, wie Emanzipation von Frauen zu erreichen sei, wurde schon in den frühen Aktionen der Bewegung an der Frage der gesetzlichen Restriktion von Schwangerschaftsabbrüchen angesetzt. Forderungen nach Abtreibungsfreiheit hatten dabei unter Feministinnen eine prinzipielle Diskussion um Selbstbestimmung über den eigenen Körper entfacht (vgl. Freeland 2019). Die Auseinandersetzung mit einer unübersehbar geschlechtlich hierarchisierenden Regelung des Strafgesetzbuches im Rahmen von §218 und §219 verdeutlichte bald, dass sich darin viele thematische Stränge zum Komplex bündelten. Die Neue Frauenbewegung machte es sich zur Aufgabe, diese Bündelung zu entfalten und somit sollte im Einzelnen bearbeitet werden, welche Ebenen der gesellschaftspolitischen Auseinandersetzung in der Frage von Abtreibungen verborgen lag. Von legislativen Begrenzungen zu körperpolitischen Restriktionen und Fremdbestimmung hin zur Verwaltung von Frauengesundheit steckte Vieles im Verbot von Abtreibungen. Daher eröffnete die zunächst klar erscheinende Forderung nach der Legalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen den Blick der Aktivistinnen bis in kleinste alltägliche Bereiche von Gesundheitshandeln hinein (vgl. *Brot u. Rosen* 1974). Ausgehend hiervon entwickelten sich aktivistische Netzwerke, die spezifisch als Frauengesundheitsbewegung innerhalb der Neuen Frauenbewegung bekannt wurden und die sich dem Zusammenhang zwischen alltäglichem Körperverständnis sowie den Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit eingehender widmeten. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll diese soziale Bewegung als eigenes Feld des feministischen Spektrums näher betrachtet werden, denn die thematische Verknüpfung von frauenpolitischen Themen mit gesundheitspolitischem Engagement kann als Besonderheit aufgefasst werden.

Die Frauengesundheitsbewegung war nicht marginal, sondern ein Hauptbezugspunkt innerhalb der feministischen Proteste der 1970er und 1980er Jahre, doch ist sie inzwischen hinsichtlich ihrer Ziele und Protestformen mitunter in Vergessenheit geraten. Dies verwundert angesichts dessen, wie viel Bedeutung den Aktionen einst zukam. Es frappiert auch angesichts dessen, dass sich in den Gesundheitswissenschaften Postulate finden, die der Frauengesundheitsbewegung erhebliche Bedeutung als Vorreiterfunktion für ihre Disziplin zuschreiben (vgl. Kuhlmann/Kolip 2005: 37;

Franke 2012: 201). Dabei wird die Frauengesundheitsbewegung auch als Grundstein für normativen Wandel in westlichen Gesundheitssystemen gedeutet. Demgegenüber verblüfft die inzwischen mangelnde feministische Diskussion dazu. Die einstige Frauengesundheitsbewegung ist ein Phänomen, das einer gegenwärtigen Generation von politisch Interessierten sowie soziologisch Forschenden unbekannt und schwer zugänglich erscheint:

»Die Gesundheitsbewegung mit ihren Forderungen und Praktiken scheint tatsächlich fast unauffindbar verschwunden. Zum Teil ist sie in die Realpolitik gegangen, zum Teil lebt sie auch fort in progressiven, alternativen Institutionen wie dem Heile Haus oder dem Feministischen Frauengesundheitszentrum in Berlin. [...] Es ist wichtig sie weiter zu aktualisieren und dabei auch die Fehlstellen der zweiten Frauenbewegung anzusprechen [...]« (Zimprich in Masurczak 2020: 73)⁴

Im Zitat von Zimprich – Künstlerin und Gesundheitsaktivistin der jüngsten Gegenwart – wird angedeutet, dass die reflexive Auseinandersetzung mit Vergangenheit und Gegenwart frauenbewegter Proteste durchaus bedeuten kann, die in Vergessenheit geratenen Zweige der Bewegung aufzugreifen und diese erneut in Diskussionen einzubringen. Wissenslücken zur einstigen Frauengesundheitsbewegung sind allerdings ein markantes interdisziplinäres Phänomen der Gegenwart.

Die Frauengesundheitsbewegung ist ein Forschungsdesiderat, dem sich die vorliegende Arbeit widmet, indem historische Hintergründe dieser durchaus heterogenen Bewegung genauer betrachtet werden. Hieraus soll nachvollziehbar werden, auf welchen Ebenen Protest ansetzte und welche Stränge von Aktivismus sich aus den gemeinsamen Anliegen heraus ergaben. Ein spezifischer Strang der Frauengesundheitsbewegung wird im vorliegenden Buch in den Mittelpunkt gestellt: der *Self-Help*-Ansatz, aus dem heraus sich Selbsthilfegruppen, aber auch Gesundheitszentren und politische Grundsatzarbeit entwickelten. Ziel der Betrachtung ist, dass nachvollziehbar wird, welche Strömungen sich aus der Frauengesundheitsbewegung ergaben, auch wenn diese hier nicht in Gänze betrachtet werden. Ein einzelnes Gesundheitszentrum, das aus den Reihen der Bewegung heraus entstanden ist, wird – neben der historischen Kontextualisierung der Proteste – näher betrachtet, damit eine mögliche Ausgestaltung der politischen Ansätze als konkreter Niederschlag nachvollziehbar wird. Das FFGZ Berlin kann hinsichtlich der Anliegen und Aktionsformen von Mitwirkenden vor Ort besser verstanden werden angesichts des Entstehungshintergrundes der größeren internationalen Bewegung. Gleichsam nützt der Detailblick auf ein einzelnes Gesundheits- und Beratungszentrum, um die Frauengesundheitsbewegung besser greifen und verstehen zu können. Da sowohl das Beratungszentrum als auch die Bewegung, aus der heraus es gegründet wurde, Forschungsdesiderate darstellen, gibt es in diesem Buch zwei umfangreiche Teile, die eigenständig gelesen werden können und doch einen unmittelbaren Zusammenhang haben: Zum einen gibt es einen umfangreichen historisch-rekonstruktiven Teil, der sich der Frauengesundheitsbewegung annähern soll, indem Ideen, Aktivist:innen und frühe

4 Zimprich ist als Mitglied der Feministischen Gesundheitsrecherchegruppe Berlin bekannt (vgl. Bonn/Zimprich www.feministische-recherchegruppe.org/; letzter Zugriff: 28. Dez. 2021).

Netzwerke genauer vorgestellt werden; zum anderen gibt es einen umfänglichen Teil, in dem Einblicke in das Beratungszentrum FFGZ Berlin aus historischer und soziologischer Perspektive eröffnet werden.

Zwischen dem weiten Forschungsrahmen der Frauengesundheitsbewegung als Protest- und Kritikbewegung und dem Detailgegenstand FFGZ bezieht die Betrachtung der vorliegenden Arbeit mehrere Perspektiven ein. Im Fokus stehen vorrangig die Anliegen und Aktionsformen der Aktivistinnen selbst, die zum FFGZ als Gesundheitszentrum und zur Frauengesundheitsbewegung als solcher in Interviews Stellung nahmen. Durch Erzählungen der Aktivistinnen zum eigenen Engagement, den politischen Anliegen und (politischen) Alltagspraktiken des FFGZ und der Frauengesundheitsbewegung als Bezugsrahmen, kommen Stimmen zu Wort, die vergessene Zusammenhänge und Details zugänglich machen. Die Frauengesundheitsbewegung thematisierte Geschlechterungleichheit in Pharmaindustrie, Medizin und Gynäkologie. Aber auch Restriktionen gegen Frauenkörper durch Staat und Kirche standen in der Kritik der Aktivistinnen. Neben der diskursiven Einmischung in öffentliche Debatten, kam es, wie am Beispiel des FFGZ gezeigt werden kann, auch zur pragmatischen ›hands on‹-Gründung von frauenbewegten Gesundheitszentren, die als Teil ihres politischen Engagements die Türen für ratsuchende Frauen öffneten. Aus einer Selbsthilfegruppe heraus entwickelte sich das FFGZ zu einer Beratungsstelle mit Expertise zu Gesundheitsfragen und Gesundheitspolitik. Die ersten jener festen Selbsthilfegruppen zur Frauengesundheit gründeten sich in der Bundesrepublik nach dem Herbst 1973, vor allem angeregt durch US-amerikanische Aktivistinnen, die damals ihre Modelle von gynäkologischer Selbstuntersuchung und gruppenspezifischer Unterstützung im Rahmen von Vortragsreisen und Workshops vorstellten. Diese Zusammenhänge sind relevant, um die soziale Bewegung in ihren Aktionsformen besser verstehen zu können, denn sie bewegten sich stets zwischen gesellschaftspolitischer Analyse und gesundheitspolitischem Pragmatismus.

Ilona Kickbusch schrieb als Aktivistin der Frauengesundheitsbewegung zu Beginn der 1980er Jahre über die Anliegen der frühen (feministischen) gynäkologischen Selbsthilfезirkel, aus denen heraus zu diesem Zeitpunkt schon etliche Forderungen an das medizinische Versorgungssystem artikuliert worden waren und aus denen heraus vor allem Patientenorientierung als Demokratisierung von Gesundheitspolitik eingefordert wurde. Dabei kam Kickbusch zum Schluss, dass durch Selbsthilfe den politischen Forderungen der Bewegung qua Selbstermächtigung Nachdruck verliehen wurde. Die gynäkologische Selbsthilfe – so ihr Resümee – war dabei »faszinierendste Entdeckung und Strategie der Frauengesundheitsbewegung« zugleich (Kickbusch 1981: 193). Mit der gynäkologischen Selbsthilfe stellten die Kreise der Bewegung grundlegend Autoritäten aus Medizin und Pharmazie infrage. Die Veränderung der Welt, im Sinne rascher Verbesserungen einer konkreten Situation von Frauen, stand dabei im Mittelpunkt des Aktivismus, weshalb die Frauengesundheitsbewegung auch dafür bekannt geworden ist, die Dinge sprichwörtlich *in die eigenen Hände* zu nehmen (vgl. Morgen 2002). Feministische gynäkologische Selbsthilfe ist die thematische Verbindung zwischen den beiden umfänglichen Hauptteilen des vorliegenden Buches, denn im historisch-rekonstruktiven Blick wird zunächst beleuchtet, wie dieser Ansatz entstanden ist und worauf die eigenen Grundlagen fußen, während sich im zweiten Teil des Buches beim Blick auf das Gesundheits-

zentrum FFGZ die Arbeitsweise und das Politikverständnis der Involvierten erst durch Kenntnis dieser spezifischen Selbsthilfegrundlagen erschließen.

Gerade die Gynäkologie als Teildisziplin der Medizin, die viele Frauen in den 1970er Jahren als autoritär in ihren Strukturen und Hierarchien erfuhren, hatte bei den Aktivistinnen zur Einschätzung geführt, dass Frauen weniger als Menschen denn als Objekte dieser Wissenschaft behandelt werden. Die Medizin im Allgemeinen und die Gynäkologie im Besonderen galten als Professionen, in der mehrheitlich die Genusgruppe Männlich entscheidende Positionen innehatte und in der es zudem curriculare Diskriminierung gab, durch die Einteilung in Männerkörper als *Normalfall* und Frauenkörper als die *Besonderheit* oder *Abweichung*. Aktivistinnen der Frauengesundheitsbewegung kritisierten, dass Frauen als Patientinnen in den 1960er und 1970er Jahren einer Behandlung als Objekt begegneten, die sich auch in entwürdigenden Praktiken in ganz regulären Vorsorgeuntersuchungen zeigte. Im Rahmen von Beratungsgesprächen und Behandlungen fühlten sich viele Frauen von medizinisch-fachlicher Seite aus überdies mit ihren Anliegen nicht ernst genommen, wenn sie eigene Beobachtungen beschrieben oder über Beschwerden klagten. Der Unmut über eine empfundene Entmündigung und mangelnde Mitsprache in Behandlungen wuchs in diesen Jahren, nicht zuletzt da in jener Zeit eigentlich neue Narrative der Demokratisierung von Entscheidungsprozessen Einzug in die Öffentlichkeit gehalten hatten (vgl. Braun 2011a: 21–24).

Innerhalb der bestehenden Gynäkologie der frühen 1970er Jahre bündelten sich, aus feministischer Perspektive betrachtet, mehrere Ebenen von Diskriminierung in einer »Art Brennglas, das damit zugleich eine Schlüsselfunktion für die weibliche Befreiung erhält« (Kickbusch 1981: 195). Dies wurde im Erfahrungsaustausch der bewegten Frauen umso deutlicher, wenn entdeckt wurde, dass die unangenehmen Begegnungen mit Medizin und Pharmaindustrie keine Ausnahme, sondern offenbar eher die Regel darstellten. Auf diesen Wegen entstand die Idee der gynäkologischen Selbsthilfe. Denn mit einfachen Übungen, die sich die Aktivistinnen aneigneten, konnten die Untersuchungsschritte der gynäkologischen Praxis eigenständig nachvollzogen werden, so dass sich Aktivistinnen selbst oder einander untersuchten. Die konkreten Praktiken werden an späterer Stelle der vorliegenden Arbeit noch genauer vorgestellt. Wichtig zum Verständnis vorab ist, dass gesundheitspolitische Aktivistinnen binnen kürzester Zeit zu einem spezialisierten Kenntnisstand gelangten, mit dem sie wiederum Ärzt:innen konfrontieren konnten, auch hinsichtlich der Verbindung zur Pharmaindustrie, die durch Nebenwirkungen von Medikamenten wie der *Anti-Baby-Pille* oder Contergan in die öffentliche Kritik jener Zeit geraten war. Formen der feministischen Aufsässigkeit gegenüber gesellschaftlichen Autoritäten bedeuteten in diesem Zusammenhang, dass Aktivistinnen forderten, Frauen sollten in der Gynäkologie und Allgemeinmedizin weniger als Objekte und stattdessen als Menschen oder besser gesagt als mitsprachefähige Subjekte behandelt werden. Für medizinische Beratungs- und Behandlungsprozesse wurden grundlegend frauenbezogene Entscheidungsrechte eingefordert:

»Doctor's attitudes towards patients are terribly condescending, especially toward women. You aren't supposed to read the record of your own body, and you are scolded like a child if you do. Doctors withhold information that you are dying. They withhold information that you might have a difficult pregnancy or childbirth. In playing God,

their attitude is that you must have complete confidence in them to make all of your decisions for you. Why should they make your decisions?» (Boston Women's Health Book Collective 1970: 182, zit.n. Braun 2011a: 11)

In diesem Ansatz findet sich Kritik am Umgang von Mediziner:innen mit Informationen, insofern diese den betreffenden Frauen vorenthalten wurden. Basierend hierauf wurden Autoritätspositionen in der Informationsungleichheit infragegestellt. Der springende Punkt liegt dabei im Einblick in medizinische Diagnostik und dem daraus angedachten Behandlungsprozess. Über entsprechende Fachinformationen und einen Kenntnisstand zu verfügen, der es ermöglicht, Entscheidungen in medizinischen Vorgängen auf Augenhöhe mit medizinischem Personal zu treffen, wurde im Umkehrschluss zum Idealfall für Frauen erklärt. Den Aktivistinnen der Frauengesundheitsbewegung war es wichtig, an thematischen Brennpunkten anzusetzen, um Emanzipation von Frauen zu erwirken. Selbsthilfe sollte dabei zur zeitnahen Verbesserung des Alltagslebens von Frauen führen. Beim Versuch, Gesundheit tatsächlich in die eigenen Hände zu nehmen, bezogen sich die ersten Aktionen auf Anliegen von Diagnostik und Behandlung, in denen sich bis dato ein Ausgeliefertsein gegenüber medizinisch professionell ausgebildeten Personen oder Institutionen des Gesundheitswesens manifestiert hatte (vgl. Morgen 2002: 3–15).

Zum Ziel der feministisch-gynäkologischen Selbsthilfe wurde der Versuch erklärt, den Status von Unmündigkeit und Abhängigkeit überwinden zu helfen, damit Frauen in die Position von Mitsprache und Entscheidungsbefugnis kommen konnten, auch aus einer Position aufgeklärter Laien oder Laiinnen heraus. Aber nicht nur auf der Ebene unmittelbaren Alltagshandelns von Frauen mittels Selbsthilfepraktiken sollte Veränderung angestrebt werden, sondern auch mit Blick auf das »Große Ganze« sollte auf bestehende Institutionen Einfluss genommen werden. Innerhalb feministischer Kreise der 1970er Jahre erfreuten sich diese Ansätze enormer Beliebtheit, während sie doch auf wenig Gegenliebe seitens derjenigen Institutionen stießen, die damit herausgefordert und provoziert wurden. Kirche, Staat und Medizin reagierten heftig auf das neue Selbstbewusstsein der Aktivistinnen und zeigten deutliche Abwehr:

»In der Bundesrepublik kam es zwar nicht zu spektakulären Gerichtsverhandlungen, aber doch zur massiven Gegenwehr etablierter Kräfte. Kurse in Selbstuntersuchung wurden als Lehrveranstaltungen in lesbischer Liebe diffamiert, feministische Zeitschriften kamen auf die Liste staatsgefährdender Periodika und ein Artikel im Ärzteblatt scheute sich nicht, die feministische Gesundheitsbewegung zur Terrorszene zu rechnen. Auch hier zeigte sich, daß der Anspruch der Frauen auf Selbstbestimmung über ihren Körper – der damit beginnt ihn überhaupt erst einmal kennenzulernen – auf vehementen Widerstand etablierter gesellschaftlicher Kräfte stößt.« (Kickbusch 1981: 193f., Rechtschreibung i. Or.)⁵

5 Die Ausführung von Kickbusch erhellt sich durch den Blick auf die US-amerikanische Frauengesundheitsbewegung, in der es aufsehenerregende Gerichtsprozesse gegen Aktivistinnen und weitere heftige institutionell verankerte Reaktionen gegenüber den feministischen Aktionsformen gegeben hatte. Dazu zählten neben Brandanschlägen auf feministische Kliniken auch Be-

Derlei abwehrende und repressive Reaktionen deuten darauf hin, dass die Praktiken der Selbstuntersuchung durchaus wahrgenommen wurden seitens der bestehenden Institutionen. Kickbusch verweist insgesamt darauf, dass die Frauengesundheitsbewegung thematische Schnittflächen mit Konsument:innenprotest jener Zeit hatte, hebt aber als Spezifikum für feministische Selbsthilfekonzepte radikalere Praktiken zur direkten Aktion hervor (vgl. Kickbusch 1981: 195).

Emanzipation und Erkenntniserweiterung bedeuten für die Frauengesundheitsbewegung auch ein neues Bewusstsein als solches, das sich »in unzähligen Selbst-erfahrungs- und Selbsthilfegruppen« formte (vgl. ebd.). Auch Dackweiler verweist retrospektiv darauf, dass die Gründung von kleinen Institutionen aus radikalen Selbsthilfekonzepten heraus ein eigenes Kennzeichen der Frauengesundheitsbewegung sei, das sich mit dem prinzipiell projektbasierten Arbeiten der Neuen Frauenbewegung vereinte (vgl. Dackweiler 2010). Dies habe sich insbesondere bei gesundheitsbezogenen Politiken deutlicher niedergeschlagen, da diese Einfluss auf die grundlegende Konzeption und Gestaltung von Wohlfahrtsstaatlichkeit nehmen wollte und zu diesem Zweck eigene kleine Institutionen aus der Selbsthilfe heraus formte:

»Die Neue Frauenbewegung hinterfragte mit ihrer politischen Strategie der Selbsthilfe, die Ende der 1970er Jahre in der Gründung von Frauengesundheitszentren mündete, ein misogynen und androzentrisch verzerrtes Gesundheitssystem. Indem sie somit ein akademisiertes und industrialisiertes medizinisches Wissens- und Definitionsmonopol über weibliche Körperprozesse und weibliches Körpererleben, Schwangerschaft, Geburt und Empfängnisverhütung angriff, das die Normierungen heterosexueller Identitäten und Praxen zementierte, gelang es ihr, weitreichenden Einfluss auf die Revision sozialer BürgerInnenrechte zu bewirken.« (Dackweiler 2010: 36f.)

Feministische Gesundheitszentren und Selbsthilfegruppen der 1970er Jahre sind daher zu verstehen als Protestform, die bestehenden Institutionen der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsberatung gegenüber ein Zeichen der radikalen Eigenständigkeit setzte. Gleichzeitig war es eine Protestform, die eine Ansage der Ermächtigung an die feministische Community bedeutete: *do it yourself* – mithilfe einer eigenen frauenbewegten Infrastruktur, so die Annahme, könnten die Ziele der Bewegung schneller und effizienter umgesetzt werden.

In West-Berlin gründeten sich ab dem Herbst 1973, ebenso wie in anderen Städten der Bundesrepublik, mehrere frauenbewegte Gruppierungen, die sich spezialisiert mit der Verknüpfung von Gesundheit und Körperlichkeit befassten. Diese Selbsthilfegruppen wurden auch in kürzester Zeit zu Anlaufstellen für Frauen, die beispielsweise eine ungewollte Schwangerschaft abbrechen wollten oder von medizinischer Diskriminierung betroffen waren. Hieraus entwickelten sich in den Folgejahren mehrere kleine Gesundheitsläden und selbstorganisierte Gesundheitszentren. Das FFGZ Berlin war in den 1970er und 1980er Jahren eines von vielen dieser Zentren und heute ist es eines von

obachtung und Zugriff durch staatliche Geheimdienste (vgl. hierzu u.a. Schmidt 1988, Baehr 1990, Morgen 2002, Nelson 2015).

wenigen noch verbliebenen dieser Art. Im Gegensatz zu etlichen anderen selbstorganisierten Frauenprojekten hat das FFGZ Berlin die Jahre bis in die Gegenwart überdauert. So setzt sich diese Anlaufstelle für die »strukturelle Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen« ein (FFGZ Berlin 2020).⁶ Der Ansatz der Einrichtung, wie auch anderer (feministischer) Frauengesundheitszentren, wird als grundsätzlich politisch definiert, wobei die Folie des Politischen geformt wird durch die Machtasymmetrien, die kritisiert werden angesichts geschlechterpolitisch relevanter Ungleichheitslagen im Gesundheitswesen.

Bei näherer Betrachtung der Frauengesundheitsbewegung wird eine Differenzierung notwendig, die zwischen themenspezifischer inhaltlicher Auseinandersetzung rund um Körperlichkeit, Gesundheit und Krankheit sowie einer daraus möglicherweise zu entwickelnden Kritik am Gesundheitswesen unterscheidet. Selbsthilfegruppen, die sich über die Bundesrepublik verstreut gründeten, konnten sich demnach speziell mit einzelnen Themen befassen, zugleich die eigene Arbeitsweise gezielt politisch besetzen und daraus weitergehende Einflussnahme als Politikum anstreben. Die thematische Beschäftigung mit Körper und Gesundheit um der Themen selbst willen ist demnach noch keine notwendigerweise politische Handlung, doch sie kann Grundlage für politische Handlungen sein, sofern der Auseinandersetzung Kritik und Herausforderung von Macht gegenüber gesellschaftlichen Verhältnissen zugrunde gelegt wird. Beim Ringen um Handlungsfähigkeit von Frauen als politische *Subjekte* wurde der gesundheitsfokussierte Flügel der Neuen Frauenbewegung bedeutsam, besonders bei Versuchen der Einflussnahme auf (staatlich organisierte) Institutionen durch Gründung eigener feministischer Infrastruktur. In älteren Betrachtungen zur Frauengesundheitsbewegung wird deutlich, dass diese eng mit anderen feministischen Strömungen verbunden war:

»Beim Blick zurück zu den Anfängen lassen sich allerdings zwei Entwicklungen ausmachen, die zunächst einmal eher parallel nebeneinander herlaufen, und die sich erst langsam auf einander zu bewegen und miteinander vermischen. Die Rede ist einerseits von der klassischen Frauengesundheitsbewegung, die ein breites Spektrum abdeckt von eher unpolitischen Selbsthilfegruppen in allen möglichen Bereichen des Gesundheitswesens bis hin zu hochpolitischen Vereinigungen wie den Frauengesundheitszentren, und andererseits von der Frauenhausbewegung⁷. [...] Frauen eigneten sich ihre eigene Gesundheit wieder an und diesmal nicht als Hilfsdienerin des Arztes, sondern als eigenverantwortliche Subjekte.« (Vogt 1989: 123f.)

-
- 6 Besonders der eigene Anspruch Einfluss zu nehmen auf die öffentliche Diskussion gesundheitlicher Themen ist relevant und betont das Politikum der eigenen Arbeitsweise (vgl. <https://www.ffgz.de/ueber-uns/leitbild/>; letzter Zugriff: 31. Okt. 2021).
 - 7 Vogt geht in ihrem Beitrag näher auf die Verbindungslinien zwischen der Frauenhausbewegung und der Frauengesundheitsbewegung ein, indem sie aufzeigt, dass die Frauenhausbewegung durch ihre Arbeit mit misshandelten Frauen und Kindern zahlreiche Themen physischer und psychischer Gesundheit auffangen musste und im Laufe der Jahre Kooperationen in dieser Hinsicht mit Frauengesundheitszentren aufgebaut wurden. Somit betont sie, dass durch Gesundheits- und Selbsthilfekurse beide Strömungen Vermittlungsinstanzen füreinander bereit hielten im Hinblick auf herausfordernde Themen rund um Gewalt und deren Prävention oder Intervention (vgl. Vogt 1989: 123).

Vogt beschreibt die Frauengesundheitsbewegung der 1980er Jahre als einem ›Tausendfüßler‹ gleich, da sich Themenstränge als auch Aktionsformen rege in vielfältiger Weise bewegten. Hierbei sei die eigene Laufrichtung im Laufe der Jahre zugleich dynamisch gestalten worden:

»Die Frauengesundheitsbewegung nahm langsam Gestalt an und konstituierte sich in vielen kleinen Gruppen an den wunderlichsten Orten. Inzwischen hat sie sich fast schon etabliert. [...] Wie das Bild des Tausendfüßlers schon andeutet, kennt die Frauengesundheitsbewegung kein methodisches Paradigma, dem sie sich verschrieben hat. Ganz im Gegenteil sind alle methodischen Ansätze in der Arbeit von Frauen mit Frauen erlaubt und erwünscht, sofern sie nur erfolgversprechend sind und die Autonomie der Frauen stärken. Daher findet man in den Frauengesundheitszentren ein buntscheckiges Angebot vor, das den Mondtanz ebenso einschließt wie Massagekurse, Meditationstrainings, Methoden der Körperdiagnostik und vieles andere mehr. Ganzheitliche Vorstellungen von Gesundheit mischen sich mit traditionellen Verfahren und Techniken der klassischen Medizin. Die Widersprüche, die sich da unter einem Dach vereinen, sind groß. Gemeinsam ist all diesen Angeboten jedoch das Bemühen darum, die Frauen als Subjekte in den Prozeß der Diagnostik und der Therapie wieder einzusetzen, ihre Eigenverantwortung zu stärken und ihnen Mut zu machen, nach unorthodoxen Lösungen für ihre Gesundheitsprobleme zu suchen.« (Vogt 1989: 125f.)

Für den Zeitraum zwischen 1973 und 1989 beschreibt Vogt eine Entwicklung der Frauengesundheitsbewegung in thematischer und aktionsorientierter Vielfalt. Heterogenität bedeutete in diesem Sinne aber auch, dass es Unterschiede zwischen Frauengesundheitszentren gab. Dies wurde zur Herausforderung für die Bewegung, denn damit wurde es notwendig, dass sich die beteiligten Aktivistinnen untereinander verständigten über die Frage nach dem *Politikum* und der *Ebene von Kritik* innerhalb der je eigenen Aktionsform des Aktivismus. Politisch zu handeln ist in diesem Sinne ein fragiles Element des eigenen Handelns, das erfordert Begründungen offenzulegen und zur Disposition zu stellen. Hierauf wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit noch näher eingegangen.⁸

Bei Vogt werden (feministische) Frauengesundheitszentren als *hochpolitische* Instanzen benannt, die aus der Neuen Frauenbewegung heraus entstanden sind. Zugleich wird auf ein vielstimmiges Miteinander verwiesen, das dezentral in Bewegung sei und das Potenzial habe, ein Durcheinander zu sein. Die Gemeinsamkeit angesichts der Verschiedenheit wird im politischen *Ziel* verortet: Frauen in ihrer Autonomie zu bestärken. Zu Recht stellt sich dabei wiederkehrend die Frage, auf welchen Wegen dies jeweils umgesetzt werden sollte. Da für die vorliegende Arbeit eines der Frauengesundheitszentren näher betrachtet wird, soll auf den Entstehungshintergrund und die Entwicklungsgeschichte des Zentrums eingegangen werden, auch um zu verdeutlichen, dass es in an-

8 Die Betrachtungen fokussieren sich dabei vor allem auf die BRD und die USA. Trotz starkem Bezug auf den deutschsprachigen Raum wird die Geschichte der DDR-Gesundheitspolitik ausgelassen, weil jene anderen sozialstaatlichen Logiken folgte und die Prozesse nach 1989 den Konzepten der Bundesrepublik angeglichen wurden. Die Geschichte der DDR-Gesundheitspolitik müsste eigenständig mit Blick auf Frauengesundheit beleuchtet werden.

derem Kontext zu anderen Aktionsformen oder politischen Begründungen gekommen sein mag. Für das FFGZ Berlin wird nach den Themensträngen gesucht, die sich als Kontinuum durch die Jahrzehnte des Bestehens von 1974 bis 2015 zogen. Aber es wird ebenso nach dem Wandel des Zentrums gefragt, der sich im Laufe dieser Jahrzehnte abzeichnet. Das gegenwärtige FFGZ Berlin steht als solches nicht im Mittelpunkt der Betrachtung und wird nicht eingehend beleuchtet, sondern gilt als zeitlicher Referenzpunkt, um den Wandlungsprozess seit Gründung der Gruppe skizzieren zu können.

Das FFGZ Berlin, wie es sich in jüngster Zeit in der Öffentlichkeitsarbeit zeigt, wird nur am Rande aufgegriffen und als politisch handelnde Instanz mit dem Ziel der Demokratisierung allgemeiner Gesundheitspolitik verstanden. Der Fokus auf Frauenfreundlichkeit wird beim gegenwärtigen FFGZ, nach Eigenaussage, verknüpft mit kritischer Haltung gegenüber vielfältigen Diskriminierungsebenen. Die eigene Sensibilität gegenüber strukturellen Ausgrenzungs- und Privilegierungsmechanismen wird dabei in Selbstdarstellungen betont. Ein zentrales Anliegen des FFGZ Berlin – sowohl aus Anfangszeit als auch der Gegenwart – ist insgesamt die Forderung nach Selbstbestimmung von Frauen:

»Das Feministische-Frauen-Gesundheits-Zentrum e.V. Berlin (FFGZ) wurde 1974 gegründet und ist damit das erste Frauen-Gesundheits-Zentrum Deutschlands, entstanden aus der Frauengesundheitsbewegung. [...] Das FFGZ versteht sich von Anfang an als eine feministische Einrichtung, die nicht nur für die Selbstbestimmung von Frauen eintritt, sondern auch für das Ende aller Formen von Sexismus, Rassismus, Homophobie, Gewalt und patriarchaler gesellschaftlicher Strukturen. Es arbeitet parteilich für Frauen und setzt sich für eine qualitätsgesicherte und frauengerechtere Gesundheitsförderung, gesundheitliche Prävention und für eine strukturelle Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen ein. [...] Heute steht das FFGZ für eine hohe Kompetenz in Frauengesundheitsfragen, für verständliche, ganzheitliche und unabhängige Gesundheitsinformation und ist aus dem Gesundheitsversorgungssystem nicht mehr wegzudenken.« (Burgert et al. 2014: 339)

Das Zitat zur Selbstdarstellung des FFGZ Berlin stammt aus dem großen Jubiläumsjahr 2014, in dem das Projekt das eigene 40-jährige Bestehen⁹ feierte und am 7. März des-

9 Das FFGZ Berlin feiert interessanterweise je zwei Gründungsjahre: einmal das Jahr 1974 und zusätzlich das Jahr 1977. Dies ist durch zwei verschiedene Schritte der Gründung bedingt, bei der zunächst 1974 eine Gruppe gebildet wurde, die verbindlich gemeinsam als FFGZ-Vorläuferin tätig wurde. Diese Gruppe bot in den Räumlichkeiten des lokalen Frauenzentrums, wo verschiedene feministische Initiativen aktiv waren, Beratung zu Körperlichkeit, Verhütung und Abtreibung an. Im Jahr 1977 wurde, nach längeren Bemühungen um eigene Räume, offiziell das erste FFGZ (West-)Berlin als Zentrum mit eigener Adresse eröffnet. Dies bedeutete sowohl Verstetigung der Arbeit als auch den ersten Schritt zur angestrebten Institutionalisierung. Nach Umzügen und wechselnden Mitwirkenden berät das FFGZ Berlin seither zu sämtlichen Fragen von Frauengesundheit, wobei ausschließlich Beratungen und Gesundheitskurse stattfinden.

selben Jahres den Berliner Frauenpreis durch den Senat Berlins verliehen bekam.¹⁰ Der Blick zurück aus Sicht von Akteurinnen selbst, diente im gleichen Moment der Bestandsaufnahme des Projektes zur bewegten eigenen Vergangenheit sowie zur Gegenwart und Wünschen für die Zukunft. Hervorgegangen aus Gruppenvorhaben, die sich in der Neuen Frauenbewegung entwickelten, kann das FFGZ inzwischen als eines der ältesten manifesten Frauenprojekte dieser Bewegung gelten (vgl. Doderer/Kortendieck 2010: 887). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird das FFGZ Berlin trotz des Bestehens bis in die Gegenwart vor allem als historisches Phänomen begriffen.

Interessant ist im benannten Zitat von 2014 die Brücke zwischen Gegenwart und Vergangenheit. Die Autorinnen des Beitrages sind keine Gründerinnen des FFGZ, sondern Frauen, die zu einem späteren Zeitpunkt in die Arbeit eingestiegen sind. Im benannten Ausschnitt der Selbstdarstellung wird vorrangig Kontinuität thematisiert, was als Markierung der Konsistenz der Einrichtung gedeutet werden kann, auch wenn die Autorinnen selbst nicht von Anfang an mitwirkten. Angesichts der kontinuierlich verfolgten Inhalte der Arbeit ist es interessant zu beleuchten, welchen Wandel die Arbeit im Zentrum selbst durchlief und daher wird die Geschichte der Einrichtung im vorliegenden Buch retrospektiv in mehrere Abschnitte unterteilt aufbereitet.

Um die Geschichte des FFGZ Berlin nachvollziehen zu können, reichte es für die vorliegende Betrachtung nicht aus, auf schriftliche Artefakte seit 1974 zurückzugreifen. Daher wurden Interviews mit Aktivistinnen¹¹ des Zentrums geführt. Zwar sind einstige Ziele und politische Forderungen ansatzweise in Form von Publikationen erhalten, doch das Publizieren stellte eine eigene Sparte der Aktivitäten im FFGZ Berlin dar, die parallel zur Arbeit als Beratungszentrum lief. Von der Beratungsarbeit waren zum Zeitpunkt der Recherche keine schriftlichen Dokumente zugänglich und somit waren Kenntnisse dazu aus historisierender Perspektive stärker durch die aktivistische Retrospektive einholbar. In der Art und Weise des Sprechens der Aktivistinnen selbst, über ihr Engagement und die eigene (einstige) Arbeit im FFGZ, konnte in den Interviews zugänglich werden, wie vielfältig Anforderungen an die Mitwirkenden im Gesundheitszentrum waren. Ebenso konnten durch die Interviews explizite Aussagen zur einstigen Haltung der Akteurinnen in Erfahrung gebracht werden, die sich nur indirekt anhand von Broschüren oder Handbüchern andeuteten oder hätten vermuten lassen. Zusätzlich zum Publizieren im FFGZ und der Beratungsarbeit vor Ort gab es noch mindestens zwei andere Sparten des

10 Die Verleihung fand am 7. März 2014, am Vorabend des internationalen Frauentages im großen Saal des ›Roten Rathauses‹ in Berlin statt (vgl. <https://www.paritaet-berlin.de/themen-a-z/themen-a-z-detailansicht/article/berliner-frauenpreis-2014-geht-an-das-feministische-frauengesundheitszentrum.html>; zuletzt abgerufen am 20. April 2022).

11 Das Engagement derjenigen, die im FFGZ Berlin mitgewirkt haben, ist nur bedingt vergleichbar mit entlohnter Mitarbeit in einer bereits institutionalisierten Einrichtung. Da die Frauengesundheitszentren, die aus der Frauengesundheitsbewegung heraus entstanden sind, als »bottom-up«-Einrichtungen zu begreifen sind (vgl. Steingruber/Stolzenberg 2012: 238), ist zumeist von einem hohen Anteil unbezahlter Arbeitsstunden auszugehen, die aus Engagement in der Sache erwachsen. Grenzen zwischen Freizeit, persönlichen Interessen, politischem Engagement, unvergüteter ehrenamtlicher Arbeit und Erwerbsarbeit sind fließend bei derartigen Zentren. Im Rahmen der vorliegenden Betrachtung werden daher Bezeichnungen wie ›Aktivistinnen‹ oder ›Mitwirkende‹ des Zentrums verwendet.

Tätigseins: Mitwirkende im FFGZ zeigten zum einen Forschungstätigkeiten im Recherchieren und kritischen Abgleichen von Studien von Pharmaindustrie und medizinischen Forschungsinstituten, und zum anderen wurde der Anspruch verfolgt durch eigenes politisches Lancieren die kritische Perspektive der Frauengesundheitsbewegung mit Gewicht und Einflussnahme im Sinne von Aufklärungs- und Lobbyarbeit zu versehen. Beides ließ sich durch Schilderung der Aktivistinnen stärker greifen und nachvollziehen als durch die zentrumseigenen Publikationen, in denen sich dazu nur Andeutungen finden, aber nicht die Tiefe oder Breite des Engagements ersichtlich wird.

Da die Arbeitsweise im Zentrum vielfältig war und nur ein Bruchteil davon in den Broschüren und Archiv-Dokumenten zum FFGZ überliefert ist, schienen Interviews mit Aktivistinnen des Zentrums naheliegend und notwendig. Für die vorliegende Arbeit wurden die Publikationen des FFGZ zwar beachtet, aber nicht zentral gesetzt.¹² In den Interviews wurde nach der Arbeitsweise im FFGZ selbst gefragt, die sich aus alltäglichen Abläufen vor Ort im Zentrum, aber auch aus politischer Haltung der Akteurinnen heraus ergaben. Auch biografische Komponenten der Mitwirkenden vor Ort wurden in den Interviews beschrieben. Durch den Fokus auf die breit gefächerte Arbeitsweise selbst, wurde versucht die anderen Säulen der Arbeit im FFGZ Berlin neben den ersichtlichen Publikationen zugänglich zu machen.

Die methodische Vorgehensweise wird in Kapitel 2 skizziert. Im Folgenden soll bereits als Überleitung zu den kommenden Kapiteln umrissen werden, was das Terrain der Auseinandersetzung ausmacht, damit das Forschungsdesiderat Frauengesundheitsbewegung stärker konturiert wird. In Kapitel 3 werden theoretische Aspekte gebündelt und es werden Zusammenhänge zwischen Regieren und Regiertwerden in der Gesundheitspolitik ausgelotet. Dabei wird auch das Phänomen der Dialektik zwischen Selbstbestimmung und Forderungen nach Emanzipation im Bereich der Frauengesundheit aufgegriffen. Das Feld der Frauengesundheit ist immer eines, das zwischen individueller Selbstsorge und staatlicher Regulationspolitik abgesteckt wird und hierin in andauernder Aushandlung begriffen werden muss. Da die Frauengesundheitsbewegung von einst und ihre bis heute existierenden Einrichtungen – wie das FFGZ – auf diesem Terrain agieren, wird in den folgenden Abschnitten genauer auf den Bereich zwischen alltäglichem Leben von Individuen, Gesundheitshandeln und Staatspolitik geblickt. Dabei wird Gesundheitspolitik als staatliches Handeln im Sinne des Philosophen Michel Foucault aufgegriffen.

Das Handeln im Bereich der Frauengesundheit ist gerade hinsichtlich einer politischen Betrachtung komplex: Es umfasst nie nur individuelle Aspekte und nie nur das, was je staatlich reguliert wird. Somit übernimmt eine Forderung nach Selbstbestimmung auch eine Scharnierfunktion. Wie Foucault mit dem Konzept der Biopolitik aufzeigt, ist staatliches Regieren der Bevölkerung eines Territoriums wie wir es kennen, durch das *Bios*-Prinzip (Prinzip ›Leben‹) gekennzeichnet, wodurch gleichsam sämtliche

12 Das FFGZ hat etliche Broschüren veröffentlicht sowie Ratgeberliteratur zur Frauengesundheit. Darüber hinaus wird eine eigene Zeitschrift herausgegeben, die seit 1976 ca. zweimal jährlich erscheint: *Clio – Die Zeitschrift für Frauengesundheit* (vgl. <https://www.ffgz.de/bestellen/clio-zeitschrift/>; letzter Zugriff: 28. Juli 2022).

Bereiche des gesundheitlichen Lebens durchdrungen sind von staatlicher Einflussnahme. Der Blick in die vergangenen Jahrhunderte lässt deutlich werden, inwieweit Staatspolitik gegenüber den Regierten gebündelt ist durch das Regulieren von Leben als neue Maxime: »Man könnte sagen das alte Recht, sterben zu machen und leben zu lassen, wurde abgelöst von einer Macht, leben zu machen oder in den Tod zu stoßen« (Foucault 1988a: 165). Dies zeigt Foucault auf als Brückenschlag der Integration von Ökonomie in Bevölkerungspolitik seitens der jeweils Regierenden. Die Bevölkerung eines Staates wird nicht mehr allein durch »das Schwert« des Souveräns reguliert, sondern es wird das Leben selbst bearbeitet durch Regierung und Verwaltung von Geburtenkontrolle sowie der Lenkung von Lebensmaßnahmen, wozu sowohl die Gesundheitsverwaltung als auch die Krankenversorgung zählen. Staatliche Repression besteht dabei unumstritten weiterhin fort, aber das Leben der Bevölkerung rückt insgesamt in den Fokus der Regulation und wird zum Verbindungsstück zur Staatsökonomie:

»Nun verschiebt sich oder stützt sich jedenfalls das Recht über den Tod auf die Erfordernisse einer Macht, die das Leben verwaltet und bewirtschaftet und ordnet sich diesen Erfordernissen unter.«¹³ (Foucault 1988a: 163)

Im Zentrum der Regulierung der Bevölkerung – und damit des Regierens im staatlichen Sinne – ist das, was Foucault als *Bio-Macht* bezeichnet. Diese wird deutlich durch die »sorgfältige Verwaltung der Körper und die rechnerische Planung des Lebens« (Foucault 1988a: 167). Bio-Macht ist die institutionelle Handhabe von Machtbeziehungen, die im Sinne von Staatsräson die Bereiche des Lebens der Bevölkerung durchwirkt. Hierbei geht es neben Techniken der Disziplinierung der Körper auch um andere Formen der Kontrolle der Bevölkerung:

»Die Fortpflanzung, die Geburten- und Sterblichkeitsrate, das Gesundheitsniveau, die Lebensdauer, die Langlebigkeit mit allen ihren Variationsbedingungen wurden zum Gegenstand eingreifender Maßnahmen und regulierender Kontrollen: Bio-Politik der Bevölkerung. Die Disziplinierung des Körpers und die Regulierungen der Bevölkerung bilden die beiden Pole, um die herum sich die Macht zum Leben organisiert hat. Die Installierung dieser großen doppelgesichtigen – anatomischen und biologischen, individualisierenden und spezifizierenden, auf Körperleistungen und Lebensprozesse bezogenen – Technologie charakterisiert eine Macht, deren höchste Funktion nicht mehr das Töten, sondern die vollständige Durchsetzung des Lebens ist.« (Foucault 1988a: 166)

Vor dem Hintergrund dieser theoretischen Folie ergibt sich ein spezifischer Kontext für Gesundheitshandeln, wenn Gesundheit von Individuen in Verbindung zu deren Existenz im Rahmen einer Bevölkerung gesetzt wird, die ihrerseits staatlich verfasst ist. Somit kann Gesundheitshandeln von Individuen immer auch in ein Verhältnis zu Gesundheitspolitik gesetzt werden. Da im Rahmen der vorliegenden Arbeit ein Frauengesundheitszentrum fokussiert wird, das an Gesundheitshandeln von Individuen als Subjekten

13 Das Töten von Subjekten behält sich die Staatspolitik vor und legitimiert diese: »Rechtens tötet man diejenigen, die für die anderen eine Art biologische Gefahr darstellen« (Foucault 1988a: 165).

ansetzte sowie Kritik an Gesundheitspolitik artikulierte¹⁴, liegt es nahe, diesen spezifischen Konnex selbst zunächst genauer auszuleuchten. Das FFGZ als Gesundheitsberatungszentrum agiert sowohl innerhalb staatlicher Regularien – handelt also innerhalb von bestehenden Vorgaben, Verboten und Qualitätsnachweisen – setzt jedoch ebenso den Fokus auf die individuellen Spielräume von Frauen als Subjekten, womit emanzipatorische Ziele verfolgt werden. Die Frage nach der Arbeitsweise des Zentrums ist zentral für die vorliegende Arbeit und insofern ist es relevant zu differenzieren, wer eigentlich wovon und wozu emanzipiert werden sollte. Staatlicher Organisation von Wohlfahrt und Gesundheit hat die Frauengesundheitsbewegung die Idee einer Bemächtigung und Ermächtigung der Individuen – oder politischer formuliert: der eigenständig handelnden Subjekte – entgegengesetzt. Im Folgenden wird der Blick auf die Bedeutungsebene von Frauengesundheit zwischen Selbstsorge und staatlicher Organisation gelegt, um auszuloten, an welchen Scharnieren die Frauengesundheitsbewegung angesetzt hat.

1.1 Gesundheitssorge zwischen Selbstbestimmung und Staatskritik

Um das FFGZ Berlin als Untersuchungsgegenstand der Betrachtung kontextuell einzubetten, wird im Folgenden erläutert, inwieweit eine derartige Einrichtung sich verorten lässt im soziopolitischen Umfeld der Neuen Sozialen Bewegungen, die gerade für das Gesundheitswesen seit den 1970er Jahren eine Veränderung zugunsten der Mitspracherechte von Individuen in der staatlichen Versorgungsstruktur angestrebt haben. Das FFGZ Berlin ist, wie bereits angeklungen, ein kleines Gesundheitszentrum mit weniger als einem Dutzend beratend Tätigen, das sich außerhalb der meisten medizinisch-institutionellen Settings bewegt. Vor Ort finden sich Beratungs- und Aufklärungsangebote, aber es werden keine Behandlungen oder medizinischen Eingriffe durchgeführt. Die Beratung findet ergebnisoffen statt. Das bedeutet, dass Ratsuchende eine eigene Entscheidungsfindung anstreben und hierfür möglichst unabhängige Informationen erhalten können. Ansprechpersonen im FFGZ haben im Regelfall eine fachlich-inhaltliche Expertise im Themenfeld der Frauengesundheit, um diagnostische Informationen zu kontextualisieren, mit denen viele Frauen – beispielsweise, weil sie bei gynäkologischen Untersuchungen im ärztlichen Setting konfrontiert wurden – in die Gesundheitsberatung kommen. Hiermit soll eine Gewichtung gegenüber anderen sachbezogenen Informationen möglich werden, um insgesamt zu relationieren, da Frauen oft ratlos vor medizinisch-diagnostischen Informationen stehen. Das FFGZ versucht sich bis heute einen Ansatz der Ungebundenheit gegenüber medizinischen Versorgungseinrichtungen zu bewahren, mit dem Ziel, sich in der inhaltlichen Arbeit nicht beeinflussen zu lassen und unabhängig Informationen aus dem medizinisch-pharmazeutischen Diskurs kritisch zu überprüfen. Dieser autonom gedachte Ausgangspunkt unterstreicht eine angelegte Neutralität des FFGZ als Beratungsinstanz, wodurch die Angebote des Zentrums je durch eine eigenständige Perspektive auf Gesundheitsfragen ermöglicht werden. Der

14 Die Frauengesundheitsbewegung ist insgesamt immer wieder durch Kritik an staatlichem Handeln vernehmbar gewesen. Auf diese Hintergrundfolie des FFGZ wird in Kapitel 4 der vorliegenden Arbeit genauer eingegangen.

eingangs aufgezeigte Aspekt, das FFGZ Berlin trete für »Selbstbestimmung von Frauen« (Burgert et al. 2014: 339) ein, unterstreicht die Ebene der umfassenden Bestärkung von Frauen als Subjekte, die in der Beratung unabhängige Gesundheitsinformationen bekommen, um selbst aktiv zu handeln.

Mit Gesundheitsversorgung als Kontext bewegt sich das FFGZ in einem größeren Rahmen. Gesundheitsversorgungssysteme der westlichen Industriestaaten eint der Ansatzpunkt, die sozialpolitisch organisierten und staatlich gelenkten Versorgungsstrukturen auch angesichts gravierender politischer Veränderungen der vergangenen Jahrzehnte zu erhalten. Die Strukturgebung sozialstaatlicher Wohlfahrtsansätze der Gesundheits- und Krankenversorgung wurde dabei seit den 1960er Jahren nicht überwunden, sondern beständig abgewandelt (vgl. Kaufmann 2003). Ein Ansatzpunkt, der für mehrere Reformansätze herangezogen wurde und wird, ist die Einflussnahme von Neuen Sozialen Bewegungen, die sich für eine Demokratisierung von politischen Strukturen und Verwaltungsabläufen einsetzten. Ab Ende der 1960er Jahre wurde im Zuge von weltweiten sozialen Protestbewegungen zuvorderst autoritäre Umgangsweise und Bevormundung von Menschen per Gesundheitspolitik kritisiert und infrage gestellt. Die Neue Frauenbewegung ist als eigener Zweig der Neuen Sozialen Bewegungen präsent geworden mit ihrer Kritik am Gesundheitssystem und den bis dahin praktizierten autoritären Konzepten zwischen Ärzt:innen und Patient:innen. Dabei wurde insbesondere die Steigerung sozialer Gerechtigkeit durch breitflächige Aufklärung, Mitspracherechte, aber auch Entscheidungsbefugnis von Frauen eingefordert.¹⁵

Nicht zuletzt am eigenen Leib hatten die frühen frauenbewegten Aktivistinnen die Grenzen der individuellen Handlungsmöglichkeiten erfahren, die durch Institutionen im Auftrag staatlicher Maßgaben bis dato gesetzt wurden. Das Unbehagen an autoritärer staatlicher Struktur von Gesundheitsverwaltung nahm hierdurch in der Analyse und Kritik der Aktivistinnen einen zentralen Stellenwert ein, da sich wenig Mitsprache von Frauen erkennen ließ. Zunächst war dies noch als diffuses aktivistisches Unbehagen formuliert worden, doch bekam im weiteren Differenzierungsprozess der Bewegung mehr Pointierung. Die thematischen Ansätze der frauenbewegten Diskussion zu Körper und Gesundheit umfassten ab 1969 Fragen von Sexualität, Geburtshilfe, Verhütungsmöglichkeiten zu ungewollten Schwangerschaften und Geschlechtskrankheiten sowie Aufbegehren gegen Abtreibungsverbote. Auch die Skandalisierung pharmakologischer Konzerne und ihrer Produkte kam als Katalysator für die frauenpolitische Sensibilisierung gegenüber staatlicher Gesundheitsversorgung hinzu, da aus Sicht der Aktivistinnen Gefährdungslagen in Kauf genommen wurden und Zulassungen zu leichtfertig auf Kosten von Frauen erteilt wurden, bevor Nebenwirkungen ausreichend erforscht worden waren.¹⁶ Die Frauenbewegung setzte in ihrer frühen Kritik des medizinisch-pharmazeutischen Sektors besonders an der Versorgungshierarchie jener Zeit an, in der die allermeisten studierten und praktizierenden Schulmediziner Männer waren und zudem eine allgemeine Hierarchisierung zwischen Patient und Patientin vorherrschte, in welcher

15 Ausführlicher wird dies in Kapitel 4 kontextualisiert.

16 Die heftige Skandalisierung der *Anti-Baby-Pille* in den USA oder auch der aufsehenerregende *Contergan*-Prozess in Westdeutschland 1968 sind nur zwei der bekanntesten Beispiele hierfür (vgl. Münkler/Bohlender/Meurer 2010 oder auch Silies 2010).

›der Mann‹ als Normalfall galt, während Frauen das sogenannte ›kranke Geschlecht‹ zugeschrieben wurde.¹⁷ Hieraus kristallisierte sich der bereits benannte Fokus der Aktivistinnen heraus, Frauen würde als Patientinnen Mündigkeit und Mitspracherecht im Behandlungsprozess regelrecht abgesprochen werden. Seitens der Frauenbewegung kam so der Ruf nach alternativer und geschlechtergerechter Gesundheitsversorgung auf, für mehr Mitbestimmungs- und Selbstbestimmungsrechte und mit umfänglicher Transparenz von Forschung und Behandlungspraktiken, die auch unmittelbare Patientinnen-Mitsprache einforderte.

Als zeitnahe Reaktion auf die als starr und beharrlich wahrgenommenen Felder der Gesundheitspolitik entwickelte sich in den frühen 1970er Jahren eine feministische Selbsthilfebewegung, die Aneignung von medizinischen Fachkenntnissen und Anwendung eigenständig erworbenen Wissens als neues Paradigma anstrebte und hierbei ein Ideal von selbstorganisierten Patient:innen vor Augen hatte, welche aktiv an der eigenen Gesundheit mitwirken können sollten. Dies war als Konzept einer emanzipatorischen Selbsthilfebewegung angelegt. Die paradigmatischen Ansätze der Bewegung gingen später, ab den 1980er Jahren partiell in den Kanon der Meta-Diskurse medizinischer Gesundheitsversorgung ein. Die WHO beispielsweise griff Elemente in Resolutionen zur Verbesserung von weltweiten Gesundheitslagen als Zielformulierung auf. Die Resolution von 1986 – auch als *Ottawa Charta* bekannt – lässt dies illustrativ aufzeigen. Dabei wurden Forderungen nach Bestärkung von Individuen integriert, wie sie u.a. durch die Neue Frauenbewegung artikuliert worden waren. Diese WHO-Resolution stellt einen weltweiten Paradigmenwechsel unter Einbezug von Präventions- und Selbsthilfeforderungen dar.

Später, ab den 1990er Jahren, wurde das neue Paradigma der ›eigenverantwortlichen Patient:innen‹ und der ›Hilfe zur Selbsthilfe‹ schlagwortartig in den gängigen hegemonialen Sprachgebrauch von Gesundheitspolitik integriert, so dass es sich in der Öffentlichkeitsarbeit von Kliniken und Krankenkassen finden lässt.¹⁸ Menschen wurden und werden dort nun regulär als eigentlich mündige Patient:innen angerufen und dazu angehalten, die Gesundheitsversorgung und Vorsorge in die eigenen Hände zu nehmen. Die eigene Gesundheit sollte dabei als Projekt wahrzunehmen sein, in welches zu investieren sei. Diese Integration auf sprachlicher Ebene beinhaltet jedoch gravierende Widersprüche. Auf der einen Seite wirkt es so, als seien Konzepte von Eigenverantwortung und Selbstbestimmung bereits institutionell verankerte Prinzipien, wenn derlei Postulate verwendet werden. Dies kann im Rahmen der gegenwärtigen Anrufungspolitik der gesetzlichen Krankenversicherung in der BRD nachvollzogen werden, wenn es heißt, zur Aufgabe der Krankenversicherung zähle unter anderem die »Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten« (vgl. SGB V §1 Soli-

17 Misogyne medizinische Narrative und ihr Niederschlag innerhalb der Gynäkologie sind in der Neuen Frauenbewegung frühzeitig diskutiert worden (vgl. Ehrenreich/English 1973a, Ehrenreich/English 1973b).

18 Schlagworte der Eigenverantwortung, Selbstbestimmung und Selbstfürsorge werden inzwischen durch staatliche und nicht-staatliche Institutionen gleichermaßen verwendet. Stephan Lessenich spricht hier auch vom Staat, der sich in einer Rolle des ›Befähigers‹ kleide (vgl. Lessenich 2015: 23).

darität und Eigenverantwortung).¹⁹ Auf der anderen Seite stellen sich die Rahmenbedingungen dieser Selbstbestimmung oder Eigenverantwortung als trügerisch heraus, besonders da sich die Anforderungen an Gesundheitshandeln der Subjekte vergrößert haben, während die Handlungsoptionen für die selbstbestimmte Gestaltung eines Alltags, der dem definitorischen Ansatz der Weltgesundheitsorganisation zu Gesundheit nahekäme, zumeist fehlen. Gesundheit wird von der WHO definiert als Zustand »völligen physischen und geistigen Wohlbefindens«.²⁰ Ob dieser Ansatz zur Umsetzung in alltäglichen gegenwärtigen Lebensverhältnissen geeignet ist, muss diskutiert werden, da dies mehr als fraglich ist. Institutionell wird nicht allen Individuen der gleiche Rahmen zu Gesundheitshandeln geschaffen und der Zugang zu eigenmächtigen Entscheidungen wird letztlich nur bedingt ermöglicht. So ist die Verschiebung hin zur »Gesundheitsgesellschaft« (vgl. Kickbusch: 2006) ambivalent, denn darin sind die Individuen nicht nur für die eigene Gesundheit selbst verantwortlich, sondern einhergehende Aufgaben von Selbstfürsorge in Form der Gesundheitsvorsorge und Herstellung des eigenen Wohlbefindens sind gleichsam zur umfassenden Pflicht gegenüber sich selbst *und* gegenüber der Gesellschaft geworden. Eine Verweigerung oder Vernachlässigung dieser neuen Anforderung von allgegenwärtig notwendiger Gesundheit führt zur Stigmatisierung als tendenziell verantwortungsloser Schädigung der Gemeinschaft und zur Annahme mangelnder Kompetenzen der eigenverantwortlichen Lebensführung.

Die Paradigmen der Eigenverantwortlichkeit und präventiven Selbstvorsorge sind mithin in neue Mittel des Regierens eingegangen, die ihrerseits mit gesellschaftlicher Exklusion drohen. Frauen sind von diesen Prozessen weit stärker betroffen als Männer

-
- 19 Im Kapitel V des Sozialgesetzbuches der BRD heißt es: »Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden« (SGB V §1). Die Versicherten sind dazu angehalten, sich eigenverantwortlich zu verhalten und im Sinne von »Gesundheitsagenten« ein Bewusstsein für den eigenen Körper zu entwickeln, wofür sie Kompetenzen und Handlungsspielräume benötigen.
- 20 Diese Definition wurde seit den Anfängen der Organisation 1946 nicht abgeändert und sie setzt daher auch gegenwärtige Ideale für gesundheitliche Belange (vgl. <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>; zuletzt abgerufen am 12. August 2022).

(vgl. Mauerer 2010: 87).²¹ Durch Unübersichtlichkeit zwischen Expertisen²² und informierten Entscheidungen lässt sich darüber hinaus kaum noch von eigener Entscheidung sprechen, wenn die Grundlage der Entscheidungsfindung beispielsweise nicht nachvollziehbar wird oder zudem Ressourcen für manche Behandlungswege fehlen.

Die Sicht von gesundheitsbewegten Aktivistinnen auf diese Prozesse ist bislang wenig beleuchtet worden und soll im vorliegenden Buch ansatzweise zugänglich gemacht werden. Das FFGZ Berlin wird dabei einerseits im Besonderen betrachtet und andererseits als Teil einer sozialen Bewegung verstanden. Der maßgebliche Fokus wird auf den inneren Abläufen des FFGZ Berlin liegen, wie sie durch Äußerungen der Akteurinnen mehrerer Zeitphasen des Zentrums artikuliert wurden. Innerhalb des zeitgeschichtlichen Rahmens, in dem sich das vorliegende Buch bewegt, kann wie bereits aufgezeigt wurde, von einem zumindest schlagwortartigen Wandel in staatlicher Regulierung gesundheitspolitischer Anliegen ausgegangen werden. Hier kann für den betrachteten Zeitraum seit 1967 zudem von einer Veränderung hin zu einem deutlicheren Zutagetreten ökonomisierender Prozesse ausgegangen werden (vgl. Butterwegge 2014: 11–36; Lessenich 2013: 9–17; Negt 2012: 32–38). Die Rolle, die Neue Soziale Bewegungen bei der Gestaltung dieses Wandels spielten, ist bisher nicht abschließend eingeschätzt worden. Dabei lässt sich danach fragen, inwiefern die Steigerung der Ökonomisierung des Sozialen – was eine gesteigerte Mehrwertschöpfung im Sinne kapitalistischer Logiken bedeutet – durch Einbindung von Prinzipien der individuellen Selbsthilfe bedingt werden konnte. Dies wird im Rahmen des Buches zwar nicht zentral diskutiert, doch ist es relevant zu beachten, dass im Fachdiskurs zur Ökonomisierung von Sozialpolitik der Fokus von Neuen Sozialen Bewegungen auf Individualisierung und Selbsthilfe kritisch gesehen wird. Lessenich problematisiert dies im besonderen Maße und hebt hervor:

»Der von der herrschenden Marktpropaganda zur Schau getragene Antietatismus und die im politischen Privatisierungseifer zu Tage tretende Feier des selbstbestimmten Individuums können und sollten jedenfalls nicht darüber hinwegtäuschen, dass im gegenwärtigen Wandel der Sozialpolitik von einem ›Rückzug‹ des Staates einerseits, von

21 Vgl. dazu exemplarisch als Anwendungsgebiet der humangenetischen Beratung auch Samerski 2010a sowie 2010b, wobei kritisch die Herstellung und Verwischung von Expertisen für Beratungssettings zu individuellen Gesundheitsentscheidungen herausgearbeitet wird. Im Fokus der Kritik steht die Suggestion von fachlicher Expertise der Beratenden, die vertrauensvolle und fachlich verteilte Interaktion vorgibt, jedoch einem Missverständnis unterliegt. Im Zuge von humangenetischer Beratung lassen sich, so Samerskis Ansatz, eigenverantwortlich zu treffende Entscheidungen kaum mehr als solche ausmachen, da das Setting den zu Beratenden suggeriert, es ginge um Möglichkeiten der Prävention oder aktiven Behandlung, während die Beratenden (Expert:innen der Genetik) ausklammern, dass Wahrscheinlichkeitsrechnung der Kern der Expertise ist und nicht das Wissen um den zu umsorgenden Einzelfall einer (schwangeren) Frau; kritisch dazu äußert sich ebenfalls Lemke, der in Rekurs auf Foucault von Prinzipien der Normalisierung spricht, die insbesondere bei Gendiagnostik auftreten. Verbindungslinien zieht Lemke zwischen Genomanalysen und Sicherheitsdispositiven, indem er resümiert: »Das Versprechen der Sicherheit baut wiederum auf einer Unsicherheit auf, welche die Gendiagnostik maßgeblich mitproduziert hat« (Lemke 2012: 243).

22 Erhellend zu der Vermengung von Risikoeinschätzung von Expert:innen und Krankheitserfahrung von Untersuchten sind u.a. Analysen von Aronowitz (vgl. Aronowitz 2010).

der Förderung individueller ›Autonomie‹ andererseits realistisch keine Rede sein kann. Statt sich zurückzuziehen, ändert der Staat die Logik und Gestalt seiner Interventionen; und statt damit die individuellen Chancen autonomer Lebensführung zu erhöhen, ergibt sich im Effekt eine neue Form der Vergesellschaftung von Subjektivität, der Unterwerfung der Subjekte [...]« (Lessenich 2013: 14)²³

Lessenich legt nahe, dass die Prozesse des Wandels staatlicher Regelung von Fürsorge gerade durch die institutionelle Aufrechterhaltung der steten Ökonomisierung sozialer Zusammenhänge zu ambivalenten Ergebnissen beitragen, in denen es ebenso erschwert ist, das Verständnis von *sozialem Verhalten* auszudeuten, wie es erschwert ist, Zuständigkeiten von Beteiligten klar voneinander abzugrenzen. Es stellt sich die Frage, ob ›sozial‹ bedeutet, dass die Gemeinschaft sich um das Wohlergehen der in ihr befindlichen Individuen zu kümmern habe, oder ob die Individuen dazu angehalten sind, für das ›Wohl der Gemeinschaft‹ zu sorgen. Die hierbei offenbar mitlaufende Maske der eigenen blinden Flecken sozialer Bewegungen bei der Konkretisierung und Abgrenzung eigener Konzepte – und insbesondere dessen, was ›sozial‹ bedeutet – ist ein Ansatzpunkt dieser Problematik. Denn Grenzziehungen werden in der Veränderung von Sozialpolitik der vergangenen Jahrzehnte zum Angelpunkt, wenn wir mit Lessenichs Blick auf die Gemengelage schauen. So nehmen zentrale Begriffe auf der Ebene von Konzepten eine besondere Scharnierfunktion ein:

»Sozial‹ ist der bzw. die Einzelne, wenn, soweit und solange er/sie Einzelne, wenn, soweit und solange er/sie Eigenverantwortlichkeit, Selbstsorge und pro-aktives Verhalten zeigt – im Sinne und Dienste ›der Gesellschaft‹. Die gesellschaftliche Neuerfindung des Sozialen im flexiblen Kapitalismus lässt die subjektiven Wertbezüge sozialen Handelns – Aktivität und Mobilität, Produktivität und Autonomie – zu politischen Steuerungsformeln des individuellen Selbstzwangs in sozialer Absicht verkommen.« (Lessenich 2013: 16f.)

Lessenich beruft sich mitunter auf Ausführungen von Boltanski und Chiapello (2003). Diese argumentierten beim kritischen Blick auf die Errungenschaften Neuer Sozialer Bewegungen, dass es eine staatliche und ökonomisierende Kooptation gebe, bei der die zentralen Anliegen von kapitalismuskritischen Protestbewegungen jeweils in die institutionellen Arrangements integriert würden, wobei sie dabei ihren emanzipativen Kern verlören. Ihr Hauptargument, dass ein zentraler und immer wiederkehrender Zusammenhang zwischen dem ›Geist des Kapitalismus‹ und dessen stetem Aufgreifen emanzipatorischer Forderungen sozialer und politischer Bewegungen erkennbar sei,

23 Lessenich grenzt sich in den zitierten Passagen explizit gegen die Begrifflichkeit ›Neoliberalismus‹ ab. Das Moment der Abgrenzung liegt für Lessenich auf der Ausdeutung des Wandels, den der Begriff des ›Sozialen‹ erfahren habe. So kommt es, dass Lessenich an diesen Stellen den Begriff des ›Neoliberalismus‹ als ›verunklarend‹ ausklammert (Lessenich 2013: 13f.). Die abgeleiteten Prozesse decken sich allerdings angesichts von Sozialpolitik, die unter Gesichtspunkten der Kostensenkung mit der Neuausdeutung des ›Sozialen‹ hantiert, mit dem, was bei Michel Foucault als Umformung von Staatlichkeit unter neoliberalen Prämissen gefasst wird. Daher wird Lessenichs Argumentation hier im Sinne dessen verwendet, was in der vorliegenden Untersuchung als Neostaatlichkeit und Neoliberalismus verstanden wird.

findet sich auch bei Lessenich. Gerade Kritiker:innen des Kapitalismus trügen zu dessen Verstetigung durch Erneuerung bei, indem (intendiert linkspolitische) Alternativprojekte durch Veränderungsforderungen die kapitalistischen Gefüge zu Flexibilität anhielten. Diese Deutungsweise des Zusammenwirkens von Protestbewegungen mit kapitalistischer Ordnung und Staatsräson der Fürsorge ist nicht nur für Lessenich grundlegend und obgleich es keinen zentralen Argumentationsstrang der vorliegenden Arbeit darstellen wird, soll derlei Zuspitzung zumindest in Kürze angerissen werden, um zu markieren inwiefern der Forschungsgegenstand Frauengesundheitsbewegung als Teilbereich der Neuen Sozialen Bewegungen von Kontroversen zu Staatlichkeit und Gesundheitspolitik betroffen sein kann. Besonders Fraser kritisierte die Neue Frauenbewegung insgesamt, die sie in einen Zusammenhang setzt mit neuesten Formen globaler kapitalistischer Regierungsweisen (vgl. Fraser 2009). Selbsthilfe der Frauenbewegung der 1970er Jahre verknüpft sie dabei mit Erneuerung von kapitalistisch geprägten staatlichen Ordnungen, indem sie fragt:

»War es bloßer Zufall, dass Neue Frauenbewegung und Neoliberalismus gleichzeitig, sozusagen als Tandem, in Erscheinung traten und gediehen? Oder gab es zwischen ihnen so etwas wie eine unappetitliche, untergründige Wahlverwandtschaft?« (Fraser 2009)²⁴

Die hierin liegende Polemik ist besonders brisant, da sich die Frauengesundheitsbewegung in den USA und auch in Europa eine zumeist kapitalismuskritische Note gab. Fraser bezieht ihre Argumentation aber auf den Anti-Etatismus der Neuen Frauenbewegung, der sich mit den Ansätzen der Deregulierung im Neoliberalismus decke. So skizziert Fraser einen Impetus der feministischen Protestbewegungen, der sich anti-etatistisch von bestehenden staatlichen Institutionen abgegrenzt habe und vorrangig über Außenseiterinstitutionen wie Nicht-Regierungs-Organisationen Politik gemacht habe. Zugleich verdeutlicht Lessenich, dass die Neudefinition dessen, was »sozial« als Schlagwort umfasst, ein elementarer Bestandteil (neo)liberaler Regierungspraxis ist und hier Protestbewegungen einem eigenen blinden Fleck erliegen könnten, wenn bei den Versuchen der Institutionalisierung ihrer Selbsthilfepolitiken nur nach der bloßen Vokabel »sozial« geblickt werde, statt dass die darin wirksam werdenden Inhalte problematisiert würden.²⁵ Die Neue Frauenbewegung hatte eine Form der Staatskritik, die in der Bun-

24 Sowohl bei Fraser als auch in den Ansätzen von Boltanski und Chiapello drängt sich die Vermutung einer Unvermeidlichkeit der Verbindung Neuer Sozialer Bewegungen durch ihre (in)direkte Zusammenarbeit für Erneuerungsprozesse kapitalistischer beziehungsweise neoliberaler Regierungspolitik auf. Diesem Schein der hermetischen Geschlossenheit skeptisch gegenüberstehend, widmet sich die vorliegende Betrachtung dem Phänomen der Verknüpfung emanzipatorisch angelegter Bewegung und Regierungspolitik durch die Perspektive der Zeitgeschichte. Durch Kleinarbeit wird dabei der Blick auf Ausschnitte aus der deutschsprachigen Frauengesundheitsbewegung gerichtet, die als Teil der Neuen Sozialen Bewegungen und mit ihren Forderungen »mehr Hilfe zur Selbsthilfe« an der Schnittstelle zu heute durchaus mit neoliberalen Vorzeichen besetzten Feldern der Gesundheitspolitik steht.

25 Fraser hingegen suggeriert, dass der Neoliberalismus gedieh und die Frauenbewegung nicht zufällig gleichzeitig wuchs, was bedeutet, dass die antikapitalistische Note der Neuen Frauenbewegung Täuschung war, während ihre eigentliche Politik darauf hinauslief, den Boden zu bereiten

desrepublik noch stärker als in den USA auf die Selbstorganisation von kleinen Gruppen und das Ideal autonomer Politik jenseits von etablierten Verbänden oder Parteien abzielte. Chiapello und Boltanski sehen gerade hierin ein Moment, das frischen Wind in eingefahrene Strukturen gebracht habe und eine neue, erweiterte Form der Wertschöpfung durch die Integration sozialen Protestes ermöglichte. Dies stellt Lessenich der Neudefinition des Sozialen in Regierungshandeln zur Seite.

Beim Rückbezug dieser Ansätze auf die Betrachtung der Frauengesundheitsbewegung als Sparte der Neuen Frauenbewegung fällt auf, dass Forderungen nach Selbstbestimmung und Selbsthilfe der Individuen einen bewegungspolitischen Schwerpunkt bildeten, wobei genauer betrachtet werden müsste, was genau hierunter verstanden wurde. Es scheint jedoch besonders sinnvoll zu differenzieren zwischen hegemonialen und marginalen Positionen in Gefügen, in denen Machtbeziehungen im Sinne Foucaults vorhanden sind, bei denen Machtausübung auf Prinzipien der Ungleichheit beruht. Daher wird im Folgenden die Frage nach den Machtverhältnissen aufgegriffen, bevor das mögliche Zusammenspiel zwischen ökonomisierter Umformung des Sozialen und den Aktionen der Frauengesundheitsbewegung nochmals konkreter thematisiert wird.

1.2 Veränderung – eine Frage der Verhältnisse

Der Blick auf Schnittstellen zwischen Selbsthilfe und staatlicher Verwaltung beziehungsweise Regierungsweisen im Feld der Gesundheitsversorgung lässt sich mithilfe von Foucaults Ansätzen schärfen, so dass es möglich wird, Selbstbestimmung als politische Forderung, wie sie von Neuen Sozialen Bewegungen ausging, zu differenzieren. Denn Foucault geht einerseits nicht von einem monolithischen Gebilde ›Staat‹ aus, dessen Regulierungsweise allgemeinstaatlicher Gesundheitspolitik den Subjekten bloße Anweisungen im autoritären Prinzip der Vorschriften und Verbote ausgibt, sondern er geht aus von einem komplexen Zusammenhang zwischen Individuen, Subjektpositionen und Staatsräson. Foucault verdeutlicht im Rahmen seiner Vorlesungen zur Gouvernementalität, dass es eine Verschiebung des Sozialen in sämtlichen Gesellschaftsbereichen hin zur Marktförmigkeit gegeben hat, wie sie unter dem Stichwort ›Neoliberalismus‹ diskutiert wird (vgl. Foucault 2006b: 331–366, sowie komprimiert 435–443). Dies zeigt auf, dass mit dieser Verschiebung neue Regierungsweisen einhergingen, die ein modifiziertes staatliches Intervenieren vorsehen. Staatliches Handeln ist dabei mitnichten obsolet und funktioniert im Neoliberalismus durchaus im Sinne bestehender kapitalistischer Logiken, da Marktlogiken zugrunde gelegt werden und eine Entgrenzung der Marktrationalität auf Felder, die einst als nicht-kommerzielle Bereiche staatlichen Regierungshandelns galten, angestrebt werde (vgl. Foucault 2006: 331). Regierungshandeln tritt hierbei jedoch weniger als autoritäre Regierungsform des ›Ansagens und Durchgreifens‹ in Erscheinung, als durch Formen des Regierens im Zuge derer Menschen dazu angehalten sind, sich selbst zu regieren unter Prinzipien und Zielsetzungen, die den staatlichen Zielen der Kontrolle entsprechen. Foucault fokussiert

für die umfassendere Umsetzung von Vermarktlichungsprinzipien und deregulierter Ökonomisierung besonders auch sozialer Phänomene.

hierzu auch Selbstregierungsweisen der Individuen, die im Sinne der Staatsräson laufen und somit die staatliche Regierungskunst umsetzen.

Dieser Zusammenhang impliziert jedoch, dass staatliche Herrschaft wirksam wird, indem diese sowohl anhand äußerer Kontrolle und Regularien greifen kann, als sich auch im Inneren der Menschen entfaltet. Hier spricht Foucault von ›Selbsttechnologien‹, die das staatliche Regieren bis ins Innerste der Menschen hinein ermöglichen können. Selbstführung durch Selbsttechnologien ist an sich nicht problematisch gesetzt bei Foucault und besondere Vorsicht muss gegenüber argumentativen Kurzschlüssen gelten. Dass Selbstführung kein determiniertes Phänomen einseitigen Regierungshandelns im Sinne staatlicher Kontrolle bedeutet, versucht Foucault anhand der Differenzierung zwischen Herrschaft und Macht zu veranschaulichen. Regierungsweisen bedeuten Möglichkeiten der Herrschaft, deren Macht unter Umständen durch Subjekte hinterfragt und herausgefordert werden kann. In diesem Sinne spricht Foucault auch von Machtbeziehungen, bei denen politische Subjekte die Kräfteverhältnisse herausfordern können. Aspekte von Macht, die maßgeblich sind für das Regieren und für die Sicherung staatlicher Herrschaft, sind daher ein Differenzierungsmoment. Im Stellen der Machtfrage liegt für Foucault der entscheidende Ansatzpunkt, um die Grenzziehung zwischen Regierenden und Regierten auszuloten (vgl. auch Foucault 2015: 220–239).

Hierin liegt auch die Schlüsselkomponente, um aufzuzeigen, inwieweit sich durch Techniken des Selbstregierens der Individuen der Zugriff des Staates gelockert oder, im Gegenteil, intensiviert haben könnte. Foucault ist dabei durchaus um Differenzierung bemüht, denn in der Auseinandersetzung zwischen Kritik an einem regierenden Gefüge und einer Erneuerung und Bekräftigung eines Gefüges, ist es Foucault ein Anliegen nach Form, Ziel und Inhalten der Kritik zu fragen, um ein mögliches Veränderungspotenzial von einem strukturellen Stabilisierungspotenzial zu unterscheiden. Selbstregieren ist bei Foucault nicht per se negativ, sondern im Rahmen gegenwärtiger Auslegung von Regierungsweisen schlicht notwendig (vgl. Foucault 2015: 274–299). Bei der Einschätzung, worin es begründet liegen könnte, dass unterschieden werden kann zwischen dem potenziellen Unterlaufen des Regiertwerdens oder einem Weitertragen und Stabilisieren des Regiertwerdens, komme es vielmehr auf den genauen Blick an. Die Besonderheit ist bei Foucault in der Definition von Kritik zu finden und dies ist für die Betrachtung der Frauengesundheitsbewegung, die Regierungshandeln stets kritisch zu hinterfragen suchte, relevant. Herausforderung von Herrschaft ist bei Foucault als immanenter und zentraler Bestandteil von Kritik zu verstehen. Daher lohnt eine Auseinandersetzung mit Foucaults Begriff von Kritik, der hier in Kapitel 3 genauer erläutert und dort in Verbindung mit Machtverhältnissen gesetzt wird, um die theoretischen Grundlagen der Betrachtung zu diskutieren. Machtpolitische Analysen waren insbesondere für die Proteste der Frauengesundheitsbewegung relevant, die sich wiederholt kritisch mit allgemeinmedizinischer Versorgung der Bundesrepublik befasst haben. Ergänzend zur genaueren Erläuterung der Theoreme von Foucault wird die Neue Frauenbewegung als Forschungsfeld vorgestellt und der Forschungsgegenstand der vorliegenden Arbeit eingegrenzt.

Die allgemeine Ambivalenz von Institutionalisierungsprozessen feministischer Politiken ist bislang nur ansatzweise aufgearbeitet worden im Rahmen der Forschungsliteratur. So gibt es, wie Kapitel 3 noch genauer zeigen wird, eine Reihe von Missverständnissen, die sich durch unzureichende Detailkenntnis der Neuen Frauenbewegung

etabliert haben. Die Neue Frauenbewegung betrat in der Bundesrepublik ab 1975 einen Weg, der zur Veränderung der Lage von Frauen führen sollte, indem auf gesellschaftliche Institutionen Einfluss genommen wurde und eigenständige feministische Institutionen gegründet werden sollten. Dieser Weg verlief ›zweigleisig‹, das heißt einerseits über das Drängen von politisierten Frauen in zentrale institutionell organisierte Felder hinein, wobei eine Art ›Marsch der Frauenbewegung durch die Institutionen‹ rekonstruiert werden kann (vgl. Ehmsen 2008). Der andere Weg, der beschritten wurde, lief andererseits über die Gründung eigener feministischer Initiativen, die selbstständig – inhaltlich autonom – agierten und im Prinzip der Selbstorganisation zu kleinen Institutionen werden sollten, um andere bereits bestehende gesellschaftliche Institutionen, quasi von den Rändern des allgemeinen Aktionsfeldes aus, herauszufordern.

Beide Wege hatten das gleiche Anliegen: Veränderung von Geschlechterarrangements sollte zugunsten von Gerechtigkeits- und Partizipationsforderungen angestrebt werden. Insofern war das Ziel der Aktivistinnen der Bewegung jeweils gleich, wenn auch die Aktionsformen auf den beiden Wegen auseinandergingen. Indem die Neue Frauenbewegung an Institutionen herantrat, ergaben sich etliche Schwierigkeiten in der Kompromissbildung. Sowohl das institutionell organisierte Feld als auch die soziale Bewegung wurden durch den Prozess der Auseinandersetzung verändert, wenngleich nicht im selben Maß. Es gab eine Reihe von Abwehrmechanismen der bis dahin bereits bestehenden Institutionen, die sich gegen die Veränderungsforderungen von außen zur Wehr setzten, und diese waren sowohl beim Weg der Aktivistinnen durch die Institutionen zu verzeichnen als auch bei der Gründung von selbstorganisierten feministischen Initiativen. Insofern ist die Frage von Veränderung auch eine Frage von Verhältnissen und der Möglichkeit, Asymmetrien in Machtverhältnissen zu gestalten. Wenn zum einen davon ausgegangen werden kann, dass sich sowohl herausgeforderte Institutionen als auch die soziale Bewegung in der gemeinsamen Interaktion verändert haben, so ist doch zum anderen wichtig, dass die Ausgestaltung des zugrunde liegenden Verhältnisses nicht im hierarchiefreien Nexus zu verstehen ist. Im Gegenteil, müssen Elemente von institutioneller Beharrlichkeit auch hinsichtlich staatlich regulierender Repression der Disziplinarmacht gesehen werden, der sich Proteste der sozialen Bewegung ausreichend anpassen mussten, um gehört und ernst genommen zu werden.

Die Komplexität der Institutionalisierung von Anliegen der Neuen Frauenbewegung kann aber gerade anhand der Wechselspiele zwischen ›Anfrage‹ (seitens sozialer Bewegung) und ›Antwort‹ (seitens gesellschaftlicher Institutionen) zeigen, dass Prozesse dynamisch verlaufen und dass die Aushandlungen gesellschaftlicher Veränderung stets von Machtfragen beeinflusst sind. Allgemeiner gesprochen stellt sich bei der Einschätzung von Herausforderung und Veränderung immer die Frage nach den Verhältnissen, was sich auch mit Ansätzen von Foucault erschließt. Machtbeziehungen denkt Foucault als dezentral verteilt, aber dennoch nicht losgelöst von Ordnung. So sieht Foucault Machtbeziehungen als relational an und in jedem Punkt des Machtnetzes gibt es Ansatzpunkte zum Widerstand (vgl. Foucault 1988a: 116).²⁶ Foucault kommentiert diese Relationalität:

26 Foucault spricht von Macht als »Vielfältigkeit von Kräfteverhältnissen, die ein Gebiet bevölkern und organisieren« und zugleich über das Bild eines dezentralen Netzwerkes von Auseinandersetzungen laufen (Foucault 1988a: 113). Die Verbindung von dezentralen Machtbeziehungen verleug-

»Und wie der Staat auf der institutionellen Integration der Machtbeziehungen beruht, so kann die strategische Codierung der Machtbeziehungen zur Revolution führen« (Foucault 1988a: 118).

Mithilfe von ›Disziplinarmacht‹ und ›Normalisierung‹ werden Machtbeziehungen im Regierungshandeln gelenkt, was sich auch in die Handlungsweisen des Selbstregierens hineinzieht:

»Während es sich bei ›Disziplinarmacht‹ um disziplinäre Techniken des Individuums und die Einhaltung einer vorgegebenen Norm, an der die Individuen gemessen und differenziert werden, handelt, steht bei der ›Normalisierung‹ [...] eine Sicherheitstechnologie im Zentrum der Machtinterventionen. Sie erstellt die flexibel-dynamische Norm aus der empirischen Streuung von Merkmalen, die [...] ein Feld der Normalität, der Standardabweichungen und der extremen Abweichungen bildet.« (Bublitz 2014)

Der rekonstruierende Blick auf die Neue Frauenbewegung zeigt bei beiden beschrittenen Wegen deutliche Ambivalenz, sowohl beim Versuch, Inhalte der Bewegungspolitik in bestehende Institutionen einzubringen, als auch beim Versuch, eigene autonome Institutionen zu gründen und – von den Rändern her – auf Verhältnisse einzuwirken. Die vorliegende Auseinandersetzung greift dies auf im Versuch differenzierend zu arbeiten, um eine holzschnittartige Einteilung in ›gelungene‹ oder ›gescheiterte‹ Institutionalisierung – beziehungsweise Etablierung von feministischen Anliegen – zu hinterfragen. Bisherige Studien zur Neuen Frauenbewegung zeigen zwar eindrucksvoll inwieweit Provokationen der Aktivistinnen als Einwirken auf institutionelle Prozesse durch die Öffentlichkeit wahrgenommen wurden (vgl. Schulz 2002; Silies 2010; Zellmer 2011; Dehnavi 2013), doch mangelt es noch immer an differenzierenden Einschätzungen, um das ›Sowohl-Als-Auch‹ der Veränderung im Wirken der Neuen Frauenbewegung aufzuzeigen. Denn obgleich die Neue Frauenbewegung gesellschaftliche Veränderung bedingt hat, muss das Drängen feministischer Aktivistinnen in Öffentlichkeiten als mehrdeutig, ambivalent und dialektisch verstanden werden.

Mithilfe von Foucaults Perspektive auf die Herausforderung bestehender Verhältnisse durch ›Gegen-Verhalten‹ wird theoretisierend auf die Haltungen und Handlungen der Aktivistinnen geblickt. Dazu gehört auch ein genauerer Blick auf die Ebene der Ideation, die den Aktionsformen zugrunde gelegt wurde. Die ideational-interpretative Sphäre von sozialen Bewegungen oder ihrer Gruppierungen beschreibt Johnston als ein Konglomerat aus Werten, Interessen, Handlungsmotivation, Glaubenssätzen und *Framing* – also die je eigene Deutungs- und Handlungsrahmenbestimmung – sowie identitätsstiftenden Elementen und theoretisch-ideologischen Setzungen (vgl. Johnston 2014: 3–10).

Dazu wird hier die Perspektive der Aktivistinnen der sozialen Bewegung selbst aufgegriffen und die Ambivalenz des aktivistischen Handelns in Bezug zu Institutionalisierungsversuchen feministischer Politiken gesetzt. Um zu vermeiden, dass die Aushandlung zwischen ›Bewegung‹ und ›Institution‹ in der vorliegenden Arbeit zu simplifiziert

net er nicht, wobei er den Begriff ›Machtnetz‹ nutzt (vgl. Foucault 1988a: 117). Dennoch ist Macht weder monolithisch bei Foucault noch stets frei für reziproke Ausgestaltung (vgl. hierzu auch Bublitz 2014).

gerät, wird insbesondere nach der aktivistischen Sichtweise zur Frauengesundheitsbewegung selbst gefragt. Mit dem Blick auf reflexive und bilanzierende Elemente wird einbezogen, welche Möglichkeiten der Machtausübung institutionell eröffnet oder begrenzt wurden im Alltagshandeln der Aktivistinnen. Als Interviewstudie mit Expertinnen der Zeit oder des Zeitgeschehens steht die Retrospektive der Aktivistinnen auf eigene Aktion und Wirkung des politischen Engagements im Mittelpunkt. Theoretische Ansätze zu Macht, Herrschaft und Gesundheit werden aufgegriffen, um die Aussagen der Interviews in einen geeigneten analytischen Deutungsrahmen zu setzen. Die methodischen Überlegungen und Vorgehensweise des Forschungsvorhabens werden in Kapitel 2 vorgestellt, wonach in Kapitel 3 der theoretische Rahmen abgesteckt wird. In Kapitel 4 erfolgt eine historiographische Rekonstruktion der Verbindungslinien zwischen US-amerikanischer und bundesdeutscher Frauengesundheitsbewegung im Rahmen der Neuen Frauenbewegung. Im Zentrum der Kapitel 5 bis einschließlich 8 stehen die Retrospektivschilderungen der befragten Aktivistinnen des FFGZ Berlin, die im historisierenden Zusammenhang näher betrachtet werden. Hierdurch werden Zeitabschnitte der Einrichtung gegeneinander abgegrenzt und jeweils charakterisiert, damit die Eigenheiten der Phasen des FFGZ als Teile einer quasi-institutionellen Biografie dieses Beratungszentrums nachvollziehbar werden. Besonders da sich die aktivistische Besetzung der Akteurinnen im Verlauf der Jahrzehnte gewandelt hat, sollen damit die phasenbedingten Akzentuierungen der Einrichtung veranschaulicht werden. Kapitel 9 wird abschließend als Fazit die thematischen Stränge aufgreifen und zusammenführen, um zentrale Erkenntnisse der vorliegenden Betrachtung zu bündeln.