

## **9. Vergegenwärtigung von Vergangenheit – ein vorläufiges Fazit**

---

Rückblickend auf die vorliegende Betrachtung können Aspekte des politischen Handelns von Aktivistinnen der Frauengesundheitsbewegung systematisiert werden, die sich beispielhaft in einem kleinen Gesundheitszentrum wie dem FFGZ Berlin zeigen. Das FFGZ, das seine Anfänge in den 1970er Jahren hatte und durch frauenpolitisch bewegte Aktivistinnen gegründet wurde, weist etliche Aspekte von Veränderung auf, doch zeigt es auch thematische Persistenz angesichts der zurückliegenden Jahrzehnte. Die Einrichtung wird hier zum Gegenstand eines Forschungsblicks gemacht, der die Jahrzehnte der Arbeitsweise und dabei auch die Gruppe auslotet, die für die Gestaltung des Zentrums verantwortlich gewesen ist. Aus historisch-soziologischer Perspektive werden die durch Erzählungen der Aktivistinnen verdeutlichten Vorgänge im Zentrum als Phänomene ihrer Zeit begriffen und als solche gesellschaftspolitisch gedeutet. Die Annäherung an den Forschungsgegenstand FFGZ verlief in der vorliegenden Betrachtung zaghaft und fast behutsam, indem nach einer theoretischen Rahmung und Explikation der methodischen Vorgehensweise zunächst ausführlich das politische und historische Terrain abgesteckt wurde, auf dem das FFGZ bislang agiert hat. Der Binnensicht des Zentrums wurde mit den Erzählungen der interviewten Aktivistinnen Raum eröffnet. Hiermit wurde die Perspektive einer Forschung eingenommen, die Zeitgeschichte von Protestbewegungen als politisch relevant begreift und den Akteur:innen durch Anerkennung ihrer Perspektive den Status von (politischen) Subjekten zugesteht. Im Mittelpunkt der Betrachtung stand hierbei, welche Kritik aus der Frauengesundheitsbewegung – exemplarisch am FFGZ Berlin erläutert – heraus artikuliert wurde und inwiefern diese als Politikum gefasst werden kann. Dies lässt auch insgesamt Rückschlüsse auf das Politikverständnis der befragten Aktivistinnen zu, die im Folgenden zusammengefasst werden.

Für die hier betrachtete Frauengesundheitsbewegung der Bundesrepublik schien es in besonderem Maße erforderlich, grundständige historische Forschung durchzuführen und eigens mittels Interviews eingeholte Erzählungen von Aktivistinnen in den Mittelpunkt der Rekonstruktion des FFGZ Berlin zu stellen, auch da – wie anhand der Darlegung des Forschungsstandes verdeutlicht werden konnte – die schriftlichen Hinterlassenschaften der Bewegung teils mit mehrdeutigen Aussagen arbeiteten und

sich dies anhand von Missverständnissen in der bisherigen Forschungsdiskussion verzerrend niederschlug. Die vorliegende Betrachtung versteht sich demnach auch als Plädoyer für differenzierende Betrachtung zum Erhellen von unbeleuchteten Aspekten. Dies galt und gilt ebenfalls für begriffliche Setzungen wie ›Neue Frauenbewegung‹, ›Selbstbestimmung‹ und ›Herausforderung‹, die kritisch diskutiert worden sind, bevor insgesamt eine Einschätzung zum FFGZ Berlin eröffnet wurde. Dadurch sollte auch vorab aufgezeigt werden, inwieweit gerade die Sicht und Deutungsweise von Akteurinnen dieser Bewegung selbst ein eigenes Forschungsdesiderat darstellen, zu denen bislang vereinzelt oder missverstandene Äußerungen kursieren. Zur Frauengesundheitsbewegung finden sich in der Geschlechterforschung Missverständnisse und Zerrbilder, die differenzierende Deutungsmöglichkeiten zu den Anliegen und Aktionsformen der Bewegung begrenzten. Insofern ist die vorliegende Arbeit auch als Plädoyer dafür zu verstehen, dass die Aktionsformen und (politischen) Ziele dieser sozialen Bewegung genauere Betrachtung und Relektüre erfahren sollten. Ein Quellenstudium erschien in diesem Kontext angebracht, wodurch mit der Erhebung von mündlichen Quellen durch Interviews Perspektiven zum Gesundheitszentrum eingeholt wurden, die sich aus den Schriftquellen nicht ergeben hätten.<sup>1</sup>

Somit können Tendenzen aufgezeigt werden und zur differenzierteren Wahrnehmung der Frauengesundheitsbewegung beitragen. Dass das FFGZ als eine Gruppierung unter vielen weiteren anerkannt werden muss, ist anhand des historisierenden Kapitels 4 aufgezeigt worden. Insgesamt wurde der Blick auf Elemente von Wandel und Persistenz im FFGZ, darüber hinaus aber auch in der Frauengesundheitsbewegung, gerichtet, die in einem Fazit zur vorliegenden Betrachtung systematischer benannt werden können. Gleichzeitig muss ein Fazit, das die Betrachtung abschließt, ein vorläufiges bleiben, da das Zentrum, das im Fokus steht, ein nach wie vor existierendes Phänomen ist und sich die weitere Entwicklung der bundesdeutschen Frauengesundheitsbewegung (noch) nicht absehen lässt.

Der eingenommene Blick auf Wandlungen in der Vergangenheit des FFGZ bedeutet einerseits zu benennen, welche zentralen inhaltlichen und organisatorischen Punkte sich in den Erzählungen der Aktiven in jüngeren Jahren bis 2015 anders darstellten als bei den Schilderungen aus der Gründungszeit des Zentrums von 1974. Beharrlichkeit im Sinne der Beibehaltung von Inhalten lässt sich aber bei allem Wandel aufzeigen, so dass es noch möglich ist, trotz aller Veränderungen von ein und derselben Einrichtung zu sprechen. Die Historisierung bedeutet hier demnach nicht, eine bestehende zentrumseigene Chronologie wiederzugeben, sondern vielmehr, dass eine zeitliche Achse dazu herangezogen wurde, Aussagen der befragten Aktivistinnen zur Arbeitsweise und internen Prozessen des Gesundheitszentrums chronologisch zu ordnen. Dies spielte hinsichtlich des axialen Codierens der erhobenen Erzählungen grundlegend eine Rolle. Für das Engagement der Aktivistinnen ergaben sich hierdurch abgrenzbare Zeitphasen der FFGZ-

<sup>1</sup> Da die vorliegende Arbeit keine abschließende Betrachtung darstellt, muss darauf verwiesen werden, dass die weitergehende Erhebung von mündlichen Quellen sowie die ausführlichere Arbeit an Schriftquellen dieser Bewegung vielversprechend erscheint, da in der Vielzahl der Dokumente noch Inhalte verborgen liegen, die im Rahmen der vorliegenden Betrachtung nicht bearbeitet wurden.

Geschichte. Die grobe Klassifikation zwischen ›früher‹ und ›heute‹ wurde durch die Sicht auf mehrstufige Veränderungsprozesse differenziert. Andererseits wird von einer – aus Akteurinnensicht historisch der Vergangenheit zugehörig attribuierten – ›Anfangszeit‹ sowie einer hier von separat zu betrachtenden ›Gegenwart‹ zum Zeitpunkt der Befragung ausgegangen. Dies drückte sich in den aktivistischen Perspektiven aus, da die Befragung auch eine bilanzierende Reflexion zur größeren Frauengesundheitsbewegung beinhaltete. Dennoch ist der historisierende Blick auf das FFGZ auch ein Instrument, um qua Kontextualisierung und Kontrastierung von Veränderungen die politisch-inhaltliche Persistenz dieser Einrichtung innerhalb der Frauengesundheitsbewegung zu konturieren.

Es kristallisierte sich heraus, dass vier zentrale Phasen voneinander abgegrenzt werden können, die zwischen der Gründung der Gruppe im Jahr 1974 und dem Jahr 2015 das Engagement und die Arbeitsweise der Mitwirkenden im FFGZ kennzeichneten. In vier Dekaden eingeteilt können somit Ereignisse der FFGZ-Historie abgegrenzt werden. Diese Abgrenzung verlief nicht anhand der zentrumseigenen Chronologie, die sich an zentralen ›Errungenschaften‹ wie verliehenen Preisen und Ehrungen orientiert, sondern an den Wandlungen in der Arbeitsweise, der die Aktivistinnen selbst nur wenige Zeitpunkte für Umbrüche, sondern vielmehr Übergangsphasen attestierten. Wechselhaftigkeit der Gruppe, des Miteinanders und der Arbeitsweise hat im Laufe jener Zeit – so eine Erkenntnis der vorliegenden Arbeit – deutlich abgenommen, so dass sich Arbeitsabläufe als Beratungsstelle und Ort des Erarbeiten von professionalisierten Fachpublikationen routiniert haben. Auch wurde, wie gezeigt werden konnte, eine Gruppenkontinuität etabliert, indem u.a. interne Abläufe von Entscheidungsprozessen stringenter konzipiert wurden und letztlich ein kleines Leitungsteam etabliert wurde, das mit zusätzlich angegliederten Mitwirkenden arbeitete. Dafür war ein Prozess der schrittweisen Loslösung von der ursprünglichen Idee umfänglicher Basisdemokratie in internen Abläufen entscheidend. Losgelöst vom einstigen ›Alle-machen-alles-‹-Prinzip konnten organisatorische Vorgänge und Abstimmungen zu richtungsweisenden Entscheidungen präzisiert werden, obgleich grundsätzliche Entscheidungen nach wie vor in einem demokratischen Prozess entschieden werden sollten. Somit waren mehrere Elemente der internen Arbeitsweise des Zentrums im Wandel: Einerseits fand sukzessiv eine Abkehr vom Anspruch der thematisch-inhaltlichen Breite sowie der Ableitung, dass alle Beteiligten alle Themen des Gesundheitszentrums gleichermaßen abdecken können sollten, statt. Andererseits ging damit einher, dass mit schrittweiser Arbeitsteilung auch die Mitsprachebene der Mitwirkenden bei themenspezifischen Entscheidungen verringert wurde. Während zunächst alle Beteiligten auch alle anfallenden Tätigkeiten gleichermaßen übernehmen können mussten und im Umkehrschluss alle Mitwirkenden im FFGZ an allen Entscheidungen gleichermaßen beteiligt waren, konnten durch die arbeitsteilige Differenzierung Entscheidungen auch abhängig von Themenspezifität werden. Durch das Etablieren von Stringenz und Differenzierung in Koppelung zu neuer interner Entscheidungsformung wurden interne Prozesse zunächst durch Auseinandersetzungen, aber später durch etwa zwei Jahrzehnte in den aktivistischen Schilderungen von Kohäsion markiert.

Stringenz schien Herausforderungen zu beantworten, die sich durch die hohen Ansprüche hinsichtlich des eigenen basisdemokratischen Selbstverständnisses ergeben hatten. Aktivistinnen wie B2, B3 und C3 bedauerten diese Prozesse jedoch im Rahmen

der Interviews und begründeten ihr Bedauern mit damit einhergehendem Verlust von Verspieltheit und aus ihrer Sicht letztlich verringelter Lebendigkeit des FFGZ. Doch zeigte sich ebenso in der Gesamtschau der Interviews, inwieweit der Wechsel von Arbeitsprinzipien zur Verstetigung führte und damit auch dem Zweck von Handlungsfähigkeit nützte, den sich etliche Aktivistinnen erhofft hatten. Zeitgleich verschob sich die Arbeitsweise im Laufe der Zeit weg von gänzlich unbezahlter Arbeit hin zu entlohnter oder zumindest teil-entlohnter Arbeit. Hiermit einher ging die Neuausrichtung des FFGZ als Beratungsstelle, die neben Spendengeldern und Einnahmen aus dem Vertrieb eigener Publikationen durch öffentliche Mittel finanziert wird. Durch diese Veränderung kamen Herausforderungen in der internen Ausrichtung und Aufendarstellung auf die Mitwirkenden des Zentrums zu, da die Existenz als Anlaufstelle für Frauen von der lokalen öffentlichen Förderung abhängig wurde, die regelmäßig neu beantragt und erstritten werden musste. Hierzu benötigte es konzeptuelle Anträge, Tätigkeits- und Rechenschaftsberichte sowie respektable Aufendarstellung der eigenen Arbeitsweise. Ein zusätzliches Element von Wandel war die Neufindung von Zeitstrukturen im Zentrum selbst, die sich aufzeigen lässt. So fanden neue Grenzziehungen Einzug im Laufe der Jahrzehnte, mit denen sich Arbeitsphasen deutlicher voneinander abgrenzen ließen im Engagement der Mitwirkenden vor Ort. Hierdurch wurde ehrenamtliche Arbeit von entlohnter Arbeit abgegrenzt durch die Zeit, die für entlohnte Arbeit verwendet und geltend gemacht wurde. Dies kam einer konturierten Grenzziehung zwischen Erwerbs- und Freizeit näher als in den ersten Jahren des Zentrums.

Hieraus ergab sich, dass Zeitphasen des ›frühen FFGZ‹ eingegrenzt wurden auf die Zeitspanne ab 1974 als Gründungsphase und bis zum Bezug der ersten FFGZ-eigenen Räumlichkeiten in Berlin-Lichterfelde 1977, mit denen die Aktivistinnen die Existenz als Anlaufstelle im Sinne eines eigenen Gesundheitszentrums mit festen Räumlichkeiten und Sprechzeiten beanspruchten. Diese Zeitspanne umfasst Aktivistinnen, die als ›Erste Generation‹ der Einrichtung verstanden werden können. Da im Zeitraum 1976/77 die ersten umfassenden personellen Wechsel in der Gruppe stattfanden und die eigene Zeitschrift *Clio* als regelmäßige Publikation einen Hauptfokus des Aktivismus ausmachte, wird innerhalb der vorliegenden Arbeit für die Jahre 1977 bis 1985 von einer eigenen ›Generation‹ des Aktivismus ausgegangen, die quasi als ›Zweite Generation‹ der Einrichtung verstanden werden kann. Ab 1985 dann, als das FFGZ bereits einen Umzug in neue Räumlichkeiten in Berlin-Kreuzberg durchlaufen hatte und weitere personelle Wechsel anstanden, wird von einer weiteren ›Generation‹ der FFGZ-Aktivistinnen ausgegangen, die gleichsam prägend war für die Jahre 1985 bis 1995 und im Rahmen der vorliegenden Arbeit auch als ›Übergangsgeneration‹ verstanden wird. Diese Generation von Aktivismus war es, die die neuere Zeit des FFGZ prägend vorbereitete. Dabei wurde vermittelt zwischen den ersten beiden Generationen der ›Vergangenheit‹ sowie der späteren Generation, die in den Interviews beschrieben wurde.<sup>2</sup> Hierdurch ergibt sich für die Jahre 1985 bis 1995 ein Hilfskonzept einer den Übergang prägenden Generation ›Mitte‹. Ab 1995 bis 2015 gab es kaum Wechsel unter den Aktivistinnen des dann etablierten Leitungsteams der Einrichtung, so dass hierfür von einer Generation zum Zeitpunkt der Befra-

2 Die spätere Generation des FFGZ hatte in der vorliegenden Arbeit Bezug zum Zeitpunkt der Befragung, also bis in die Jahre zwischen 2012 und 2016 aktiv.

gung ausgegangen wird. Da sich die befragten Aktivistinnen bereits vor 1995 im FFGZ engagiert hatten, findet dieser Tage ein neuerlicher Generationenwechsel vor Ort im Zentrum statt<sup>3</sup>, der jedoch für die vorliegende Arbeit nicht thematisiert wurde, da allein die historischen Zusammenhänge der Vergangenheit vor 2015 aufgegriffen und beleuchtet werden sollten.

Sowohl bei der Durchführung als auch bei der Auswertung der Befragung von Mitwirkenden lag das Hauptaugenmerk auf zentralen Verschiebungen und Wandlungsprozessen der Arbeitsweise im Zentrum. Hierzu wurde auch das Verständnis der Aktivistinnen zu zentralen Begriffen und Konzepten wie Selbstbestimmung, politischem Aktivismus und frauenzentrierten Protestformen im Sinne des foucaultschen *Contre-conduite* beleuchtet, das sich in der Positionierung der Interviews artikuliert. Angesichts des Wandels von Begriffen und Konzepten zu ›Gesundheit‹ sowie des Wandels der medizinischen Versorgungsstrukturen und der diskursiven Veränderungen innerhalb der Gesundheitspolitik als größerem Rahmen, in dem sich das FFGZ als Akteurin bewegt, konnte dabei festgehalten werden, dass es eine diskursive Verschiebung hin zu mehr ›Eigenverantwortung‹ und ›Selbstbestimmung‹ auf dem größeren politischen Terrain gegeben hat. Die Aktivistinnen des FFGZ beobachteten dies über die Generationen hinweg kritisch und setzten sich aktiv mit der eigenen Positionierung dazu auseinander, als Stimme aus der Frauengesundheitsbewegung im Diskurs zu Körper und Gesundheit. Der hohe Grad an Reflexion und Selbstkritik auch zum Wirken in Diskursen kann als ein Befund der vorliegenden Arbeit festgehalten werden, der sich in der Gesamtschau der Interviews konturieren ließ.

Gleichsam gab es Wandlungsprozesse der Medizin, was sich auch auf Verschiebung von Gegnerschaft auswirkte. Auch da es in der Gesundheitsversorgung ab den 1980er Jahren tendenzielle Aufgeschlossenheit gegenüber Selbsthilfegruppen sowie der Diskussion von teil-partizipativen Interaktionsformen im Behandlungsprozess gegeben hat, die im Sinne der Frauengesundheitsbewegung gewesen sind, ließ sich keine ultimative Grenzziehung beibehalten. Auch die ansatzweise Öffnung medizinischer Fachdiskurse gegenüber Stimmen der Frauengesundheitsbewegung lässt sich beispielsweise in Gremien der Weltgesundheitsorganisation aufzeigen, die jedoch – so diagnostizierten es Kritikerinnen im FFGZ – auch eine Pseudo-Reformierung älterer Strukturen darstellen konnte. Die Aktivistinnen äußerten sich gleichsam enttäuscht darüber, dass maßgebliche Autoritätsstrukturen und Hierarchien innerhalb der Profession Medizin aufrechterhalten und gefestigt worden seien, ganz entgegen aller scheinbaren Demokratisierung und Ermutigung von Selbsthilfe. Ebenfalls sei es nur eine scheinbare Progressivität, wenn ›Selbstbestimmung‹ und ›Eigenverantwortung‹ der Individuen als Schlagworte auf der Ebene von Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens auftauchen. Dies korrespondiert mit Einschätzungen von Theoretiker:innen der Wohlfahrtsstaatlichkeit, denn vor allem vor dem Hintergrund von Kostenersparnis sei die Eigenverantwortlichkeit von Individuen diskursiv aufgegriffen worden (vgl. Lessenich 2013). Dabei seien Prinzipien der Vermarktlichung von Gesundheitsangeboten im Rahmen eines Wandels des ›Sozialen‹ als neue Konstante der Gegenwart integriert worden (vgl. ebd.). Innerhalb dessen, was Lessenich u.a. als ›neosoziale‹ Konzepte bezeichnen

3 Vgl. <https://www.ffgz.de/ueber-uns/team/>; zuletzt besucht am 20. November 2021.

würde, finden sich gleichsam alle Elemente vermarktlicher Gesundheitsvorsorge, die hauptsächlich präventive Gesundheitsmaßnahmen fördern, während wohlfahrtsstaatlich organisierte Versorgung und Behandlung ökonomisierenden Prinzipien unterliege und nach Dringlichkeiten sowie finanziellen Obergrenzen der Leistungsauszahlung gestaffelt werde. An genau diese Elemente jedoch richtet sich Kritik aus dem FFGZ heraus, wenn bestehende Schieflagen in Gesundheitspolitik und Gesundheitsverwaltung thematisiert werden. Diese Kritik lässt sich als Strang der inhaltlichen Persistenz in der Arbeitsweise des FFGZ-Aktivismus der betrachteten Jahrzehnte markieren, wenngleich sich die Artikulationsformen hin zu weniger provokativen oder vermittelnden Formen der Öffentlichkeitsarbeit gewandelt haben.

Kritiker:innen thematisieren eine Ambivalenz von Gesundheitskonzepten, die vor allem in der Individualisierung von Anliegen und Zielen sowie semantisch-terminologisch im Kontext von Selbstbestimmung zutage trete. Dies wird aber innerhalb des FFGZ nicht unkritisch getragen, wie in der vorliegenden Arbeit konturiert werden konnte, sondern auch reflektiert. Gegenüber dem Konzept der Gesundheitsförderung als ambivalentem Erfolg der gesundheitlichen Selbsthilfebewegung(en) mit Verankerung im Rahmen der Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nahm das FFGZ beispielsweise insgesamt zwei sich abwechselnde Positionen ein. Einerseits wurde Gesundheitsförderung als Rahmen genutzt, um die eigene Arbeit für Interessierte zu erklären, andererseits wurde die Auslegung von Gesundheitsförderung als diskussionswürdig kritisiert. Beide Ansätze fanden Niederschlag in den Äußerungen der Aktivistinnen im Rahmen der Interviews. Daher wird im Folgenden noch ein Blick auf die Grundspannung innerhalb dieses Konzeptes geworfen, bevor die Betrachtung des FFGZ rückblickend noch einmal aufgegriffen und diskutiert wird, um weitere Befunde der Betrachtung aufzuzeigen.

Gesundheitsförderung wird seit der *›Ottawa-Charta‹* der WHO von 1986 als zentrale Richtlinie für die staatliche Organisation von Gesundheit vorgesehen. Dies beinhaltet die Arbeit auf prinzipiell zwei Ebenen: Einerseits soll eine stärkere Befähigung der Individuen zum Entwickeln und Aufrechterhalten der eigenen Gesundheit durch Informationsprogramme, Aufklärungskampagnen und Gesundheitserziehung gefördert werden, andererseits soll aber auch staatlich dafür gesorgt werden, dass Individuen in die Lage kommen, dieser Erwartung nachzukommen. So heißt es beispielsweise:

»Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden.« (Ottawa-Charta 1986, Punkt *›Voraussetzungen für die Gesundheit‹*)

Die *›Ottawa-Charta‹* gilt in den Kreisen Neuer Sozialer Bewegungen als Erfolg der Bestrebungen, Inhalte und Forderungen der Selbsthilfebewegungen der 1970er Jahre zu institutionalisieren. Doch dass dieser Erfolg ein zumindest ambivalenter ist, zeigt sich anhand von Aspekten, die Mehrdeutigkeit in der Umsetzung dieser Richtlinien durch die jeweiligen Staaten ermöglichen. Es ist nicht festgehalten, in welchem Umfang staat-

liche Institutionen für die Voraussetzungen für Gesundheit Sorge tragen sollten oder müssen. Da keine Maßstäbe oder Verpflichtungen mit den normativen Setzungen einhergehen, obliegt es den jeweiligen Staaten festzulegen, wer in welchem Maß und auf welchem Weg für Gesundheitsförderung zuständig ist. Dem gegenüber steht eine anvisierte hohe Beteiligung von Individuen beim Ziel des Erreichens von Gesundheit durch Gesundheitsförderung:

»Der Gesundheitssektor allein ist nicht in der Lage, die Voraussetzungen und guten Perspektiven für die Gesundheit zu garantieren. Gesundheitsförderung verlangt vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und den Medien. Menschen in allen Lebensbereichen sind daran zu beteiligen, als einzelne, als Familien und Gemeinschaften.« (Ottawa-Charta 1986, Punkt ›Vermiteln und vernetzen‹)

Hier wird einerseits eine ganze Liste von Sektoren aufgeführt, doch gleichsam wird deutlich darauf verwiesen, dass Menschen in sämtlichen Bereichen ihres Lebens zur Mitwirkung an Gesundheitsförderung aufgerufen sind, sowohl als Einzelpersonen, als Familien oder auch als Gemeinschaften (*communities*). Dieser Einbezug einer Anrufung von Individuen als Verantwortliche im Mitwirken am großen Ziel ›Gesundheit‹ bedeutet, dass hier der Fokus wegbewegt wird von möglichen Freiheiten der Individuen – etwa der Entscheidungsfreiheit, ob sie mitwirken *wollen* an diesem Prozess oder nicht – hin zu einer Verpflichtung aller Individuen im Mitwirken, und hierfür ist keine Ausnahme der Abweichung oder Verweigerung im Text der Charta vorgesehen.

Innerhalb des Ansatzes von Gesundheitsförderung in der ›Ottawa-Charta‹ gilt zunächst das Prinzip ›präventiv vor kurativ‹, was die Vermeidbarkeit von Krankheitszuständen vorsieht, indem einerseits Individuen Hilfe zur Selbsthilfe erhalten sollen und sich andererseits, wie bereits erwähnt, Individuen in entsprechenden Rahmenbedingungen wiederfinden sollen, die Gesundheitsförderung ermöglichen. Gesundheitserziehung wird für beide Bereiche als Mittel eingesetzt, da sich staatliche Gesundheitsvorsorge hierdurch kostengünstig umsetzen lässt und gleichsam staatliche Einrichtungen ›Hilfe zur Selbsthilfe‹ ermöglichen (vgl. Braun 2011a: 25). Da das Konzept der Gesundheitserziehung letztlich autoritär strukturiert sein kann und innerhalb einer eigenen Logik von ›Erziehung‹ mithilfe von zu erreichenden Zielen arbeitet, müsste mögliche Variabilität diskutiert und ausformuliert werden. Wenn letztlich ein Grundgefüge von konkreten Zielen gesetzt ist, gibt es starke Stringenz der Binnenlogik, die Gesundheitserziehung prägt. Denn wenn ein vom Individuum zu erwartender Kenntnisstand mit angegliederter Handlungslogik des Gesundheitshandelns als Ziel und beabsichtigtes Ergebnis bereits für die Beratung zugrunde gelegt wird, stellt sich die Frage, inwiefern es möglich ist für Beratungsstellen daran emanzipatorisch anzuknüpfen. Im Sinne gesundheitlicher Aufklärung sind Elemente von Gesundheitserziehung auch Instrumente von Gesundheitspolitik, die jedoch im Setting von unterstützender Beratung, dynamisiert werden durch den kritischen Blick auf die Kluft zwischen dem *Mitwirken-Sollen* und *Mitwirken-Wollen* von Individuen auf dem Weg zum Ziel ›Gesund-

heit. Implikationen von »Gesundheit« als Chiffre müssten dabei kritisch betrachtet werden.

Es müsste genauer betrachtet werden auf welchen Ebenen es für Beratungszentren zu Gesundheitsfragen möglich ist an Individuen heranzutreten und eben jene Autoritätsstrukturen zu reflektieren, die mit Gesundheitserziehung einhergehen können. Beratungszentren, die aus der Neuen Frauenbewegung heraus entstanden sind, beziehen sich auf das Ziel, eine emanzipatorische Ebene für Individuen als politisch handelnde Subjekte zu ermöglichen. Trotz dessen, dass die »Ottawa-Charta« durch Aktivist:innen der Neuen Frauenbewegung geprägt wurde, bleibt jedoch die Spiegelung der politischen Gehalte angesichts der inhaltlichen Rahmensetzung der Charta selbst ungewiss. Die Bestrebungen zur Bestärkung von Individuen sind im dortigen Prinzip von Gesundheitsförderung widersprüchlich verankert. Damit verbleiben die inhaltlichen Vorgaben der Charta in einer dauerhaften Dialektik zwischen Individuum und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die erst intentional zugunsten der Individuen ausgelegt werden müsste. Vordergründig erscheint das Programm progressiv-emanzipatorisch ausgerichtet:

»Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit gerichtet. Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmöglichstes Gesundheitspotential zu verwirklichen.« (Ottawa-Charta 1986, Punkt »Befähigen und ermöglichen«)

Neben der tendenziell ökonomisierenden Semantik, dass Menschen dazu befähigt werden sollten »Potential« zu verwirklichen, ist die Anlage der Befähigung von Menschen scheinbar emanzipatorisch und bereits mit Fallstricken versehen. Auf den ersten Blick erscheint es als seien hier mit der Beschreibung, »alle Menschen die befähigt werden« bestärkende Ansätze für Individuen angelegt. Doch dieses Versprechen der Befähigung zielt im Kern darauf ab, dass Individuen in die Lage versetzt werden sollen, Potenziale zu verwirklichen und ihre Chancengleichheit umzusetzen, was diese dann allerdings auch tun *müssten*, damit der Sinn des Anliegens der Charta aufgeht. Daher steckt hier eine Aufforderung in der Verkleidung der Befähigung. Im Konzept der Gesundheitsförderung geht demnach eine zentrale Forderung an Individuen einher, nämlich zum Mitwirken am Projekt »Gesundheit«. Individuen erhalten dabei also den Status derjenigen, für die Bedingungen geschaffen werden sollen, damit sie das eigene Tätigwerden aktivieren, um damit den Status der Mitwirkenden zu behalten. Im Punkt des Anliegens zur Befähigung und Ermöglichung dieser Mitwirkung sieht die Charta als Regelwerk jedoch vor, dass dies:

»sowohl Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen, die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten, als auch die Möglichkeit, selber Entscheidungen in Bezug auf ihre persönliche Gesundheit treffen zu können [umfasst]. Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit

beeinflussen, auch Einfluss nehmen können. Dies gilt für Frauen ebenso wie für Männer.« (Ottawa-Charta 1986, Punkt ›Befähigen und ermöglichen‹)

In der ›Ottawa-Charta‹ wird eine Brücke zwischen Utopien der Selbstermächtigung von Individuen und Grundanforderungen von Gesundheitspolitik gebaut, wobei dieser Versuch selbst zur Symbolpolitik wird, und zwar dadurch, dass die konkreten Maßnahmen, die notwendigerweise gesichert sein müssten – um Zugang und Entscheidungsmacht oder einen Subjektstatus der Individuen zu verankern – nicht genauer ausdifferenziert werden. Jene Maßnahmen, die hierfür konkret notwendig wären, werden zur Ausgestaltung den jeweiligen Staaten überlassen und es bleibt unklar, welche ›Faktoren‹ es sind, die ›Gesundheit‹ beeinflussen und somit verbindlich geregelt und ermöglicht werden müssten. In Verbindung mit der Konstruktion der in der Pflicht stehenden Individuen, zeigt sich hier schnell die Problematik möglicher Fallstricke eben jener Hilfskonstruktion. Zur Differenzierung drängt sich die Frage danach auf, welches Konzept von ›Gesundheit‹ politisch verhandelt wird. Es kann zudem darauf verwiesen werden, dass ›Gesundheit‹ hier potenziell zu einer Chiffre wird, die symbolisch verhandelt werden kann, ohne dass geklärt wäre, welche politischen Implikationen jeweils mit der Verwendung der Chiffre einhergehen können.<sup>4</sup>

Wenn es um Praktiken gesundheitsbewegter Feministinnen geht, können diese auch befragt werden darauf, ob und inwiefern sie machtvolle Symbolpolitik trugen. Dies kann etwa für Menstruelle Extraktion eingegrenzt werden, die nie hegemoniale Praktik der Gynäkologie wurde und dennoch besonders im Rahmen der Legalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen in den USA 1973 wirkmächtig wurde.<sup>5</sup> Es stellt sich

- 
- 4 Denn wie Brunnetts Studie zur ›Hegemonie symbolischer Gesundheit‹ (vgl. Brunnett 2009) zeigt, gibt es Anhaltspunkte, inwieweit gerade feministische Selbsthilfesätze an Grenzen gestoßen sind in der Sensibilisierung der Medizin als Disziplin und inwiefern Gesundheitspolitik aus sich selbst heraus die Hegemoniebildung hin zu einer Form vollzogen hat, die als ›neoliberal‹ und ›neosozial‹ bezeichnet werden kann. Dies spräche gegen die Annahme, dass frauenbewegte Selbsthilfe mehr Einfluss auf Gesundheitspolitik genommen habe als in symbolischer Form.
- 5 Eine Diskussion darüber, dass gerade subversive Praktiken wie die Menstruelle Extraktion auch gouvernemental ›gewendet‹ werden können, wäre an dieser Stelle ebenfalls angebracht. Die Frauengesundheitsbewegung hat diesen Zusammenhang bislang nicht diskutiert, auch da die Menstruelle Extraktion keine anerkannte Praktik im Gesundheitswesen wurde jenseits der Schwangerschaftsabbrüche in den *Feminist Women's Health Centers*. Doch unter Umständen von Kosteneinsparung ist es im Rahmen der Gouvernementalität gegenwärtiger Gesundheitspolitik dystopisch anzipierend möglich, dass aus der Forderung, Frauen sollten die Gesundheit in die eigenen Hände nehmen, eine Anforderung wird. Denkbar sind demnach Szenarien, dass Menstruelle Extraktion zwar gesetzlich zugelassene Praktik würde, doch dass – da es die kostengünstigste Variante von Intervention in den monatlichen Zyklus von gebärfähigen Frauen darstellt – schlicht alle anderen Regulationsmöglichkeiten als unzugänglich organisiert werden, wodurch Frauen auf sie zurückgreifen müssten, um unter Umständen eigene Gesundheit zu gewährleisten. Dystopien ließen sich vielfältig erstellen. Es könnte auch eine allgemeine Verfügbarkeitserwartung für menstruierende Frauen auf dem Erwerbsarbeitsmarkt eingerichtet werden, bei der die Menstruelle Extraktion gesetzlich zugelassen würde, auch damit Frauen ihre eigene Monatsblutung jederzeit einleiten oder kontrollieren, um der Anforderung von Verfügbarkeit für die Erwerbsarbeit zu gewährleisten. Gouvernementale Wendungen dieser oder ähnlicher Art müssten deutlicher diskutiert werden innerhalb der entsprechenden aktivistischen Kreise, auch um die Frage der Herrschafts- und

die Frage, wie weit frauenpolitisch inspirierte Selbsthilfepraktiken dabei als symbolhaftes Gesundheitshandeln integrierbar sein könnten in ›Aufklärung‹ im Sinne von Gesundheitserziehung, wenn beispielsweise über ›richtige‹ Ernährung und regelmäßige Selbstuntersuchung – im Sinne von Selbstüberwachung – gesprochen und gearbeitet würde und an welcher Stelle die Passung eingegrenzt wäre. Bisher kann festgehalten werden, dass die befragten Aktivistinnen, wie es sich in den Interviews und der Sichtung der Publikationen des FFGZ zeigt, Gesundheitserziehung zur Erweiterung der Kenntnis von grundlegenden körperlichen Zusammenhängen zwar einerseits befürworteten, diese jedoch mit ihrer Arbeit gezielt kritisch begleiteten. Diese Ebene von Kritik spiegelt sich in den Äußerungen der Aktivistinnen zum Verschaffen von Freiräumen gegenüber Anforderungen an Individuen. Dies kann in diesem Sinne als foucaultsches *Contre-conduite* für Individuen gegenüber den Anforderungen von Gesundheitshandeln und Selbststeuerung unter Handlungsdruck seitens gesundheitspolitischer Institutionen gedeutet werden, da Machtfragen zugunsten der Handlungsspielräume von Individuen in der persönlichen Auseinandersetzung einbezogen werden. Insofern fassten sich die befragten Aktivistinnen als Unterstützung für Suchbewegungen auf, die den Weisen des Regiertwerdens durch Bevormundung und Entmündigung die Bemächtigung von fachkundigen Individuen gegenüber stellten sowie Frauen als Subjekte in ihrer Eigenmacht des Handelns bestärken sollten.<sup>6</sup>

Die unterschiedlichen Formen von Gesundheitshandeln bedürften einer eigenen Diskussion und werden hier nur holzschnittartig wiedergegeben. Anhand der Interviews zum FFGZ Berlin zeigte sich, dass die Aktivistinnen zwar einerseits eine Expertise beanspruchen und vertreten konnten, diese jedoch nicht hierarchisch ausgeben, sondern in ein Beratungsgefüge mit offenem Ausgang einpassen wollten, in dem ratsuchenden Frauen als Gesprächspartnerinnen auf Augenhöhe begegnet wurde. Gerade die Hierarchisierung zwischen ›Wissenden‹ und ›Nicht-Wissenden‹, die seitens der Frauengesundheitsbewegung im klassischen medizinischen oder pharmazeutischen Setting ebenso kritisiert wurde wie die Festigung der Hierarchien zwischen ›Professionellen‹ und ›Laiinnen‹, sollte überwunden werden in einem Prozess der unterstützenden, aber nicht entmündigenden Interaktion.

Aktivistin E1 skizzierte das Beratungssetting des FFGZ, in dem zuvorderst ›Ruhephasen‹ adressiert werden im Angesicht von Handlungsdruck, Gesundheit durch die Individuen selbst herzustellen und auch angesichts der allgegenwärtigen medizinisch-pharmazeutischen Interventionsmöglichkeiten, insbesondere in Frauenleben. Frauenzentrierte Beratung wird dabei als Gegenpol der Entlastung von Handlungsdruck beschrieben, der Frauen als Individuen stets zur Herstellung der eigenen Gesundheit anhalte, und mit dem Frauen zum FFGZ kämen mit Diagnosen, die sie im medizinisch-fachlichen Feld erhalten haben. Hierzu wird auf übliche Beratungsfälle verwiesen, in

---

Regierungsverhältnisse zu klären, innerhalb derer gegenwärtige Proteste gegen Abtreibungsrestriktionen o.ä. organisiert und artikuliert werden.

6 Dies bildet sich auch frühzeitig im Rahmen der FFGZ-Zeitschrift *Clio* ab, in der sich neben Informationen zu ›gesunder‹ Ernährung im Sinne von Gesundheitsaufklärung und Gesundheitserziehung stets die Hinweise auf Auseinandersetzung durch Individuen finden, die sich der Bevormundung auch durch Gesundheitserziehung sperren (vgl. u.a. *Clio* Nr. 23, 1985; *Clio* 19, 1983).

denen Frauen als Patientinnen der eigenen gynäkologischen Fachpraxis beunruhigende Diagnosen erhalten und um eigenen Umgang damit ringen, beispielsweise bei Rückmeldung eines normabweichenden Testes auf Humanpapillomviren bei Vorsorgeuntersuchungen, der etliche Frauen als mögliche Vorstufe einer Krebserkrankung verunsichert. Ein normabweichender Test kann in diesem Fall sowohl Frühindikator für Zellveränderung als Ausgangslage für eine weitere Krebsdiagnose sein als auch eine regulär auftretende Zellveränderung. Inmitten einer verunsichernden Situation könnte im FFGZ eine Zäsur des empfundenen Handlungsdrucks erfolgen, mit der die Ratsuchenden zu eigenen individuellen Handlungsschritten aufgrund eigener Entscheidung in Ruhe gelangen.

Im Beratungsgespräch beim FFGZ könne – wie es Aktivistin E1 beschreibt – sondiert werden, welche Bedeutung dieser Normabweichung als Erstdiagnose zukommen kann. Dieser Sondierungsprozess komme in der regulären gynäkologischen Praxis zu kurz, da Beratungszeit immer weniger oder gar nicht abgerechnet werden könne und somit im Regelfall – der Ökonomisierung von Gesundheitsversorgung geschuldet – wegfallen. Dies sei ein Beweggrund von Frauen, um Beratung im FFGZ Berlin zu suchen. Hier kann aufgezeigt werden, dass – insofern Beratungselemente der Regelversorgung in zweckrational-ökonomisierten Abläufen zu kurz kommen – innerhalb des FFGZ die eigene Beratungsarbeit auch als Folge einer problematisierten Grundhaltung in Gesundheitspolitik gefasst wird. Wenn staatlich organisierter Gesundheitsversorgung Regierungshandeln zugrunde liegt, in dem Kostenersparnis unter konzeptueller Beteiligung von beratungsfreien, da vermeintlich selbstbestimmten, Individuen gedacht und umgesetzt wird, setzt die FFGZ-Beratung hier an, um Individuen zu bestärken, während die Aktivistinnen gleichsam sehen, dass der eigentliche Ansatz zur Veränderung eine umfänglichere Gesundheitsversorgung inklusive Beratungszeit wäre. Bei mangelnder Auseinandersetzung mit verunsichernden Diagnosen innerhalb medizinischer Prozesse kann sondierende Beratung – etwa mittels eines FFGZ – für Ratsuchende auf eigenem Weg bedeutsam werden, obgleich sie ein Element gesundheitlicher Versorgung für alle sein könnte im Sinne wohlfahrtsstaatlicher Konzepte. Verunsichernde Elemente von (medizinischer) Diagnostik nicht durch Beratungszeit auszugleichen, kommt aus Sicht der FFGZ-Mitwirkenden einer mangelhaften allgemeinen Gesundheitsversorgung gleich. Dieser gehen verunsicherte Individuen quasi notgedrungen im Privaten durch beispielsweise eigenständiges Aufsuchen von zusätzlicher Beratung – wie sie beim FFGZ angeboten wird – nach, um einen Ansatz zur eigenen Handlungsfähigkeit zu schaffen. Wenn hier der Blick auf die Gleichzeitigkeit des Wandels von Gesundheitspolitik gelenkt wird, erhellt sich ein scheinbar paradoxes Phänomen.

Brunnett zeigt auf, dass die Ausrichtung hiesiger Gesundheitspolitik der vergangenen drei Jahrzehnte auf Semantiken der ›Eigenverantwortung‹ und ›Selbsthilfe‹ der Individuen eng gekoppelt ist an veränderte Produktionsbedingungen des Postfordismus, mit denen neue Richtungen der Kostenersparnis im Rahmen von Public Health als New Public Management aufgetaucht sind (vgl. Brunnett 2009). Doch müsse gleichsam die Verwendung von ›Gesundheit‹ oder ›Gesundheitsförderung‹ im Rahmen von gegenwärtigen Richtlinien wie der ›Ottawa-Charta‹ als Verknüpfung von Diskursen zu Gesundheit gelesen werden (vgl. Brunnett 2009: 289ff.). Hierbei ist das Verwenden von zentralen Schlagworten aus den Selbsthilfebewegungen besonders diffizil, da diese mit neuem

Inhalt versehen und plakativ verwendet werden können, ohne dass dies auf den ersten Blick erkennbar würde. Dieses jedoch konnte – wie Brunnett verdeutlicht – erst stattfinden, nachdem das Schlagwort ›Gesundheit‹ institutionell zur Chiffre gemacht wurde, hinter der sich je nach Kontext abweichende Inhalte verbergen können. Die so zur kodierten Symbolik gewordene ›Gesundheit‹ ermöglicht es, auch von etablierten medizinischen Einrichtungen als zentrale Begrifflichkeit mit progressivem Bezug zur Veränderung oder Erneuerung aufgegriffen zu werden, ohne dass hier Protest von sozialen Bewegungen greife. Hintergrund dessen ist nicht zuletzt, dass die Begriffe der ›Selbstbestimmung‹ in Verbindung gestellt werden zur Umgestaltung von Abläufen. Dabei wird erst nach genauer Analyse ersichtlich, inwieweit gerade Frauengesundheit in ihrer Themenpezifik als Chiffre von symbolischer Gesundheit in den etablierten Institutionen – etwa bei Krankenkassen, Ärzteschaften, Pharmaindustrie – verhandelt wird.

Kritische Perspektiven hierzu kamen frühzeitig aus den Reihen des FFGZ Berlin, in dem bereits Ende der 1980er Jahre und wiederholt in den frühen 1990er Jahren die Implementierung von Gesundheitsförderung (*health promotion*) im Sinne der ›Ottawa-Charta‹ der WHO diskutiert wurde. So wurde beispielsweise innerhalb der zentrums-eigenen Zeitschrift *Clio*<sup>7</sup>, aber auch in anderen Publikationen darauf verwiesen, dass es eine Kluft gebe zwischen den progressiven Forderungen und Zielen der ›Ottawa-Charta‹ gegenüber der jeweiligen staatlich organisierten Umsetzung oder vielmehr Ausgestaltung dieser Richtlinien. Insgesamt finden sich in der *Clio*-Zeitschrift wiederholt kritische Auseinandersetzungen mit Konzepten der Gesundheitsvorsorge, Gesundheitskontrolle und Gesundheitsförderung. Kurz nach Verabschiedung der Charta wurde bereits aus den Reihen des FFGZ Berlin heraus kritisiert, dass Gesundheitsförderung konkret mit autoritär strukturierter Gesundheitserziehung einhergehe und dies die Spielräume einschränke, obgleich die ›Ottawa-Charta‹ die Handlungsbefugnisse von Individuen verstärken sollte:

»Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung bedingen ein dichtes Netz von Kontrolle, von Erfassung, Überwachung und epidemiologischen Studien, um das gewünschte Ziel, die Vermeidung von gesundheitsschädigendem Verhalten, zu erreichen. Gesundheitsförderung richtet sich an das Individuum. Dieses wird wohl zukünftig interdisziplinär und ganzheitlich von Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter usw. abgeholt und Richtung Gesundheit befördert. Immer mehr Personen werden in der Anstrengung ›Gesundheit‹ zum Risikofaktor. Wer krank wird, hat wohl etwas falsch gemacht.« (Schmidt 1989: 20)

Die pointierte Kritik an der Implementierung der besagten Charta seit den späten 1980er Jahren frappiert, da insbesondere die Schlagseite der Fokussierung auf Individuen zum politischen Ansatz geschärft wird. Dabei betont die FFGZ-Mitwirkende Schmidt in der zitierten Publikation, dass institutionelle Verantwortlichkeit für Gesundheit im Rahmen der staatlichen Sozialpolitiken vernachlässigt werde, während in semantischer Individualisierung eine Gefahr liege. Dem Individuum werde Gesundheitsförderung als Zuständigkeit zugeschoben, abverlangt und zugemutet, während sich institutionelle Ver-

7 Vgl. hierzu u.a. *Clio*-Zeitschrift Nr. 27 (1988), Nr. 28 (1988), Nr. 29 (1989) sowie insb. Nr. 39 (1994).

antwortung zur Ermöglichung nicht einfordern lasse. Im Fokus der Kritik stehen somit die gesundheitspolitischen Institutionen, die das Anliegen nach Demokratisierung der Charta nur scheinbar trügen, während sie tatsächlich darauf abzielten, strukturelle Ungleichheiten zu verfestigen. Gerade die Tatsache, dass die Charta *neben* den gesundheitspolitischen Institutionen auch Gemeinschaften, Familien, beziehungsweise alle Individuen in die Pflicht nehme, damit jene am Ziel der Gesundheitsförderung mitwirken müssten, ohne zu benennen, wer in welchem Maße Verantwortung für das Gelingen trage und in welchem Maß verantwortlich gemacht würde, wird seitens der Aktivistin hier kritisiert. Zum Schaffen der Bedingungen für gesunde Lebensweisen wird – wie bereits an anderer Stelle gezeigt wurde – in der Charta auf allgemeine Institutionen verwiesen, aber mit einem Konnex zu den Individuen. Gesundheit somit als Herstellungsleistung unter der Beteiligung von allen Individuen auf alltäglicher Ebene zu verorten, wird als problematisch markiert. Dies wird im zitierten Beitrag aus den Reihen des FFGZ adressiert und zusätzlich die Charta in ihrer Unbestimmtheit kritisiert, denn diese lasse offen, dass es Hierarchien und Machtverhältnisse gebe, die bei ihrer Umsetzung berücksichtigt werden müssten.

Innerhalb der Charta werden Individuen als durchweg präventiv agierend gedacht, was angesichts der pointierten Kritik aus den Reihen des FFGZ heraus auch als Problematik erkannt werden kann, da sich darin die Gefahr zeige, Prävention nicht als Anliegen, sondern als Anforderung auszustellen. Ohne dass deutlich wäre, welche Ableitungen hieraus erfolgen können angesichts institutionell verankerter Erwartungshaltung mit entsprechender Sanktion bei *Nicht-Einhaltung*, agieren Individuen schon potenziell schadhaft, wenn nicht allseitig präventiv Gesundheitsschaden abgewendet werde. Welche Rechte Individuen einfordern könnten, um Prävention von Krankheiten zu gewährleisten, wird offengelassen und dies wird aus dem FFGZ heraus im zitierten Beitrag kritisiert. Es verbleibe völlig unklar, wohin die Individuen sich wenden könnten, wenn sie sich krankmachenden Lebensbedingungen ausgesetzt sehen. Ebenfalls sei unklar, welche Anlaufstelle die Sicherung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen schaffen werde. Dass Machtfragen innerhalb der Charta hinsichtlich ihrer Umsetzung nicht gestellt würden, wird im zitierten Beitrag vehement kritisiert. So wird demgegenüber festgehalten, dass gerade die Macht der bisherigen bestehenden Institutionen als Hegemonie verfestigt werde, indem sie nicht zur Diskussion stände. Im Rahmen der Politiken seitens Institutionen wie Ärzteorganisationen und Krankenkassen, die in der Charta ausgeklammert blieben, sei dies deutlich aufzuzeigen, so Schmidt:

»So wird z.B. die Herrschaft der ÄrztInnen und Ärzteorganisationen nicht infrage gestellt. Im Gegenteil: Die Ärzte unter den Gesundheitsförderern streben eine Ausweitung ihrer Definitionsmacht auf alle Lebensbereiche an und fordern, daß künftig alle Politikfelder [...] die gesundheitliche Wirkung ihrer Maßnahmen ausweisen sollen. Nicht ausgesprochen wird, daß der Allzuständigkeit für staatliche Politik die Allzuständigkeit für die Kontrolle der individuellen Lebensführung folgt. Die einzelne Person würde die Gesundheitswirkung ihrer Lebensentscheidungen legitimieren müssen. [...] Was heißt es, wenn jemand sich gegen die verordnete Gesundheitspflicht sträßt? Beispiele aus den USA zeigen, dass Frauen, die einen Kaiserschnitt ablehnen, kurzerhand entmündigt und diese Operation zwangsweise durchgeführt wurde. [...] Auch die

Krankenversicherungen [...] zeichnen sich nicht durch das Bemühen aus, die eigenen Strukturen zu analysieren und zu verändern.« (Schmidt 1989: 21, Rechtschreibung i. Or.)

Hinsichtlich der Selbsthilfebewegungen wird angemahnt, dass diese nicht die zentralen Institutionen seien, die bei der Ausdeutung von Gesundheitsförderung zu Wort kämen, während medizinisch-pharmazeutische Institutionen und Einrichtungen der Gesundheitsverwaltung – wie Krankenkassen – demgegenüber zu stark berücksichtigt seien. So wird eine skeptische Haltung unterstrichen und auf die Notwendigkeit verwiesen, Machtverhältnisse insbesondere im Konnex von Gesundheitspolitik und Verwaltung zu analysieren. Im zitierten Beitrag wird auch die Warnung formuliert, dass über die Implementierung von Gesundheitsförderung Machtverhältnisse gefestigt werden könnten, die einer tatsächlichen Demokratisierung von Gesundheitsversorgung entgegenstünden. Im Zuge dessen wird die Arbeit des FFGZ Berlin als Beispiel für einen möglichen Gegenentwurf der Gesundheitsarbeit angesprochen, indem die Arbeitsweise als grundlegend demokratischer Ansatz qua Partizipation aufgezeigt und begründet wird. Mit Kritik als zentraler Perspektive, die der Arbeit zugrunde liege, wird eine gangbare Alternative zu anderen Einrichtungen skizziert. Die Beratungsarbeit der FFGZ-Mitwirkenden wird beschrieben als selbstreflexiv, wenngleich politisch. Insbesondere die der Arbeit zugrunde liegende Haltung wird erläutert, die insgesamt kritisch und machtreflektierend sei:

»Für unsere Arbeit im Feministischen Frauen Gesundheits Zentrum Berlin-West bedeutet das, daß wir Krankheit nicht als etwas Negatives betrachten – über das frau nicht spricht – sondern als Ausdruck von Verhältnissen. Wir unterstützen Frauen darin zu fragen, warum werde ich krank, was für eine Sexualität will ich leben und mit wem, wir hinterfragen sowohl schulmedizinische als auch sexuelle Körpernormierungen. Unser Ziel ist es, Abhängigkeiten und Kontrolle von Frauen durch das Gesundheitssystem aufzuzeigen und Frauen darin zu unterstützen, sich dem zu widersetzen, Fremddefinitionen eigene entgegenzusetzen und auch über Therapiemethoden zu entscheiden.« (Ebd.)

Hier zeigt sich etwas im Sinne von Foucaults Ansatz, Kritik sei erst eine solche, wenn die Herausforderung über das informationsorientierte Wissen-Wollen allein hinaus gehe und grundsätzliche Fragen der Macht stelle. Erst durch die Machtfrage sei Kritik eine Herausforderung des Bestehenden. Wie bereits dargelegt, zeigt Schneider auf, dass die Neue Frauenbewegung in ihren Forderungen – oder besser gesagt in Herausforderung der gesellschaftlichen Institutionen – mit dem Schlagwort ‚Selbstbestimmung‘ mehrdeutig war, je nach inhaltlicher Ausrichtung dessen, was mit dem Schlagwort jeweils gemeint war.<sup>8</sup> Die Machtfrage wurde im Rahmen der Forderung der Selbstbestimmung ge-

8 In der Argumentation von Aktivistinnen kam es, wie bereits in Kapitel 4 aufgezeigt, mitunter zu vieldeutigen Chiffren ‚Selbstbestimmung‘ oder ‚Gesundheit‘, wie es sich auch schon bei den Aktionen zum §218 in den 1970er Jahren zeigte. Bei der Differenzierung von Forderungen der Neuen Frauenbewegung und der parallel zu verzeichnenden sich verändernden Definitionen von Gesundheit als symbolische Chiffre, scheint ausgehend von der Bewegung gegen den §218 in den 1970er Jahren eine Forderung wie ‚Ob Kinder oder keine entscheiden wir alleine‘ abhanden gekommen zu

stellt, wenn es um Argumente im Sinne der Abwesenheit von Fremdbestimmung ging. Was sich hier im Zitat jedoch zeigt, ist eine unmittelbare Politisierung und Konkretisierung dessen, was im weiten Kontext der Neuen Frauenbewegung mehrdeutig sein konnte. Die FFGZ-Aktivistin Schmidt fokussiert im Zitat: Selbstbestimmung oder deren Abwesenheit lässt sich aufzeigen und adressieren, wenn Abhängigkeiten und Kontrolle von Frauen durch das Gesundheitssystem offen angesprochen und analysiert werden, die im Sinne von Fremdbestimmung die Lebenslagen von Frauen einschränken. Demgegenüber sollen Frauen im FFGZ Berlin unterstützt werden, um eigene Handlungsoptionen auszuloten.

Die individualistisch anmutende Forderung nach dem eigenen Bauch, welcher der *Frau* gehöre (»Mein Bauch gehört mir«) entstand, wie der historische Blick zeigt, einst aus einer humoristisch-parodistischen Zuspitzung der Proteste rund um Abtreibungsverbote und Schönheitsnormen gleichermaßen. Vor diesem Hintergrund war die Forderung »Baas in eigen buik« (dt. »Boss im eigenen Bauch«) der niederländischen Frauengruppe »Dolle Mina« das Ziel von Frauen, das Sagen im eigenen Bauch zu haben als Hauptbestimmungsinstanz (vgl. Nienhaus 1998: 107).<sup>9</sup> Die Arbeit des FFGZ Berlin, wie sie im zitierten Beitrag von Schmidt geschildert wird, scheint das Verständnis des Bosses im eigenen Bauch aufzugreifen und durch die Fokussierung auf die Machtverhältnisse die Orientierung anzustreben. Durch eine nähere Betrachtung der jüngeren Vergangenheit der Frauengesundheitsbewegung und der aus ihr heraus entwickelten Beratungsansätze könnte mittels weiterer Studien genauer eingeschätzt werden, inwieweit diese Verbindung der oben genannten argumentativen Ansätze der Neuen Frauenbewegung angestrebt wurde. Selbstbestimmung als mehrdeutige Forderung kann letztlich auch gegenwärtig sowohl soziales Anspruchsrecht sein als auch individuelle Verfügungsrechte adressieren sowie die Abwesenheit von Fremdbestimmung einfordern (vgl. Schneider 2003: 69–73). Dies müsste bei der genaueren Analyse von Beratungsangeboten und politischen Forderungen in die Betrachtung und Deutung einbezogen werden. Dies macht eine Einschätzung der politischen Implikationen von Beratungsarbeit im Sinne emanzipativer Ansätze von Selbstbestimmung letztlich komplex.

---

sein aus dem gesellschaftlichen Blick der Gegenwart. Die Parole »Mein Bauch gehört mir« scheint sich hingegen auf die Individualisierung von Menschen als passförmigere Chiffre verwenden zu lassen (vgl. Schneider 2003: 69–91; Villa 2011).

9 Die Hauptaktion der »Dollen Mina« mit Protest zur Legalisierung von Abtreibung unter Verwendung des Spruchs »Baas in eigen buik«, der auf die Bäuche der Aktivistinnen geschrieben, bei öffentlichkeitswirksamer Provokation entblößt wurde, lag im März 1970, vgl. <https://atria.nl/nieuws-publicaties/feminisme/feminisme-20e-eeuw/dolle-mina-tijdbalk/>; letzter Zugriff: 10. November 2021. Dies war die Vorlage und erst in der Adaption des deutschsprachigen Aktivismus wurde daraus der Slogan »Mein Bauch gehört mir«. Das eine bedeutet, Boss im eigenen Bauch zu sein, das andere verweist – wie die Forschungsliteratur aufzeigt – auf ein Besitzverhältnis, das die Grundlage für ökonomisierendes Verständnis darstellen kann (vgl. Duden 2010: 602). Beim Blick auf politische Parolen und deren Implikationen fallen Spezifika auf. Die Parole »Ob Kinder oder keine entscheiden wir alleine« bietet sich stärker für einen politischen Subjektstatus von Frauen an, während »Mein Bauch gehört mir« anschlussfähig für problematische Auslegungen und Verstrickungen von »Besitz«, »Eigentum« sowie einer Objektifizierung von Leib und Körper zu bleiben scheint, denn eine Entscheidungsmacht von Frauen wird dabei relativ undeutlich qua vermeintlichem »Besitz« suggeriert und vermittelt.

Veränderungen von Gesundheitsdefinitionen, die für die vergangenen Jahrzehnte skizzieren können und sich im Wechselspiel zwischen den Forderungen frauenbewegter Kreise und den internationalen Gesundheitskonferenzen – beispielsweise seitens der WHO, die in regelmäßigen Abständen Resolutionen mit Leitlinien verabschiedet – zeigen, sind ein Bereich, der noch ausführlicher beleuchtet werden müsste, um eine fundiertere Einschätzung zur Frauengesundheitsbewegung und ihrer Beratungszentren zu erarbeiten. Eine Problematik lässt sich aber schon anhand des zitierten Einwands von Schmidt aufgreifen, mit dem punktuell die Diskrepanz zwischen Intention und Implementierung der *›Ottawa Charta‹* verdeutlicht wird. Mit dem Fokus auf Gesundheitsförderung kann diese Charta sowohl als Erfolg von Protestaktivismus angesehen werden als auch gleichsam als Scheitern, da darin die Machtfrage ausgeklammert wurde mit fatalen Folgen in der Wirkung gegenüber der angestrebten Demokratisierung von Gesundheitsversorgung. Insgesamt zeigt sich damit auch eine inhaltliche Problematik im Gesundheitsdiskurs selbst, wenn das umfassende Gesundheitskonzept der WHO verwendet wird ohne genauer die darin liegenden ideologischen Setzungen auszudifferenzieren hinsichtlich ihrer politischen Implikationen. Es ist zumindest davon auszugehen, dass Frauengesundheitszentren der Neuen Frauenbewegung insgesamt diffizile Bedingungen vorfinden, um mit Begriffen von *›Gesundheit‹* und *›Krankheit‹* zu arbeiten, da sich die Ebenen der Optimierung von Gesundheit mit den Fragen nach Abwendbarkeit von Krankheit(en) vermengen. Hintergrund dessen ist auch die semantische Verschiebung, die es in der Gegenwart zunehmend erschwert, über Krankheit zu sprechen, da Gesundheit auf symbolischer Ebene als mehrdeutige Chiffre, als einlösbares Versprechen und zugleich als hegemoniale Anforderung verwendet wird (vgl. Brunnett 2009: 304f.)

In der Bezugnahme auf Selbsthilfe wird es der Frauengesundheitsbewegung damit gleichsam besonders erschwert über Gesundheits- und Krankheitszustände als Spektrum zu sprechen, da die argumentatorische Stärke der frauenbewegten Aktivistinnen von einst auch im Verweis auf die sozioökonomische Bedingtheit von Erkrankungen lag. Dies wird weniger benennbar aufgrund der diskursiven Verschiebung. Der gegenwärtige diskursive Rahmen erschwert die Thematisierung von Erkrankungen als durch äußere Verhältnisse und Strukturen bedingt, da *›Gesundheit‹* als individuelles und zugleich vermeintlich gemeinschaftliches Gut verhandelt wird, an dem die Individuen mitwirken, um es herzustellen oder zu erhalten. Das Normativ, das dem allgemeinen WHO-Gesundheitsbegriff innewohnt, wenn *›Gesundheit‹* als ein Zustand *›völligen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens‹* begriffen wird, wurde bereits ausführlich in Kapitel 3 diskutiert. Ein solcher Zustand ist selten bis nie durch Individuen zu erreichen, während die Individuen doch gleichsam spätestens seit der Implementierung von Gesundheitsförderungsangeboten stetig dazu angehalten werden, diesen Zustand als individuell erreichbar zu deuten, sowie sich in der Pflicht zu sehen, diesen Zustand für die Allgemeinheit herzustellen (vgl. Schneider 2003: 75). Frauen, so zeigt sich, sind im besonderen Maße der Erwartungshaltung von gesundheitspolitischen Institutionen ausgesetzt, wenn Gesundheit zur Sisyphusarbeit wird, während die *›Nicht-Gesundheit‹* zur überall lauernden *›Gefahr‹* wird, wodurch eine eigene Dynamik der individuellen Entscheidungswänge bedingt ist (vgl. Schneider 2003: 78).

Der Verweis auf die historischen Hintergründe dessen, was für Frauen als Genusgruppe und größerem Kollektiv zu Beginn der Frauengesundheitsbewegung an Begrenzungen und Fremdbestimmung bedeutsam war, bleibt als narrative Linie erhalten und unmittelbare Bezüge dazu finden sich in der Arbeit des FFGZ Berlin der Jahre 1974 bis 2015. Der Fokus blieb auch in späteren Jahren erhalten, wie sich in den Ausführungen von Aktivistinnen E1 und E2 aufzeigen lässt, die das Einfordern von tatsächlicher Entscheidungs- und Handlungsfreiheit für Frauen als Ansatz des FFGZ Berlin sehen. In diesem Sinne konnte das Einstehen für tatsächliche Handlungsfreiheit auch die Erweiterung von Wahlmöglichkeiten und Informationen bedeuten, die in anderweitigen Beratungssettings zu kurz kamen. Gleichzeitig wollte das FFGZ Berlin nie nur Beratungszentrum sein, sondern als mahnende kritische Stimme eine Verbesserung von Gesundheitsversorgung für Frauen insgesamt einfordern, damit diese größere Handlungsfreiheit – auch über das eigenständige Aufsuchen von individueller Beratung hinaus – bekämen. Dies kann als Teil des Narrativs politischer Haltung der Frauengesundheitsbewegung gedeutet werden. Durch den Blick zurück in die historischen Zusammenhänge, aus denen Forderungen nach ›Informiertheit‹ und ›Eigenständigkeit von Individuen‹ entstanden sind, wird deutlich, dass Informationsfreiheit nicht an sich als Ziel, sondern als Mittel zum Zweck zu größeren Spielräumen von handelnden Individuen gemeint waren. Die Fokussierung der Frauengesundheitsbewegung auf zu bestärkende Individuen kam auch aus wiederkehrenden Koalitionen mit Konsument:innenbewegungen heraus, bei denen ›Selbstbestimmung‹ als begrifflicher Minimalkonsens der koalierenden politischen Ansätze verstanden werden kann (vgl. Nelson 2015: 72).

So kann in der Betrachtung des FFGZ Berlin aufgezeigt werden, an welche Grenzen die argumentative Fokussierung auf Individuen stieß, wie es beispielsweise auch in den Einwürfen der Aktivistinnen B4 und D3 in den Interviews deutlich wurde. Beide Aktivistinnen kritisierten retrospektiv, dass die Arbeitsweise des FFGZ sich zu wenig auf konkrete politische Einflussnahme bezog und sich möglicherweise zu wenig von der normativen Aufforderung, Frauen sollten sich individuell um die eigene Gesundheit bemühen, abgegrenzt habe. Es geht dabei nicht darum eine Einschätzung zu den Beratungsinhalten des Zentrums selbst vorzulegen, sondern vielmehr ist es wichtig anzuerkennen, inwieweit sich in Schilderungen der Aktivistinnen selbst unmittelbare Bezugnahme auf die Politik der Frauengesundheitsbewegung findet und zugleich kritisch die eigene Arbeitsweise bilanziert wird. Da die Historisierung der Neuen Frauenbewegung und insbesondere der Frauengesundheitsbewegung gegenwärtig eine Forschungsbaustelle darstellt, die noch zu bearbeiten ist, bedarf es weiterer Studien, um fundierte und weiterführende Aussagen zu Beratungsinhalten und ihrer Progressivität in Vergangenheit und Gegenwart von Frauengesundheitszentren zu treffen. Bei der Frage nach Möglichkeiten der Einflussnahme auf Gesundheitsversorgung seitens politischer und sozialer Bewegungen hin zu ›tatsächlicher‹ Selbstbestimmung – wie es die Akteurinnen des FFGZ ausdrücken würden – muss Vorsicht geboten sein. Letztlich ist angesichts der Ausführungen auf mehrere Paradoxa hingewiesen worden, die Einschätzungen komplex machen. Es ist daher vielmehr zu hinterfragen, inwiefern von Einflussnahme seitens der Frauengesundheitsbewegung ausgegangen werden kann, wie sie in den Gesundheitswissenschaften teils vorausgesetzt wird (vgl. Kuhlmann/Kolip 2005: 37). Wenn Einflussnahme attestiert werden kann, so ist diese doch stets verlagert und vermittelt auszuma-

chen. In den zitierten Beiträgen aus dem FFGZ-Kontext wird bereits in den 1980er und 1990er Jahren darauf hingewiesen, dass sich die Prozesse des Aufgreifens von aktivistischen Forderungen seitens gesundheitspolitischer Institutionen machtasymmetrisch gestaltet hätten und dass dies mit Vorsicht beobachtet werden müsse. Hierdurch können progressiv intendierte Inhalte mit Fokus auf Individuen machtpolitisch gewendet werden, so dass eigenverantwortlich agierende Individuen vor allem den Institutionen von Gesundheitsverwaltung als Kostenersparnis zuarbeiten, während hingegen Lebensverhältnisse von Individuen in – vor allem deregulierter – Marktumgebung verschlechtert werden, wie es sich auch in der Kritik von Schmidt an der Implementierung der ‚Ottawa-Charta‘ zeige (vgl. Schmidt 1989).

Für eine Einschätzung von möglicher Einflussnahme seitens der Frauengesundheitsbewegung auf gesundheitspolitische Instanzen ist ein genauerer Blick in medizinische Fachdiskurse sinnvoll. Akteurinnen der Bewegung zielten darauf ab sich herausfordernd einzumischen, indem Medizin und Pharmaindustrie anhand ihrer eigenen Setzungen kritisiert werden sollten. Wie bei Ehmsens Studie zur Teil-Institutionalisierung der Neuen Frauenbewegung argumentiert wurde, lief die Einflussnahme einerseits über die Gründung autonom gedachter eigener Einrichtungen sowie durch politisierte Frauen, die in die Fachdisziplinen und bestehenden Institutionen drängten, um diese von innen heraus zu verändern (vgl. Ehmsen 2008). Das hier betrachtete FFGZ Berlin entstand im Zweig der sich als autonom konstituierenden eigenen Einrichtungen. Der andere Zweig derjenigen bewegten Frauen, die Disziplinen und bestehende Institutionen von innen – beispielsweise als Ärztinnen, Forschende oder Pflegepersonal – zu verändern suchten, müsste eigenständig genauer beleuchtet werden. Insbesondere das spannungsgeladene Gefüge zwischen frauenbewegten Aktivistinnen innerhalb der medizinischen Disziplin Gynäkologie und den Frauengesundheitszentren, die Positionen von Laiinnen gegenüber zertifiziert ‚Professionellen‘ zu überwinden suchen, müsste eigenständig und grundlegender erforscht werden. Die befragten Aktivistinnen des FFGZ deuten an, dass hier die Grenzverläufe beständiger Punkt der Aushandlung hinsichtlich Abgrenzung oder Solidarisierung darstellten. E1 verwies dazu im Interview auch auf Äußerungen von Ärztinnen innerhalb der Gynäkologie, die einerseits aufgeschlossen seien gegenüber einer Reformierung der Disziplin und dennoch die Aktivistinnen des FFGZ als ‚feindliche Schwestern‘ betrachteten (vgl. E1 00:08:46-8). Anhand derlei aktivistischen Äußerungen zur jüngeren Zeit lässt sich aufzeigen, dass die ideelle Beeinflussung von Akteur:innen innerhalb der medizinisch-pharmazeutischen Fachdisziplinen für die Mitwirkenden autonomer Projekte der Frauengesundheitsbewegung nicht verbrieft war und sich diskursive Grenzverläufe zwischen zertifiziert medizinisch ‚Professionellen‘ und ‚Laiinnen‘ auch in die jüngere Vergangenheit hinein abzeichneten.

Theoretische Ansätze wie jene von Foucault eignen sich besonders zum Erfassen des Gewordenseins medizinischer Diskurse einerseits und ermöglichen es andererseits, die Grenzen von Kritik machttheoretisch zu reflektieren. Hilfreiche Instrumente bieten die Arbeiten von Foucault auch, weil es damit möglich wird die Etablierung des Konglomerats ‚Medizin‘ durch Wechselwirkung der Verfestigung von Institutionen nachzuvollziehen, die sich insgesamt als Gefüge von ‚Wissenschaftlichkeit‘ und ‚Professionalität‘ legitimieren. Für die Frauengesundheitsbewegung ist dies in besonderem Maße inter-

essant, da diese bei ihrer Kritik an der Grenze zwischen bis dato legitimer und illegitimer ›Erfahrung‹ und ›Erkenntnis‹ ansetzte. Durch historisierende Kontextualisierung von Prozesshaftigkeit der Frauengesundheitsbewegung entsteht somit auch Sensibilität für das ›Gewordensein‹ von frauenbewegter Kritik am Gesundheitswesen. Hinsichtlich der Integritätsbehauptungen von Professionalität seitens Pharmazie und Medizin konnte die Frauengesundheitsbewegung frühzeitig zeigen, dass sich die Definitionen von Allgemeinmedizin und an Medikamenten orientierter Forschung als einschränkend und entmündigend für Frauen entlarven ließen.

Mit Foucault betrachtet, zeigt sich somit, dass die Definitionen klinischer Erfahrungswerte von ›Wissenschaftlichkeit‹ im Zuge der sich etablierenden Medizin als Profession unter Ausschluss von anderen Erfahrungsebenen im Diskurs lief, so dass die konstatierte eigene Rationalität auch spezifische Blindheit gegenüber ergänzenden Einblicken bedingt (vgl. Foucault 1988: 13). Die Frauengesundheitsbewegung lief mit ihrer Kritik auch gegen Ausschlusskriterien medizinischer Rationalität an, indem Raum geschaffen werden sollte zur Artikulation von Erfahrung und Erkenntnismöglichkeit von Frauen als Individuen sowie zum Einfordern von Handlungsspielräumen von Frauen als Gruppe innerhalb von Gesundheitsversorgung. Der Expertise von ›Professionellen‹ wurde die Erfahrung von *kritischen Laiinnen* gegenüber gestellt und diese als valide Quelle von Information angesetzt, aufgrund derer sich die artikulierte Kritik gegenüber den sich selbst als professionell definierenden Instanzen entfaltete (vgl. Ruzek/Becker 1999: 4). Besonders gegenüber Diagnose- und Behandlungsverfahren wurde dies frauenpolitisch ausformuliert und mit Blick auf Medikalisierung sowie mangelnde Mitsprache von Erfahrungswerten genauer begründet. Aber auch die politisch verankerte Verweigerung von Behandlung und Gesundheitsversorgung wurde seitens der Bewegung kritisiert, wie sich am Beispiel der Proteste gegen Abtreibungsrestriktionen zeigt. So wurden Schwangerschaftsabbrüche seitens der Frauengesundheitsbewegung thematisiert und als legales Setting eingefordert, auch mit der Begründung, dass dies ein Aspekt von Gesundheitsversorgung sei angesichts der vielen Erkrankungen und Todesfälle der *Back Alley Abortions*. Die als Zumutung empfundenen Bedingungen für Abbrüche in den 1960er und 1970er Jahren wurden als Zeichen mangelhafter Gesundheitsversorgung von Frauen konturiert, denen frauenfreundliche Abbruchmethoden als gangbare und zudem kostengünstige Alternative gegenübergestellt wurden (vgl. ›Hexengeflüster‹, 1975: 98).

Foucault zeigt die Konstitutionsprozesse der sich als Disziplin etablierenden Medizin als Profession auf, die einerseits in Verbindung zu Deutungs- und Lesbarkeitskonzepten (Intelligibilitätskonzepten) professionell gebundener Autorität als auch andererseits mittels Praktiken der Erkenntnisgewinnung sowie deren Bestätigung (Ratifizierung) im klinischen Setting verstanden werden müssen (vgl. Foucault 1988: 19–37 sowie 101–120). Darin werden Individuen seitens der Medizin beständig objektiviert. Die Herausforderung des medizinischen Diskurses durch politische Subjekte wie die Frauengesundheitsbewegung setzte Kritik gleichsam auf der klinischen Ebene der Individuen an. Für die Paradoxa einer Kritik des ärztlichen Blicks beispielsweise als Konstante der Medizin, die seitens der Frauengesundheitsbewegung ausformuliert wurde, ist dies bedeutsam. So ist es aus der Position der Laiinnen heraus möglich durch das engagierte Mitwirken und Recherchieren – wie im FFGZ Berlin erkennbar wird – eine Expertise

anzustreben und die medizinische Profession mit den eigenen Mitteln zu kritisieren, indem Fachwissen mit Fachwissen abgeglichen wird. Doch die Reichweite dieser Kritik ist begrenzt, so lange die Kritik von Nicht-Professionellen artikuliert wird. Es ist hierzu wichtig zu sehen, dass die schiere Möglichkeit der Äußerung von Kritik noch nicht bedeutet, gehört zu werden oder Einfluss zu nehmen, denn hierzu ist mehr nötig als die bloße Artikulation von Kritik.

Im medizinischen Diskurs existiert seit der Begründung der Medizin als Wissenschaft fortlaufend der Unterschied zwischen ›Profession‹ und ›Laienhaftigkeit‹. Professionalität beansprucht als Set an Äußerungsformen der Profession Hegemonie und wertet in der eigenen Konstitution Laienhaftigkeit als Gegenpol ab. Laienhaftigkeit, die mit Unprofessionalität assoziiert ist, erhält eine marginale Position. Hieraus resultiert, dass alle Nicht-Professionellen unter Dauerverdacht der Unprofessionalität stehen und in ihrer Laienhaftigkeit gegen diesen Grundverdacht agieren müssen, um innerhalb des medizinischen Diskurses Gehör zu finden. Auf dem Feld der Analyse von Diskursen als Politikform findet sich dies wieder als machtasymmetrische Verteilung von Positionen. Überspitzt formuliert kann die Position der Laiinnen seitens der ›Professionellen‹ jederzeit dazu verwendet werden, die Kritik zu überhören oder abzukanzeln. Ergänzend zu Foucault mit Jacques Rancière betrachtet, können die Aktivistinnen der Frauengesundheitsbewegung, die gerade das Laientum stark machten und dennoch die medizinische Profession kritisierten, während sie letztlich marginal blieben, schließlich als diejenigen verstanden werden, die den Diskurs *nicht* bestimmten. Diejenigen, die den Diskurs nicht bestimmen, können, wenn mit Rancière geblickt wird, von denjenigen, die den Diskurs bestimmen, beständig als Randerscheinung marginalisiert werden. Rancière unterteilt innerhalb von politischen Diskursen in ›Rede‹ und ›Lärm‹, wobei diejenigen, die den Diskurs bestimmen, ihre Stimme als Rede geltend machen können, gegenüber all jenen, die den Diskurs nicht bestimmen und deren Artikulationen als ›Lärm‹ wahrgenommen würden (Rancière 2016:14).

Wenn dies ergänzend zu den Intelligibilitätsunterschieden von Profession und Laientum im medizinischen Diskurs nach Foucault angesetzt wird, erhellt sich auch das Phänomen der Frauengesundheitsbewegung, die einerseits öffentlichkeitswirksam und über Jahre hinweg kritische Einwürfe formulierte, aber andererseits doch die eigene Stimme stets in ihren angestrebten Einflussnahme infrage gestellt sah. Insofern kann die Artikulation von Kritik seitens frauenbewegter Aktivistinnen auch als durch den Fachdiskurs selbst reglementiert gedeutet werden, da die Scharnierfunktion zwischen Sprechen und Gehörtwerden nicht zuletzt über Professionalitätsanforderungen im Fachdiskurs unmittelbar gegeben ist. Dies bedingte aber auch aktivistische Äußerungsformen, die sich veränderten und sich im Laufe der Jahrzehnte Professionalisierungsstandards der Fachdiskurse annäherten. Die Stimme der Frauengesundheitsbewegung war insofern – wenn fachlich versierte Merkmale anerkannt wurden – als Rede im Diskurs wahrnehmbar, doch nur, wenn diese als fachlich fundiert seitens aufgeschlossener professioneller Instanzen zugelassen wurde. Gekoppelt war die mögliche Anerkennung an Formen von Professionalität und die Anpassung der Aktivistinnen hieran. Die Formen von Professionalität definierten nicht Akteurinnen der Frauengesundheitsbewegung, sondern blieben abhängig davon, ob die fachlichen Äußerungen seitens des zertifizierten Professionssettings Anerkennung zugeteilt bekamen, etwa indem wissen-

schaftlich fundiert argumentiert wurde. Eine Garantie auf das Gehörtwerden im oder Zugelassenwerden zum Diskurs bedeutete dies nicht. Das selektiv-fragmentarische Aufgreifen einzelner argumentativer Elemente als Symbolik, wie es sich im Rahmen von Gesundheitspolitik und Gesundheitsverwaltung nachvollziehen lässt, verdeutlicht dies. So stellt sich die Frage nach Möglichkeiten und der Reichweite von aktivistischer Kritik durch Laiinnen in dieser komplexen Konstellation. Hinzu kommt die Verfasstheit der medizinischen Disziplinen als staatlich gelenkte Instanzen, die im Sinne einer jeweiligen Regierung aktiv sind oder Regierungsvorgaben im Sinne staatlichen ‚Nicht-tätigwerdens‘ an gegebener Stelle auch umsetzen lassen.<sup>10</sup> Möglichkeiten und Grenzen von Kritik auszuloten in einem Gefüge, das grundlegend hierarchisiert gestaltet ist, stellt eine besondere Herausforderung dar, insbesondere bei sozialen Bewegungen, die gesellschaftliche Institutionen infrage stellen, wie es in der Frauengesundheitsbewegung beobachtet werden kann. Die Verteilung von Hegemonie und Marginalität – auch durch Professionalität und Professionalisierungsprozesse geprägt – ist im medizinischen Diskurs nicht zuletzt geknüpft an Zertifizierungsstrukturen, die mit erheblichen Zugangsbarrieren versehen sind. Dies kritisierte die Bewegung zu Beginn stark und trat für eine Öffnung von medizinisch-fachlichen Handgriffen für angelernte Laiinnen ein, wie es sich in den Gruppierungen der klandestinen Schwangerschaftsabbrüche und der Entwicklung von Menstrueller Extraktion zeigt. Zertifizierungsstrukturen selbst allerdings sind nicht gewichen oder flexibilisiert worden seither, sondern vielmehr verfestigt worden im Rahmen medizinisch-fachlicher Ausbildungsberufe und für die Ausübung der Profession Medizin der vergangenen Jahrzehnte.

Im Rückgriff auf die bereits dargelegte Argumentation von Foucault, dass Kritik in einem solchen Fall bedeutet, Kritik des Regierens beziehungsweise *dermaßen Regiertwerdens* zu artikulieren, kommen beide Aspekte zusammen. Einerseits könnten die Äußerungen der frauenbewegten Aktivistinnen als fundierte Kritik anerkannt werden, andererseits ist der Zugang zur Anerkennung seitens der kritisierten Institutionen erschwert. So ist und bleibt Medizin als Profession eine Disziplin der Wahrheitsgebung, die bestimmt wird durch klinische Erkenntnisprozesse, welche die Eigenbetrachtung der Individuen überlagern. Folgerichtig versuchten soziale Bewegungen als Kollektivsubjekt mit der Kritik anzusetzen, indem die Seite der Eigenwahrnehmung und Eigenbestimmung der Individuen bestärkt werden sollte. Kritik fokussierte zunächst darauf, medizinische Fachinformationen für Individuen – in diesem Fall: für Frauen – zugänglich zu machen, auch um das Zulassen von Laien-Expertisen im medizinischen Diskurs einzufordern, doch die Ebenen von Kritik wurden zeitnah erweitert. Die Kritik an der Ausprägung der Disziplinen Medizin und Pharmazie wurde grundsätzlicher formuliert und darüber die

<sup>10</sup> Am Beispiel der Insemination als Teilbereich gynäkologischer Versorgung im Rahmen bundesdeutscher Richtlinien ist erkennbar, inwieweit Regierungsinstitutionen die Ebene des gouvernementalen Tätigseins delegieren, indem gesetzliche Vorgaben nur unzureichend ausformuliert und Handlungsanweisungen für die klinische Praxis durch die jeweiligen Ärztekammern festgelegt werden. Hier kann dennoch von staatlichem Handeln gesprochen werden. Regularien, die von Landesärztekammern festgelegt werden, sind staatlich geduldet und sehen vor, dass Einzelanträge gestellt und bewilligt oder abgewiesen werden können. Gleichsam ist dies besonders unübersichtlich. Vgl. <https://www.lsvd.de/recht/ratgeber/kuenstliche-befruchtung.html#c9767>; letzter Zugriff: 20. Februar 2022.

gesellschaftliche Haltung Frauen gegenüber infrage gestellt. Kritik wird hier im Sinne Foucaults gleichgesetzt mit der aktiven Kontestation des Regierens aus der Position des bis dato Regiertwerdens heraus. Foucault beschreibt, dass Kritik im Einfordern einer Erweiterung von Wahrheit verbleiben kann, aber um damit Herausforderung zu sein, müsse Kritik Fragen nach Machtverteilung und Herrschaftsbedingungen stellen. Kritische Haltung ist demnach spezifischen Herausforderungen ausgesetzt und nicht unabhängig von den herausgeforderten Instanzen, denn sie müsse im Sinne von Foucault als Gegenstück zu den Regierungskünsten, gleichzeitig ihre »Partnerin und Widersacherin« sein (Foucault 2010: 240).

Dies tritt in der Deutungsebene zu den erhobenen Interviews mit Aktivistinnen des FFGZ Berlin zutage. Die Frauengesundheitsbewegung mit ihrer grundlegenden Haltungsfrage von Kritik spiegelte sich darin als Narrativ auch bei wechselnder Besetzung des FFGZ und zugleich wurde durch die Aktivistinnen reflektiert, wie sich das Verhältnis zu herausgeforderten gesellschaftlichen Institutionen gestaltete. Da die Frauengesundheitsbewegung Bestärkung von Individuen anstrebte, wurde dies als aktivistisches Movens deutlich, jedoch ebenso das Drängen der Aktivistinnen auf Verbesserung der Verhältnisse, das in den Interviews argumentativ pointiert und exemplarisch erläutert wurde. Die Teilnahme an Gremien der Ärztekammer und Einladungen zu Expert:innengremien der Bundes- oder Landesregierung blieben singuläre Phänomene für die Aktivistinnen des hier betrachteten Zentrums, obgleich diese als Momente der Beteiligung an der fachdiskursiven Ebene gedeutet werden können und jeweils auch aus aktivistischer Sicht zunächst derart gedeutet wurden. In den Interviews sind Reflexionen dazu allerdings flankiert von bilanzierenden Zweifeln bezüglich der Wirkungen oder Effekte des Mitwirkens von Aktivistinnen innerhalb von vielen Gremien. In den Interviews wird im Nachhinein gar bezweifelt, dass vorgebrachte aktivistische Positionen innerhalb von allen Gremien gehört oder anerkannt wurden. Von daher wäre es zynisch, dem FFGZ Berlin einen zentralen Status im gynäkologischen Diskurs zu attestieren. Insgesamt kann der Frauengesundheitsbewegung eher attestiert werden, sie habe aus ihrer Position heraus *nicht* hegemoniale Diskurse maßgeblich beeinflussen können, es sei denn, es wäre im Sinne der darin hegemonialen Institutionen gewesen. Auch angesichts der Verleihung des Berliner Frauenpreises (2014) an das FFGZ Berlin ist in Anbetracht der Interviews mit E1 und E2 nicht von einer dauerhaften Etablierung des Zentrums als Teil von Gesundheitsversorgung oder Gesundheitspolitik zu sprechen. Beide zogen in Zweifel, inwiefern die Ausstattung des FFGZ zukunftsfähig gestaltet und seitens der Gesundheitspolitik erwünscht ist.

Insofern kann trotz der Preisverleihung als Symbol öffentlicher Wahrnehmung und Anerkennung nicht von dauerhafter Sicherung der Arbeit des FFGZ Berlin ausgegangen werden. Bei der Laudatio der Berliner Staatssekretärin für Gesundheit fanden sich vor allem Verweise auf die Professionalität, mit der Gesundheitsförderung im FFGZ umgesetzt werde. Dies ist angesichts der bisherigen Ausführungen bei aller Anerkennung, die darin verortet werden kann, ein Lob unter Vorbehalt oder auf Abruf, da es an einer Erwartungshaltung an Gesundheitsförderung und professionalisiertes Handeln im Sin-

ne der tangierten Fachdiskurse geknüpft ist.<sup>11</sup> Neben der punktuellen Zusammenarbeit mit Institutionen oder interessierten gynäkologischen Fachleuten, die auch in den Interviews skizziert wurde, ist insbesondere das Bilanzieren der Aktivistinnen zur Teilnahme an Fachgremien relevant. Angesichts der Ausführungen zu Deutungsebenen mittels Foucault und Rancière sind die Äußerungen von Zweifeln im retrospektiven aktivistischen Reflektieren hinsichtlich der institutionellen Einmischung maßgeblich für eine Einschätzung der Aktivitäten des FFGZ als Teil der Frauengesundheitsbewegung. Die befragten Aktivistinnen bezweifeln, dass durch die Mitwirkenden des FFGZ Hegemonie in bestehenden gesundheitspolitischen Gremien erschüttert oder gar neu ausgehandelt worden wäre. Vielmehr finden sich Verweise auf das Ausbleiben von erhofften Effekten sowie Verweise auf macht-asymmetrische Dynamiken. Aktivistinnen hätten Inhalte erarbeitet und in fachliche Gremien eingebracht, wodurch fachlich Professionelle in die Lage versetzt gewesen seien, ausgewählte Inhalte aufzugreifen und als die eigenen Ideen auszugeben, während der Aktivismus des FFGZ weiter marginalisiert geblieben sei. Dies zeigt sich vor allem in den Interviews mit D1, D2 und D3. Punktuelle Beeinflussung einzelner Diskussionen bedeutet demnach insbesondere aus aktivistischer Sicht noch keine Aufhebung oder Verschiebung von Hierarchien qua Professionalitätsgrenze zwischen den Beteiligten in Gremien. Besondere Empörung zeigt sich in Retrospektiven der aktivistischen Interviews, wenn darauf verwiesen wird, dass medizinisch professionell zertifizierten Fachleuten mehr Raum gegeben worden sei in Gremien und auf Podien, selbst wenn dabei unhaltbare Studien referiert worden seien, wohingegen die Aktivistinnen des FFGZ Berlin sich kaum mit ihren Anliegen und Kritiken dagegen Gehör verschaffen konnten (vgl. D2 1:07:23-1).

Die Frauengesundheitszentren der Bundesrepublik versuchten dennoch Wirkungskraft zu entfalten, soweit dies möglich war. Diskursive Anstöße durch Gegendiskurs im Sinne von *Contre-conduite* können als Strategie der Frauengesundheitsbewegung insgesamt eingeschätzt werden, wie es sich insbesondere in den Publikationen des FFGZ Berlin – etwa in der Zeitschrift *Clio* – zeigt. Die Formen dieser Interventionsansätze konnten innerhalb der größeren Frauengesundheitsbewegung variieren, je nach aktivistischer Gruppierung und Zeitphase, sowohl im FFGZ als auch in vergleichbaren Einrichtungen. Doch die Einflussnahme verblieb, wie es sich im betrachteten Zentrum zeigt, auch als Gegendiskurs punktuell und jeweils abhängig von etablierten Institutionen, die aufgeschlossen sein mussten den Gegendiskurs wahrzunehmen. Konkrete Wechselwirkung der Frauengesundheitsbewegung mit Institutionen der Gesundheitsversorgung innerhalb der Bundesrepublik stellt insgesamt ein Forschungsdesiderat dar, dem differenzierende Studien nachgehen müssten, um eine fundierte Einschätzung vorzulegen. Bedingt durch den frauenbezogenen Ansatz, der auf eine Transformation im Individuum

11 Die Laudatio von der Staatssekretärin für Gesundheit Emine Demirbükens-Wegner fokussierte insbesondere drei Teile des Agierens seitens des FFGZ Berlin. Einerseits wurde der Kampf gegen unnötige Gebärmutterentfernungen sowie gegen Hormonbehandlung in den Wechseljahren und andererseits als Themenschwerpunkt die Langzeitfolgen von sexueller und häuslicher Gewalt auf Frauengesundheit thematisiert. Drittens wurde die interkulturelle Öffnung von Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung für Frauen mit Zuwanderungsgeschichte anerkennend hervorgehoben. Die Laudatio ist als Volltext im PDF verfügbar unter: <https://www.berlin.de/sen/frauen/oeffentlichkeit/berliner-frauenpreis/>; letzter Zugriff: 08. März 2020.

setzte, entfaltete sich nach Einschätzung der Aktivistinnen die spürbarste Einflussnahme auf der Ebene der direkten Interaktion, sei es im Rahmen der Gesundheitskurse, Beratungssettings, der solidarisch-unterstützenden Begleitung von Frauen als Patientinnen durch Aktivistinnen bei Terminen in fachmedizinischen Praxen oder aber auf nach außen hin wirksamen Veranstaltungen, die das FFGZ anbot, deren Nachhall jedoch als nicht genügend einschätzbar beschrieben wird. Darüber hinaus beschreiben Aktivistinnen wie A1, B1, B4, D1, D2 und D3 in den Interviews am deutlichsten Phänomene des Wechsels von Akteurinnen der Frauengesundheitsbewegung in anderweitige Institutionen und Arbeitsbereiche, wodurch diese im Rahmen ihrer nächsten Aufgabenfelder eine spezifischere Auseinandersetzung mit ausgewählten Themen der Frauengesundheit und Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung anstrebten. Die Arbeitsweise hatte im FFGZ Berlin Grenzen auferlegt, die jeweilige Aktivistinnen durch den Wechsel in andere Arbeitsfelder überwinden konnten, ohne dass sie persönlich, politisch oder inhaltlich ihrerseits mit dem FFGZ gebrochen hätten.<sup>12</sup> Hierbei zeichnet sich eine graduelle und punktuelle Beeinflussung von frauenbewegten Akteurinnen in Institutionen unter geschlechterpolitischen Gesichtspunkten hin zu einer stärkeren Einforderung von Demokratisierung innerhalb von (West-)Berlin ab, die als Ideen aus der Frauengesundheitsbewegung entstanden waren, aber durch Mitwirken außerhalb des FFGZ eher institutionellen Niederschlag finden konnten.

Enttäuschung zeichnet sich insgesamt als Thema innerhalb der Interviews ab, die sich ergibt aus der Bilanzierung zwischen dem enormen Aufwand, der betrieben worden sei, gegenüber den zu verzeichnenden Effekten der eigenen Arbeitsweise im FFGZ. Bei der Retrospektive konturieren sich fast resignative Elemente hinsichtlich der Gesamtperspektive auf die Frauengesundheitsbewegung. Am Beispiel der Äußerungen von A1 und B2, die unmittelbaren Bezug nehmen auf die Anfangszeit der Frauengesundheitsbewegung, tritt beispielhafte Irritation zutage angesichts der jüngeren Zeit, in der die ehemaligen Aktivistinnen beim Blick auf aktuelle Diskurse und politische Proteste Eltern als breitflächig unkritisch wahrnehmen zu Fragen von Mädchengesundheit und medikamentösen Interventionen aus Medizin und Pharmaindustrie (vgl. A1(2) 01:45:09-7).

Im Rahmen dessen, was die Aktivistinnen zur eigenen Arbeitsweise reflektieren, wird insgesamt deutlich, dass sich das FFGZ Berlin in Jahrzehnten der eigenen Existenz verändert hat. Dabei zeigen sich die veränderten Prozesse der Entscheidungsfindung und der allgemeinen Organisation von Mitwirkenden innerhalb des Zentrums. Diese Form der Arbeitsweise wird in den Beschreibungen als zunehmend strukturiert und stringenter ausgerichtet beschrieben. Im Aufbau der Arbeitsweise zeigen sich ebenfalls Veränderungen, die sich sowohl in der Palette der Angebote niederschlagen als auch in einer Veränderung der inhaltlichen Arbeit selbst. Insofern kann auch ein Befremden

12 Die anhaltende Bezugnahme von ehemaligen Aktivistinnen auf das FFGZ Berlin ist hier eher auf freundlich-informeller Ebene zu verorten. Insgesamt wurde beschrieben, dass sich ehemalige Mitwirkende eher als wohlwollender, aber weit außerhalb stehender Kreis begriffen haben, der prinzipiell bei Bedarf erreichbar, aber nicht dauerhaft präsent sei. In den Interviews gab es zudem Hinweise darauf, dass die Kontaktpflege zu Ehemaligen seitens der jeweils aktuell Engagierten im FFGZ nicht im Vordergrund gestanden habe, was mitunter auch zu Entfremdungsgefühl und Animosität geführt habe.

ehemaliger Aktivistinnen mit dem aus ihrer Sicht späteren FFGZ festgehalten werden, das jedoch kein Niveau der offenen Abgrenzung erreicht hätte. Die Angebote des frühen FFGZ Berlin beinhalteten neben der Vermittlung von Selbstuntersuchungsmethoden auch die breitflächig aufbereitete Kritik an Medizin und Pharmaindustrie in ihrer Wirkung auf Frauenleben. Zu Beginn war Beratung noch weniger als Dienstleistung definiert in der Arbeitsweise der Aktivistinnen und stellte vielmehr eine politisierende Gesprächsgrundlage für Interaktion mit Interessierten und Ratsuchenden dar, die sich an die frauengesundheitsbewegten Aktivistinnen wandten. Hierzu erstellte die Gruppe erste Publikationen in Form von Broschüren wie der Selbsthilfemappe und der frauengesundheitsbewegten Zeitschrift *Clio*, die ab 1976 im Selbstverlag erschien und die Kernpunkte der frühen Diskussionen und Erläuterungen bündelte. Darüber hinaus erschienen die Bücher *›Hexengeflüster-1‹* (1975) und *›Hexengeflüster-2‹* (1977), in denen neben Ratschlägen zur gesundheitsförderlichen Selbstversorgung auch grundlegende Kritik an bestehender Gesundheitsverwaltung, Medizin als Profession und dem Umgang der Pharmaindustrie mit der Genusgruppe *Frau* vorgelegt wurde, gemeinsam mit umfangreichen Argumenten zur Widerständigkeit gegenüber bestehenden Schieflagen, die zur Politisierung von Interessierten anregen sollten.

Innerhalb von Kursen zu Gesundheitsfragen und Frauenbiografien stand vor allem die kritische Auseinandersetzung mit standardisierter gesundheitlicher Versorgung hinsichtlich der autobiografischen Erfahrungsebene der jeweils Anwesenden im Mittelpunkt des frühen FFGZ in Hinblick auf den Umgang mit Ratsuchenden, die das Zentrum aufsuchten. Hinzu kam, hiervon ausgehend, die Vermittlung gynäkologischer Selbstuntersuchung, anhand derer die Ebenen von Diskriminierung von Frauenleben und Frauenkörpern erläutert und zur Diskussion gebracht werden sollten. Auch Verhütungsaufklärung spielte innerhalb der Kurse eine Rolle, indem die Teilnehmenden allerdings weit über einzelne methodische Aspekte hinaus insgesamt über das Ausleben und die Prägungen von Sexualität sprechen konnten, auch um in einem geschützten Rahmen die eigene Biografie zu reflektieren. Hierdurch kann von partizipativ ausgerichteten Angeboten des frühen Zentrums ausgegangen werden. Die partizipatorischen Ansätze der Kurse setzten sich in den späten 1970er Jahren bis in die 1980er Jahre hinein über eine nachfrageorientierte Form des *›Angebots‹* hinweg, auch weil hier intentional nicht ausdifferenziert werden sollte, wer die Expertise innehatte bei der Interaktion in den Kursen und Beratungen. Die Kurse fanden teils jenseits von zeitlicher Begrenzung oder räumlicher Begrenzung statt, indem sie sich zu eigenständigen selbstorganisierten Gruppen formen konnten, die sich über längere Zeiträume hinweg in privaten oder semi-öffentlichen Räumen – auch außerhalb des FFGZ – trafen.

Das *›Angebot‹* dieser Kurse bestand bis Mitte der 1980er Jahre darin, dass Spekulum und Spiegel als zentrale Elemente der gynäkologischen Selbstuntersuchung hinsichtlich ihrer konkreten Anwendung, aber auch in ihrer politischen Bedeutung als potenziell widerständige Praktik erläutert wurden. Aus der jeweiligen personellen Zusammensetzung der Gruppe heraus im Beratungssetting konnten weitere Themen und der Umfang der Treffen bestimmt werden. Aktivistin B2 sprach hierzu davon, dass je nach Konstellation und Interessenlage der Teilnehmenden inhaltliche Schwerpunkte gesetzt und erarbeitet wurden, so dass beispielsweise erst durch geballte Interessenlage spezifischere *›Verhütungskurse‹* daraus wurden, speziellere *›Diaphragma-Kurse‹* oder, wie an ande-

rer Stelle erläutert, auch themenspezifische ›Brust-Kurse‹ aus grundsätzlichen Gesundheitskursen werden konnten. Dies verdeutlicht, inwiefern die Arbeitsweise weit mehr als ein festes Angebot war, das von den Aktivistinnen ausging. Die Grenzen der vorgeesehenen Kurse konnten demnach eingehalten oder auch gedehnt werden. In mancher Schilderung wird benannt, dass sich Selbstuntersuchungsgruppen fanden, die sich – obgleich zunächst weniger Sitzungen des Ursprungskurses vorgesehen waren – mehr als ein Jahr lang trafen und sich über die zunächst angedachte Anleitung durch die Aktivistin später selbst organisierten. Hierdurch wird das Arbeiten mit Interessierten auch jenseits von gesetzter Begrenzung von Raum und Zeit verdeutlicht, ebenso wie die beständig neu auszulotende Definition zu Professionalität der FFGZ-Mitwirkenden. Die Grenze zwischen Expertisen sollte im Rahmen der Kurse selbst frühzeitig intentional aufgehoben werden, denn die FFGZ-Aktivistinnen legten ihr Set an Vorhaben und Inhalten zu Beginn der Kurse dar und gingen anschließend auf die Gemeinsamkeit des Sprechens im Erfahrungsaustausch innerhalb der Kursgruppe ein. Dazu ist relevant, dass sich das FFGZ auf die *Self-Help*-Ansätze aus den USA bezog, die offensiv die inhaltlich-fachliche Erarbeitung von medizinisch-pharmazeutischen Themen durch Nicht-Professionelle vertrat, wie es in Kapitel 4 erläutert wurde. Hierzu wurde demnach Laienhaftigkeit nicht als Nachteil, sondern als zentraler Bestandteil gesetzt, wodurch sich eine eigene Expertise entwickeln und vertreten lassen sollte durch kritische Auseinandersetzung mit fachlichen Inhalten. Zwei Pole prägten diese Form der professionellen Laiinnen-Expertise: Einerseits wurde in einem Zweierschritt fachlich-fundierte Gewichtung vorgenommen zwischen medizinischen und pharmazeutischen Fachinformationen sowie der frauenbewegten Kritik hieran, die sowohl mit Fachsprache als auch ihrer alltagspraktischen Übersetzung arbeiten konnte; andererseits wurde Interessierten aufgezeigt, dass der Zugang zu diesen Informationen – oder vielmehr dieser Form der Auseinandersetzung – durch hierarchische Zugangsbeschränkungen zumeist reglementiert ist, diese Begrenzung jedoch gemeinsam in der frauen- und geschlechterpolitischen Aktion überwunden werden könne. Der Niederschlag dieser Formen in Selbsthilfemappe, *Clio*-Zeitschrift und den beiden Bänden des ›Hexengeflüster‹ spiegelt die spezifische Form der inhaltlichen Arbeit des frühen FFGZ, wie sie auch in den Interviews, beispielsweise seitens der Aktivistinnen B2, B3, C1 und C2, artikuliert wurde.

Mit der Verschiebung von Aktivitäten des FFGZ Berlin ab Mitte bis Ende der 1980er Jahre hin zu einem räumlich und zeitlich stärker eingegrenzten Angebot ist letztlich eine Zäsur verbunden. In den Interviews setzten hierzu verstärkt die Beschreibungen ein, das eigene Angebot sei fortan nicht mehr unentgeltlich oder spendenbasiert gewesen und die Kurse seien stärker an die gegebenen Räumlichkeiten des FFGZ selbst oder an die Räume der Volkshochschule sowie derjenigen Institutionen gebunden, die als Kooperationspartner Kursangebote des FFGZ in ihre Programme aufnahmen.<sup>13</sup> Die Bedingungen der Kurse verstetigten sich im Zeitraum der Generation ›Mitte‹ in den Jah-

<sup>13</sup> Als ein Beispiel von externen Einrichtungen, die Kurse des FFGZ als Kooperation in den eigenen Räumlichkeiten anboten, wurde u.a. der deutsche Entwicklungsdienst benannt, der Selbsthilfekurse rund um Verhütung, Schwangerschaft, Gynäkologie und allgemeinere Lebensfragen von Frauen durch das FFGZ Berlin für die ›begleitenden Ehefrauen‹ von dienstlich beauftragten Auslandsreisenden in sogenannte Entwicklungsländer buchte, vgl. C3(g) [01:27:20-1].

ren des zentralen Wandels zwischen 1985 und 1995. Mit der nächsten Verschiebung des Schwerpunktes weg von Gruppenberatung hin zu Einzelberatung, die ebenfalls in diesen Zeitraum fällt, wird der zweite Schritt weg von den Aktionsformen der frühen Frauen gesundheitsbewegung hin zu einer, wie es die Aktivistinnen selbst benennen, eher erkennbaren ›Marktförmigkeit‹ der eigenen Arbeitsweise vollzogen. Dies wird beispielsweise mit stärkerer Nachfrageorientierung bei der Konzeption der eigenen Angebote begründet, wie es sich bei Aktivistin D2 aufzeigt. Dieser Prozess veränderter Angebotsstruktur schloss gleichsam eine Flanke einer sich verändernden Außendarstellung des FFGZ ab und war ebenso begleitet durch Prozesse der Neuausrichtung im Inneren der Gruppe. Zuvor wurde mit der Offenheit der Angebote des FFGZ Berlin der Raum für die Verbindung von *Öffentlichkeit und Privatheit* oder *Wissen und Erfahrung* betont, die ebenso eine starke Verbindung von frauenpolitischem Engagement und reflexiver Biografiearbeit bieten konnte. Dies konnten interessierte Frauen, die Angebote im Rahmen des FFGZ wahrnahmen, bei Interesse aufgreifen und die Kurse selbst mitbestimmen oder sich dazu entscheiden das Kursangebot zu nutzen, wie es sich ergab.

Das, was durch die Aktivistinnen in den Interviews retrospektiv als Professionalisierung bezeichnet wird, war demnach ein Prozess der stringenteren Außendarstellung unter gleichzeitig kohärenter Ausformung der eigenen Arbeitsweise. Dies ging mit einer themenspezifischen Aufteilung von Arbeitsanteilen unter den einzelnen Mitwirkenden vor Ort einher, die sich ab Mitte der 1990er Jahre noch stärker konkretisierte. Innerhalb der Interviews wird deutlich, dass die Aussagen der Aktivistinnen korrespondieren mit der größeren Gemengelage, da in den 1990er Jahren auch eine Umformung von Gesundheitspolitik und Wohlfahrstaatlichkeit unter neuartigen Prämissen von Eigenverantwortlichkeit der Individuen in der Bundesrepublik erkennbar wird. Die Aktivistinnen stellen allerdings heraus, dass dies nicht im Sinne des eigenen Aktivismus von einst gewesen sei, sich der allgemeinen Individualisierung anzunähern.

Die Aktivistinnen benennen bilanzierend, nicht nur für die Zeit der 1990er Jahre, Themensetzungen innerhalb der eigenen *Clio*-Zeitschrift als kritische Einwürfe zu Prozessen der Gesundheitspolitik jener Zeit. Dabei heben sie die erhebliche Recherchearbeit und umfänglichen gemeinsamen Erarbeitungsphasen hervor. Die *Clio* mit ihren politischen Beiträgen wird auch als Ansatz der diskursiven Intervention verstanden, womit Interessierte angesprochen werden sollten. Hiermit wird ein Spezifikum des FFGZ als Gesundheitszentrum erkennbar, das insbesondere durch die Fundierung der eigenen Publikationen durch wissenschaftlich-forschende Recherche besteht. Hierin wird auch eine Zielsetzung im Aktivismus erkennbar, dass die aus den Reihen der FFGZ-Mitwirkenden heraus formulierte Kritik an Gesundheitspolitik, Pharmaindustrie und Gesundheitsverwaltung in den jeweiligen Fachdiskursen nicht scheitern sollte an fachlicher Unstimmigkeit. So wurden fachspezifische Konzepte und Termini aufgegriffen, um diese einem interessierten (Laiinnen-)Publikum bis ins Detail zu erläutern und diese zu gewichten, um im nächsten Schritt Kritik an gesundheitspolitischen Phänomenen zu entfalten. Das Politikum der Zeitschrift bestand also auch in der Herausforderung von Fachdiskursen mit deren eigenen Bausteinen von Wissenschaftsanspruch, Fundierung und Forschungs rhetorik sowie in der Tatsache, dass dauerhaft die Grenze zwischen den Po-

sitionen der fachdiskursiven ›Professionellen‹ und ›Laiinnen‹ thematisiert doch zugleich grundlegend infrage gestellt wurde.<sup>14</sup>

Mit Blick auf die Veränderung der Arbeitsweise des FFGZ fällt die Spezifizierung der Inhalte auf. Die Verschiebung der Arbeit des FFGZ Berlin hin zu einem tatsächlichen Angebot, im Sinne von Kursen und Beratungssetting, nahm im Laufe der Jahre zu. Allerdings lief die Ebene ein *Angebot* für Interessierte zu bieten bereits seit den Beratungssprechstunden der Abtreibungs- und Verhütungsberatung, die im Frauenzentrum West-Berlins in den 1970er Jahren stattfand. Angesichts der Vielfalt der Themen rund um Frauengesundheit und den aktivistischen Anliegen, dass Interessierte auch politisiert werden sollten, trat die Ebene eines ›Beratungsangebotes‹ im Sinne eines Beratungszentrums zunächst nicht so deutlich zutage. Die Sprechstunden boten zu Beginn eine Mischung aus politischem Anliegen und Ermächtigung von Beratenen durch Gewichtung von Informationen seitens der Aktivistinnen. Im Zuge dessen, was die Aktivistinnen in den Interviews zu den 1980er und 1990er Jahren hingegen unter Prozessen der eigenen Professionalisierung des FFGZ schildern, wird eine stärkere Nachfrageorientierung des späteren Beratungsangebotes verdeutlicht. Diese war auch mitbedingt durch die zunehmende Finanzierung des FFGZ als kleines Gesundheitszentrum durch den Senat (West-)Berlins. Hierdurch wurde die Arbeitsweise der Aktivistinnen auch stärker in eine Angebotsstruktur gebracht, da die beantragten öffentlichen Mittel gekoppelt waren an erwartete Tätigkeitsnachweise. Anhand dieser sich im Laufe der Jahre abzeichnenden Veränderung wird deutlich, dass politisches Engagement der Aktivistinnen innerhalb der Arbeitsweise nicht mehr als solches explizierbar wurde, sondern vermittelt auftrat.

Auch angesichts stärker ausgeprägter Nachfrageorientierung der eigenen Angebote wurde im FFGZ Berlin Wert auf eine größtmögliche Partizipation derjenigen gelegt, die Beratung und Kurse wahrnahmen. So ist im Rahmen dieses Buches auch durchweg von Aktivistinnen die Rede, da auch Mitwirkende des aktuellen FFGZ sich als Aktivistinnen der Frauengesundheit verstanden, wohingegen diejenigen, die Angebote des Zentrums – quasi als Nutzerinnen oder zu Beratende – aufsuchten, von den Aktivistinnen selbst durchweg als ›Frauen, die ins FFGZ kamen‹ bezeichnet wurden. Der Begriff Klientinnen stellte in den aktivistischen Schilderungen die Ausnahme dar gegenüber dieser Bezeichnung, dass es um diejenigen Frauen ginge, die ins FFGZ kamen, um Rat zu suchen oder Kurse wahrzunehmen. Die Aufrechterhaltung von partizipativen Ansätzen und die anhaltende Thematisierung der Grenzverläufe zwischen medizinisch-pharmazeutisch ›Professionellen‹ sowie den fachlich fundiert auftretenden ›Laiinnen‹ sind signifikant als Kontinuum des FFGZ Berlin. Wenn Kritik zur Herausforderung der etablierten Kräfte und der Hegemonie zu gelingender Kontestation werden soll, so müsste sie – mit Foucault gefasst – Elemente aufweisen, die Herausforderung der Macht verdeutlichen. Hierbei ist aber relevant, dass Kritik letztlich nicht zum Teil dessen werde, was sie kritisiert. Denn mit dem punktuellen Verbessern mittels partieller Kritik und unter Beibehal-

14 Zur Rezeption der *Clio*-Zeitschrift durch je fachdiskursiv konstituiert ›professionelle‹ Instanzen liegen bislang noch keine ausreichenden Kenntnisse vor, weshalb es angebracht erscheint auf den Bedarf an weitergehenden Studien hinzuweisen, die sich dem Aufbau und der Rezeption dieser Zeitschrift als Forschungsdesiderat widmen.

tung der Machtverteilung würde die hegemoniale – quasi regierende – Disziplin die partielle Kritik als ›Anregung‹ aufgreifen und die eigene Vorgehensweise selektiv optimieren, ohne dass sich hierin das Muster von Regieren und Regiertwerden auflöse. Hierzu ist ein Blick auf Details der Veränderungen von FFGZ und Frauengesundheitsbewegung relevant. So zeigen sich neue Anforderungen der vergangenen Jahrzehnte hinsichtlich der Eigendarstellung und Legitimierung der Frauengesundheitsbewegung, die parallel zu Neuerungen der medizinischen Fachdiskurse und Gesundheitspolitik auftraten. Semantik von ›Selbstbestimmung‹ und ›Eigenverantwortung der Individuen‹, wurde selektive Aneignung im Gesundheitswesen unter Beibehaltung von grundlegenden medizinischen Hierarchien zum Hindernis des Aktivismus. Besonders E1 und E2 wiesen in den Interviews darauf hin, dass Ansätze zur Professionalisierung der Frauengesundheitsbewegung selbst dazu führen können, Äußerungsformen zu beanspruchen oder auch genügen zu müssen, die nicht mehr mit der einstigen Ausrichtung von Aktivismus vereinbar sind. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der eigenen Ansprüche an Kritik.

Das Besondere am FFGZ Berlin ist die Verbindung der Politik sozialer Bewegung (Neue Linke/Frauengesundheitsbewegung) mit Ausprägung eigener wissenschaftlicher Ansprüche mittels Forschungstätigkeit und akademischen Zugängen zu Kritik. Aktivistinnen setzten dabei neben alltäglichen Abläufen wie Telefondiensten, Beratungssettings, Kursen, Öffentlichkeitsarbeit, internen Diskussionen, der Teilnahme an Konferenzen und Podiumsdiskussionen und der Arbeit an der zentrumseigenen – fachlich fundierten – Zeitschrift *Clio. Zeitschrift für Frauengesundheit* noch eigene Forschung um, die sie jeweils publizierten. Sie verblieben dennoch auf der Ebene der medizinischen Laiinnen, die sich der Integration von Ärztinnen oder Ärzten in die Arbeit des Gesundheitszentrums – als medizinisch wirksame Instanz mit zertifiziertem Personal als solchem – sperrten. Eine Ärztin, die beispielsweise innerhalb des FFGZ Berlin mitwirkte, wurde nach außen und innen nicht als solche erkennbar, sondern verweilte als FFGZ-Aktivistin in den Reihen der anderen. Mit einer Integration von professionalisiert zertifizierten Mediziner:innen in das Zentrum selbst, die als solche erkennbar geworden wären, hätte sich das Zentrum einerseits einer Nachfrage durch Ratsuchende angenähert, da über Jahrzehnte hinweg ratsuchende Frauen angeregt hatten, das FFGZ möge Beratung und Behandlung unter einem Dach anbieten. Hierdurch wären die Aktivistinnen des FFGZ gleichsam in die Lage gekommen, Teil einer Anerkennungspraxis von Professionalität zu sein. Denn sobald sie eine medizinische Expertise beanspruchen hätten können und eine Verbindung geschaffen hätten zum zertifizierten Verfahren von medizinischen Feldern – sie wären dadurch als Gruppe unmittelbar als Professionelle *intelligibel* (lesbar) gewesen – wäre dies ein Türöffner gegenüber Ansprüchen der Legitimität in diskursiver Hinsicht.

Die Anforderungen zur unmittelbaren Lesbarkeit von Professionalität kann als Druck der *Intelligibilität* aus dem diskursiven Rahmen verstanden werden, in welchem auf Professions-Elemente wie medizinische Zertifizierung gedrängt wird. Diese Intelligibilitätsanforderungen medizinischer Diskurse jedoch verneinend, beließen es die Aktivistinnen dabei, Zertifizierung von Expertise zu trennen. *Frauen an sich* sollten weiterhin als Expertinnen der eigenen Gesundheit gesetzt sein, um hiervon ausgehend die Beratung von Ratsuchenden explizit hierarchiekritisch zu gestalten. Die Kernidee

blieb die Bestärkung von Laiinnen durch Aneignung der relevanten fachlich fundierten Informationen und einer kritischen Auseinandersetzung damit.

Eine Annäherung oder Anpassung an medizinische Zertifizierung hätte die umständliche Begründung der eigenen Auffassung von Expertise durch Genügen der Intelligibilität als *professionelle Instanz* obsolet gemacht und möglicherweise den Anliegen der Demokratisierung von Frauengesundheit eigene Gewichtung – durch Gehör in Fachdiskursen – verschaffen können. Doch gleichzeitig hätte dies eine gravierende Auseinandersetzung nach innen hin für die Gruppe notwendig werden lassen. Intern wäre gerade durch die Hierarchie zwischen zertifizierten medizinischen Ausbildungsberufen und den übrigen (unzertifizierten) Laiinnen zur Gesundheit eben jene Auseinandersetzung ins eigene Haus geholt worden, die als Grenzziehung innerhalb der Medizin seitens *Self-Help* der Frauengesundheitsbewegung betont wurde. Die Aushandlung von Zertifizierung und damit einhergehenden fachlichen Hierarchien innerhalb der eigenen Gruppe umgingen die Aktivistinnen des FFGZ Berlin durch Trennung zwischen Beratung und Behandlung sowie der Fokussierung auf Beratung in den eigenen Räumen. Freundliche Kooperation mit Ärzt:innen außerhalb des FFGZ galt für die Aktivistinnen als legitim, doch die Integration von Behandlung in die eigene Arbeitsweise der Gruppe wurde ebenso abgelehnt wie die Arbeitsweise nach Gesichtspunkten medizinischer oder pharmazeutischer Zertifizierung. Letztlich findet sich hier das Spezifikum, dass die Aktivistinnen im betrachteten Gesundheitszentrum die eigenen Ansätze der Expertise höher gewichteten als die raschere Akzeptanz in der Außenwahrnehmung durch Zertifizierung oder die Integration von Ärzt:innen in die eigene Arbeitsweise. Gleichsam lässt sich hiermit für die Frauengesundheitsbewegung die Notwendigkeit der Positionierung von Gesundheitszentren ablesen, wenn diese aus der Bewegung heraus als Frauenprojekte entstanden waren. Die Herausforderung der medizinischen Disziplinen wurde einerseits auf dem selbsthilfeorientierten Weg angegangen, indem weiterhin eine Trennlinie gezogen wurde zwischen der sozialen und politischen Bewegung und den medizinischen Fachberufen als ihrem Gegenüber. Der andere Weg, der beschritten werden konnte zur Herausforderung der Disziplinen wäre durch Teilnahme an den Disziplinen selbst möglich gewesen durch Zertifizierung. Hierzu gibt es eine Reihe von unterschiedlichen Umsetzungsformen und auch Hybrid-Lösungen, die genauer erforscht werden müssten, um eine präzisere Einschätzung der Frauengesundheitsbewegung und ihrer Strategien angesichts von Zertifizierungspraktiken der medizinischen Professionalisierungs- und Legitimierungswege zu gewinnen.<sup>15</sup>

Dass eine forschende Haltung mit Affinität zu akademischer Auseinandersetzung im FFGZ Berlin zu finden war, ist einerseits ein Spezifikum dieses Beratungszentrums und andererseits ein Kennzeichen ehrenamtlicher Arbeit anderer Projekte der Neuen Frauenbewegung der 1970er und 1980er Jahre, wie beispielsweise der Frauenhausbewegung. Hier zeigt sich eine Verbindungslinie, die schon frühzeitig bei Vogt betont wurde, da sowohl die Frauenhausbewegung als auch die Frauengesundheitsbewegung Gemeinsamkeiten aufweisen, nicht zuletzt durch den Fokus auf Elementarthemen wie Gewalt

15 Ein Beispiel für Hybrid-Lösungen stellt das Feministische Frauengesundheitszentrum Trotula in Wien dar, das 1989 gegründet und von Judith Binder als Ärztin geprägt wurde. Vgl. [www.trotula.at/geschichte](http://www.trotula.at/geschichte); zuletzt abgerufen: 21.Januar 2021.

als Hierarchisierungsansatz von Geschlechterverhältnissen (vgl. Vogt 1989: 125f.). Die Frauengesundheitsbewegung lebte transnational zu jener Zeit durch viele unbezahlte geleistete Stunden Arbeit, während derer sich Aktivistinnen für dringliche Anliegen engagierten. In der Frühphase des FFGZ Berlin waren etliche Mitwirkende noch in der Studienzeit, während derer der Lebensunterhalt noch nicht stringent gesichert werden musste oder aber in einer Orientierungsphase unmittelbar nach dem Studium. Dies ist durchaus vergleichbar mit anderen Frauenprojekten jener Zeit. Ein Spezifikum des FFGZ scheint jedoch zu sein, dass in den ersten beiden Jahrzehnten zahlreiche Soziologinnen und Politologinnen im FFGZ aktiv waren. Hier lässt sich die Arbeitsweise als inhaltliche Schnittstelle im Feld von feministischer Theorie und (geisteswissenschaftlicher) Gesellschaftsanalyse als Fokus eingrenzen, in dem sich spezifische Themen überlappen und bündeln konnten. Neben Studierten aus Soziologie, Politischer Wissenschaft und Public Health waren zumindest später in den ausgehenden 1980er Jahren auch Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagoginnen beim FFGZ vertreten. Für die 1990er Jahre beschrieben Aktivistinnen D1, D2 und D3 den Weggang von Soziologinnen und politischer Analyse, was retrospektiv gleichsam als schrittweise Entpolitisierung der Arbeitsweise des FFGZ benannt wurde. Seither seien vorrangig anwendungsbezogene Perspektiven vertreten gewesen, die nicht mehr die Grundfesten gesellschaftlicher Prozesse adressierten. Dies sei zugleich mit der verstärkten Professionalisierung der Außendarstellung einher gegangen, die sich ebenfalls auf eine Pädagogisierung der nach außen vertretenen Anliegen und Konzepte ausgewirkt habe. Gleichsam habe dies einer stärkeren Kohärenz in der Ausrichtung der Angebote entsprochen.

Das Verhältnis zwischen FFGZ und Berliner Senat, das sich seit den 1980er Jahren komplex gestaltete, ist auch eine Komponente, die der Veränderungsprozess innerhalb des Zentrums beeinflusst hat. In den 1980er Jahren hatte der Senat West-Berlins den ›Finanztopf‹ in der Haushaltspyramide eingerichtet für Selbsthilfeprojekte, auf den sich die Projekte je bewerben und unter Bedingung der Erfüllung von spezifischen Anforderungen entsprechend Gelder bewilligt bekommen konnten. Dies gelang dem FFGZ und seither konnten regelmäßig Gelder erhalten werden, auch wenn es in den 1990er Jahren krisenhaft wurde, da die Bewilligung infrage stand. E2 wies im Interview 2014 darauf hin, dass es zukünftig wieder erschwerte Bedingungen für die Bewilligung der Gelder geben könne, weil mitunter Auflagen verändert würden und nach neuen Kriterien ausgelobt werde. Angesichts der Äußerungen zeichnete sich insgesamt ein komplexes Wechselspiel ab zwischen Erwartungen und Eigendarstellung, in dem Anpassungsleistungen des Zentrums erforderlich wurden. Das Wechselverhältnis selbst ist noch kein zentraler Gegenstand der vorliegenden Betrachtung, in der zwar nach allgemeinen Wandlungsprozessen des Zentrums gesucht wurde, aber diese nicht in alle Details hinein ausgelotet wurden. So erscheint es sinnig darauf hinzuweisen, dass weiterführende Studien sich diesem Konglomerat genauer widmen könnten. Dadurch könnte fundierter eingeschätzt werden, ob und wenn ja ab wann eine Neuausrichtung des eigenen Politisch-Seins des Zentrums eingesetzt habe. Dass das FFGZ sich durch alle betrachteten Jahrzehnte der vorliegenden Befragung hindurch mittels der Kritik, die Aktivistinnen formulierten, als Politikum und sich insgesamt als Instanz der politischen Herausforderung begriff, ist bereits anhand der Interviewpassagen deutlich geworden. Hierbei wäre allerdings sinnvoll zu differenzieren, inwieweit unterschiedliche Politikverständnisse

den aktivistischen Einschätzungen zugrunde liegen konnten oder ob jeweilige Auslegungen sich während der einzelnen aktivistischen Biografien gewandelt haben könnten.

Die zentrumseigene *Clio*-Zeitschrift wurde im Laufe der Jahrzehnte stetig professionalisiert, was bedeutet, dass sich vor allem die Form der Darlegung von Inhalten gewandelt hat. Inhaltlich fundierte Argumente finden sich bereits zu Beginn der Zeitschrift, die sich auch früh differenziert mit brisanten gesellschaftspolitischen Themen befasste. Semantik und Layout allerdings gingen im Laufe der Jahrzehnte schrittweise weg von Äußerungsformen der Neuen Frauenbewegung. Das Layout wurde schließlich delegiert und ausgelagert, nachdem es bis in die 1990er Jahre hinein als Handarbeit der FFGZ-Aktivistinnen geblieben war. E1 verwies im Interview darauf, dass diese Schritte auch Teil der Professionalisierung des Zentrums selbst gewesen seien, da der eigene Anspruch, Frauen über feministische Kreise hinaus erreichen zu wollen, zuvor an Grenzen gestoßen sei, als sich das FFGZ betont eigenwillig dargestellt habe. Szene-Kreise seien hierdurch angesprochen worden, jedoch habe dies bedeutet Personen auszuschließen, die nicht an die Ästhetik und Semantik der Bewegung anknüpfen konnten. So wird dabei auf Verständigungsgrenzen verwiesen zwischen Aktivistinnen, die Teil der Neuen Frauenbewegung waren und die intern praktizierten Zeichen ›lesen‹, also deuten und daran anknüpfen, konnten gegenüber Personen, die hierzu keinen Zugang fanden. Formen in der feministischen Ausdrucksweise, die mit Provokation und Irritation einhergingen, wurden von E1 beispielsweise retrospektiv als ›elitär‹ bezeichnet, da sie nicht niedrigschwellig oder inklusiv gewesen seien. Das FFGZ habe sich inhaltlich weiterhin den Themen und Anliegen gewidmet, dies aber in ›geschmeidiger‹ Formen übersetzt. Somit kann auch die Veränderung der *Clio*-Zeitschrift gedeutet werden als Prozess der inhaltlichen Stringenz, die weniger durch offensichtliche Provokationen flankiert worden ist. Auch die Textstruktur der Beiträge ist in den jüngeren Jahren einfacher lesbar gestaltet, mit simplerer Syntax sowie weniger Doppeldeutigkeit versehen. Dies erweckt den Anschein, als sei es zum Ziel geworden, Zugangsbarrieren der Inhalte zu minimieren. Angesichts der Anforderungen der Fachdiskurse, in die sich die Zeitschrift einmischt, ist die Glättung weg von Spitzen und flankierenden Provokationen allerdings zugleich ein Zeichen von Anpassung an ›Lesbarkeit‹ für die herausgeforderten Instanzen. Denn mit dem Zugeständnis, politische Ecken und Kanten der Provokation zu glätten geht auch die Möglichkeit ernst genommen zu werden durch ›Professionelle‹ einher, da die sachbezogene und inhaltliche Ebene in den Vordergrund gestellt wurde.

Bezüglich der zentrumsinternen Arbeitsteilung, die sich im Laufe der Jahrzehnte im FFGZ verändert hat, wird beschrieben, dass das basisdemokratische Arbeitsprinzip ›Alle machen alles‹ sich wandelte. Schrittweise sei Arbeitsteilung etabliert worden und nicht zuletzt habe die thematische Spezifizierung einzelner Mitwirkender in den 1990er Jahren auch zu Entscheidungshierarchien im FFGZ beigetragen. Die Überforderung Einzeller durch das vorherige Arbeitsprinzip, in dem alle Mitwirkenden gleichermaßen für alle anfallenden Tätigkeiten zuständig sein sollten, wurde in den Interviews durch Aktivistinnen D1 und D2 problematisiert. Durch das Arbeitsprinzip habe sich der ›harte Kern‹ der ›wirklich‹ Engagierten herausgeschält in der Gruppe, während manche Aktivistinnen sich aus Überlastung aus dem FFGZ zurückgezogen hätten. Arbeitsteilung sei zunächst auf spezifizierte thematische Bereiche konzentriert erkennbar gewesen. Innerhalb der Erstellung der *Clio*-Zeitschrift seien nach wie vor alle Aktivistinnen eingebunden gewe-

sen. Durch die stärkere Stringenz der eigenen Angebote und das Abflachen von provokativen Elementen kamen im Zuge des Prozesses, der von Aktivistinnen als Professionalisierung beschrieben wurde, auch Formen der Repräsentativität sowie Respektabilität der Außendarstellung der Einrichtung hinzu. Dieser Prozess allerdings führte auch zum Bruch der Generationen von Aktivistinnen des Zentrums, wie es in den Interviews expliziert wurde.

Der Vergleich zu transnationalen Kreisen der Frauengesundheitsbewegung zeigt, dass kleine Gesundheitszentren, die aus der Bewegung heraus gegründet worden waren, unterschiedliche Ausprägungen annahmen und unterschiedlichen Herausforderungen begegneten. In den USA beispielsweise kam es in derselben Zeit, in der das FFGZ Berlin sich ansatzweise anhand von öffentlichen Geldern als eigenes Zentrum konsolidieren und etablieren konnte, zur Schließung von Zentren. Während der Regierungszeit von Reagan in den 1980er Jahren kam es in den USA zu verstärkten Anfeindungen gegenüber *Feminist Women's Health Centers*, weil diese sich für Zugangsfreiheit für Schwangerschaftsabbrüche einsetzten. Die Angriffe, die während der Reagan-Legislaturperiode zunahmen, reichten von Türblockaden seitens Protestierender, die Abtreibungen prinzipiell ablehnend gegenüberstanden, über Verwüstungen der Zentren hin zu Brandanschlägen und gezündeten Bombensätzen. Auch die gezielte Tötung von Mitwirkenden der Zentren kam hinzu und betraf vornehmlich diejenigen, die in den Abtreibungsabteilungen engagiert waren und hier auch Techniken der gynäkologischen Selbstuntersuchungen vermittelten. Die bis dahin funktionierende Öffentlichkeitsarbeit der *Self-Help*-Kreise brach angesichts dieser Umstände zusammen. Das *Feminist Women's Health Center* von Los Angeles ließ sich nicht dauerhaft aufrechterhalten und wurde noch in den 1980er Jahren geschlossen, während beispielsweise das *National Women's Health Network* in Washington D.C. als Dachverband der Frauengesundheitsbewegung weiterhin fortbestand (vgl. Murphy 2004: 123; vgl. auch Morgen 2002: 181–205).

Um die Verbindung zurück zu den Veränderungen des FFGZ Berlin zu knüpfen, ist es wichtig herauszustellen, dass sich die *Feminist Women's Health Centers* der USA anders entwickelt haben als das FFGZ Berlin, auch da sie schon ab 1973 neben der Vermittlung von Selbstuntersuchung und Gesundheitsangeboten in den meisten Fällen Anlaufstellen darstellten, in denen Schwangerschaftsabbrüche praktiziert wurden. Die Arbeitsweise der 1970er Jahre im FFGZ war noch stark auf die Ideation und Argumente der US-amerikanischen Kreise bezogen und auch Praktiken wie Menstruelle Extraktion standen zunächst im Fokus der Aktivistinnen in West-Berlin. Doch als sich der Ansatz, eine Anlaufstelle für Schwangerschaftsabbrüche zu gründen, nicht durchsetzte im FFGZ, veränderte sich die Ausprägung als Gesundheitszentrum gegenüber den US-amerikanischen Einrichtungen. Die Berliner Aktivistinnen setzten ihre eigenen Akzente auch angesichts der Ausgangslage, die sie vor Ort vorfanden, und angesichts der eigenen Ressourcenkonstellation. Aktivistinnen C1 und D1 beispielsweise formulierten hierzu in den Interviews eigene Einschätzungen, um die Unterschiede zwischen den US-amerikanischen Zentren und dem FFGZ zu konturieren. Dass die Betrachtung des FFGZ als einzelnes Gesundheitszentrum selbstredend erkenntnistheoretische Grenzen hat für die vorliegende Betrachtung, wird anerkannt in diesem vorläufigen Fazit. Dennoch ist es wichtig herauszustellen, inwieweit verallgemeinerbare Elemente für die Frauengesundheitsbewegung enthalten sind in den betrachteten Prozessen, wenngleich jedes Gesundheitszen-

trum, das aus der Bewegung heraus entstanden ist, eine ganz spezifische Ausgangslage mit je besonderen Herausforderungen und eigener Definition der Arbeitsweise entwickelt hat. So kann dennoch die Betrachtung der Veränderung eines einzelnen Zentrums auch eingebettet in die Geschichte der Neuen Frauenbewegung verstanden und hierbei exemplarisch gedeutet werden. Dadurch kann die Einzelbetrachtung als Schlüssel zum Verständnis der größeren Zusammenhänge nützen, um sowohl die Entwicklung der Bewegungsgeschichte als auch der Gesundheitspolitik nachzuvollziehen. Auch in der Bundesrepublik, in der feministische Frauengesundheitszentren bislang nicht zum Ziel von Brandanschlägen wurden, erschließt das Verständnis der Prozesse im Kleinen teilweise die Erklärung des Größeren von Gesundheitspolitik. Denn derlei Zentren, so unterschiedlich sie auch sein mögen, sind von Marginalisierung geprägt, angesichts der nach wie vor institutionell verankerten Instanzen, die Diskurs und Verwaltung von Medizin, Pharmazie und Gesundheitsversorgung insgesamt bestimmen. Schließungen von (feministischen) Beratungs- und Gesundheitszentren der Bewegung aufgrund von Resourcenmangel geben Aufschluss über die Prekarität, die in diesen Fällen mit Marginalität einhergeht. Gesamtgesellschaftlich spricht hieraus auch gegenwärtig geringes Beimessen von Relevanz gegenüber den Themenkomplexen und Forderungen, wie sie sich aus der Frauengesundheitsbewegung heraus entwickelt haben oder gegenüber den Aktionsformen der unabhängigen Gesundheitsberatung.<sup>16</sup> Angesichts von ungesicherter Finanzierung und externer Infragestellung der Arbeitsweise scheint das eigene Fortbestehen der – wenigen verbliebenen – feministischen Frauengesundheitszentren zur politischen Aufgabe der noch darin engagierten Aktivistinnen geworden zu sein. Aber auch mit weniger dramatischer Zuspitzung kann die Betrachtung eines Gesundheitszentrums als hilfreicher Spiegel fungieren. Im Prozess der Professionalisierung, den die Aktivistinnen als solchen beschrieben in den Interviews, zeigt sich die reaktive Ebene mit einem fragilen Spagat zwischen inhaltlicher Teilautonomie und Abhängigkeit von Finanzierung. In der Ratlosigkeit der Aktivistinnen in Anbetracht der anhaltenden Ökonomisierungsprozesse der Gesundheitsversorgung spiegelt sich zugleich eine kritische Bilanzierung der eigenen Arbeit und deren scheinbar ausbleibenden Erfolgen.

Wenn Individuen gegenwärtig Beratung oder Gesundheitskurse aus einer als hilfsbedürftig empfundenen Situation heraus wahrnehmen, kommt partizipativ und emanzipativ arbeitenden Einrichtungen wie dem FFGZ hohe Verantwortung zu. Mit der Verschiebung der Arbeit im FFGZ Berlin hin zu zeitlich, räumlich und durch Geld vermittelten Angeboten, hat sich die inhaltliche Ausrichtung der Angebote gleichsam auch den Konzepten von ‚Gesundheitserziehung‘ deutlich angenähert, wenngleich diese nach wie vor durch Aktivistinnen der jüngeren Zeit durch kritische diskursive Einwürfe begleitet wird. So hieß es bei Aktivistin E1 beispielsweise, es sei auch Selbstsorge, sich frei von Handlungsdruck über die eigenen Formen der Selbstsorge zu verständigen. In der Beschreibung der Aktivistinnen finden sich seit den 1990er Jahren verstärkt Beratungsan-

16 Das FFGZ Frankfurt a.M. wurde 2013 geschlossen; vgl. hierzu eine retrospektive Einschätzung der Einrichtung, ihrer Arbeitsbedingungen sowie der Umstände der Schließung durch Zollmann aus dem Jahr 2013: <https://frankfurt.de/-/media/frankfurtde/service-und-rathaus/verwaltung/amerter-und-institutionen/frauenreferat/pdf/frauengesundheit/35-jahre-ffgz.ashx>; letzter Zugriff: 20. November 2022.

gebote zu gesunder Lebensweise – unter anderem Ernährung und Bewegung – im FFGZ und dennoch auch zu Selbstuntersuchungen, die den Sinn für Eigenermächtigung angesichts der allgemeinen Vorgaben von ›Normalität und Anomalie‹ schärfen. Der Ansatz, Frauen zu Expertinnen ihrer eigenen Gesundheit zu erklären, bestimmt Frauengesundheitsfragen im Zentrum. Letzteres sieht das Schaffen einer Expertiseebene über Fachinformationen vor, die Frauen erhalten können, während sie beispielsweise angesichts einer medizinisch geplanten Gebärmutterentfernung, die fachärztlich angeraten wurde, um eine eigene Haltung und Entscheidung ringen. Diese Entscheidung der individuellen Frau stand im Mittelpunkt der ergebnisoffenen Beratung des FFGZ, denn Ziel sei es gewesen, dass sie diese denjenigen Institutionen entgegensetzen könne, die medizinische Behandlungsmaßnahmen planten. Dieses ›Ausloten‹ der eigenen Entscheidung stand im Rahmen der FFGZ-Beratung im Vordergrund der Einzelberatung. Selbstuntersuchung fand in jüngerer Zeit eher im Rahmen von Verhütungsberatung statt, die auch Diaphragmen als langanhaltende Expertise-Ebene des FFGZ beinhaltete. Ziel ist die Kenntnis von Vielfalt und das Schaffen einer Handlungsgrundlage gewesen, die nach Demokratisierungsvorstellungen die Basis für tatsächlich eigenständiges Handeln darstellte. Nach diesem ersten Schritt des Greifbarmachens von Vielfalt und Ergebnisoffenheit unterbreitete die FFGZ-Beratung allerdings keine vorgefertigten Antworten, sondern eröffnete Raum und Zeit für die Spezifik der Frau, die inmitten eines Prozesses war, denn deren ›persönliche Situation und [...] Fragen stehen dabei im Mittelpunkt‹ (FFGZ Berlin ›Beratung‹).<sup>17</sup> Die Reminiszenz der tatsächlichen Selbstbestimmung in der Bedeutung der Stärkung von Frauen als (politischen) Subjekten des eigenen Lebensverlaufs schwingt hier auch bei gegenwärtigen Selbstbeschreibungen mit. Dieses Narrativ der Neuen Frauenbewegung, das im Rahmen des gegenwärtigen FFGZ in professionalisierter Weise in Beratungsansprüche übersetzt wird, ist ein Kennzeichen von Kontinuität, das besonders in Anbetracht der eigenen Ansprüche an das sonstige ›Mit-der-Zeit-Gehen‹ unterstrichen wird. Die Scharnierfunktion der ›Übersetzung‹ von Fachinformationen bei gleichzeitig intendierter Bestärkung von Individuen ist eine deutlich konturierbare Kontinuität der Anliegen.

Die Analysen der Frauengesundheitsbewegung hatten mit der Frage nach Kontrolle von Prozessen und Verhältnissen – also Fragen von Machtasymmetrie – begonnen und zielten im Kern schon auf Widerstand gegen geschlechtlich diskriminierende Handlungsweisen. Insbesondere staatliche Verfasstheit bestehender Gesundheitsversorgung wurde in der Ausprägung von geschlechtlicher Hierarchisierung kritisiert. Indem diese Machtfrage selbst einerseits seit Beginn der frauengesundheitspolitischen Aktivitäten in den 1970er Jahren beibehalten wurde, muss der Blick andererseits auf die Adaptationen gerichtet werden, die mit der veränderbaren Ausdeutung der ›Machtfrage‹ einhergehen konnten. Die Aktivistinnen stellten in ihrer gesellschaftskritischen Diskussion innerhalb des Zentrums der jüngeren Vergangenheit auch die Fragen nach Kontrolle und Regieren, nach Deutungshoheit und der Verbindung von Entscheidungsprozessen, die bereits durch Hierarchien der Gesundheitsversorgung erschwert werden können. Diese Ebene scheint sich eventuell nur vordergründig in den Angeboten und Kursen des FFGZ nicht mehr niederzuschlagen, was nicht ausschließt, dass die Ebene sich dennoch – wie

<sup>17</sup> Vgl. <https://www.ffgz.de/beratung/beratungsthemen.html>; zuletzt aufgerufen am 18. Mai 2021.

durch die Akteurinnen im Rahmen der Interviews angedeutet wurde – hintergründig in den verbliebenen Angeboten finden lassen könnte. Auf jene Prozesse des Einflechtns politischer Analysen in die gegenwärtige Alltagsarbeit des FFGZ konnte im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht eingegangen werden und insofern ist es auch an dieser Stelle wünschenswert, wenn es weitere Studien zu diesem Forschungsdesiderat gäbe.

Es wäre insgesamt zudem wünschenswert, wenn weitere Studien sich der Grenzen der Lesbarkeit von Professionalität insofern widmen würden, als dass die Aktivitäten des FFGZ Berlin – wie vieler anderer ähnlicher Zentren – einen bisher unerforschten Kernpunkt darstellen, bei dem wechselweise die fachliche Professionalität der Aktivistinnen die scheinbare Expertise der ›Professionellen‹ des medizinischen Sektors herausgefordert und infrage gestellt hat. Hier greifen Fragen nach Hegemoniebildung und Marginalisierung, wobei ›symbolische Gesundheit‹ durch Kategorisierungen und Variablen vermittelt wird. Die politische Frage bleibt, inwieweit es den heutigen Ausformungen frauenbewegter Projekte gelingen kann, dieses Spiel der Variablen eigenständig zu füllen und Rhetoriken strategisch zu verwenden. Im Umkehrschluss bedeutet dies auch zu fragen, inwieweit sie in der alltäglichen Betriebspraxis den Raum der (politischen) Reflexion und Analyse einzurichten vermögen, um weder selbst zur Spielfigur der symbolischen Gesundheit zu werden noch diejenigen Frauen, die sie durch ihre Angebote unterstützen wollen, zu jener Variablen werden zu lassen.

Insofern ist der Rückbezug auf Theoreme von Foucault bereits bei grober Betrachtung hilfreich, um herauszukristallisieren, inwieweit einerseits die Schaffung von Reflexions-, Analyse- und Kritikprozessen in der Alltagspraxis von Zentren wie dem FFGZ Berlin möglich war und als Herausforderung der Macht von medizinisch-pharmazeutischen Feldern verstanden werden kann. Denn Kritik um der Kritik willen – oder Information um der Information willen, sowie Aufklärung um der Aufklärung willen – ist wenig hilfreich auf dem Terrain der Gesundheitspolitik in dieser Perspektive. Annäherung an Realpolitik durch Diskurskritik scheint den Arbeiten des FFGZ Berlin prinzipiell bisher sogar näher gewesen zu sein, als es manchen Aktivistinnen bewusst gewesen zu sein scheint, da sich klare Beziege zu machttheoretischer Analyse in den Positionierungen der Aktivistinnen zeigen, ohne dass diese als solche in den Interviews gerahmt wurden. Gleichsam wurde in der Beschreibung der eigenen Arbeit durch die Aktivistinnen selbst eher auf Beschreibung der eigenen (politischen) Praxis als Eröffnung von ›Informationen‹ oder ›Fachwissen‹ für alle Frauen verwiesen, die als in sich schon emanzipatorisch intendiert dargestellt wurde. Diese mehrdeutige oder vielleicht auch missverständliche Vorgehensweise in der Aufendarstellung, die im Laufe der Jahrzehnte verzeichnet werden kann, grenzte sich bislang noch uneinheitlich ab von Aktivitäten mit marktförmigen Angebotsstrukturen der vermeintlichen Selbstsorge und zeigte sich auf den zweiten Blick hin jedoch als machtkritisch, wenn Inhalte der Arbeitsweise des FFGZ genauer betrachtet werden.

Aktivistin D3 verwies beispielsweise darauf, dass ein klarer Rückgriff auf Praktiken der Qualitätssicherung hier zumindest einen Ankerungspunkt für die Politik des Zentrums selbst darstellen könnte, da nicht nur die eigene Arbeitsweise legitimer darstellbar würde, sondern auch das ›Außen‹ gezielt kritisiert werden kann, sofern die Qualität der medizinisch Professionellen als nicht gesichert gilt. Der Status des Zentrums als ›besser Wissende‹ könne, so D3 weiter, trotz der Größe – oder vielmehr des klei-

nen Umfangs der Ressourcen mit denen die Aktivistinnen des Zentrums arbeiten – genutzt werden, wenn es um die Aufstellung von Mindeststandards qualitätsorientierter Beratung und Behandlung gehe. Hiermit könne auch ein relativ kleines und marginalisiertes Gesundheitszentrum auf die hegemonialen Positionen einwirken, indem fundierte Kontestation eben jene Hegemonie – und ›Professionalität‹ – qua Verweisen auf Qualitätsstandards öffentlich infrage gestellt werden kann. Diese potenzielle Inversion der Machtasymmetrie aufgrund von Qualitätskriterien könnte erneuerte Form des Politikmachens nicht nur des FFGZ, sondern der verbleibenden Einrichtungen der Frauengesundheitsbewegung sein. Doch der strategische intergenerationale Dialog hierzu scheint noch nicht initiiert zu sein, obgleich die befragten Aktivistinnen nie mit dem FFGZ brachen. Praktiken des Setzens und Einforderns von Qualitätsstandards würden Rekurse auf einstige Elemente der Frauengesundheitsbewegung darstellen und doch das FFGZ Berlin zur reflexiven Akteurin machen, indem, wie D3 es skizzierte, im gezielten Einsatz der vorhandenen Mittel und Mühen wie im Brennstrahl gebündelt die eigenen Ansprüche als Korrektiv der Gesundheitsversorgung (wieder) erkennbar werden könnten.

Eine Hegemonie frauenpolitischer Anliegen innerhalb der Felder gesundheitspolitischer Diskurse selbst scheint sich auf absehbare Zeit nicht zu formieren, was insbesondere durch Aktivistinnen E1 und E1, aber auch durch Schilderungen weiterer Aktivistinnen beschrieben wurde.<sup>18</sup> Politische Einflussnahme bei Aufrechterhaltung der Praktik partizipativer Beratung und Unterstützung von Frauen sind ein spezifisches Merkmal des FFGZ, das sich jedoch nicht unmittelbar für alle Ratsuchenden zu erschließen scheint. Gerade das Festhalten an der fundamentalen Bestärkung von leiblicher Autozeption der Individuen allerdings lässt darauf schließen, dass Raum zur Reflexion eben diesen Lese- und Verständnisprozess ermöglichen kann und soll. Dies – und das ist ein zentraler Befund der vorliegenden Betrachtung – zeigt deutliche Tendenzen der Gegenläufigkeit gegenüber institutioneller Vereinnahmung von außen bei der bisherigen Betrachtung des FFGZ, das seit der Gründung Wert auf inhaltlich weitgehende Unabhängigkeit legte.

Die metatheoretischen Fragen eines möglichen Ineinanderfließens von Bestärkung und Bevormundung von Frauen durch die Arbeit der Frauengesundheitsbewegung oder die Vermittlung von selbstoptimierungsbezogenen Gesundheitskonzepten durch ihre Projekte lassen sich nur differenziert beantworten. Der Blick muss dabei prinzipiell zunächst auf Prozessen der Hegemoniebildung liegen. So muss beispielsweise sehr genau auf die Effekte geblickt werden, wenn eine Einflussnahme von (feministischen) Frauengesundheitszentren auf die Gynäkologie als Disziplin eruiert wird. Die Effekte der Frauengesundheitsbewegung sind aus dem Blick der Gegenwart ohnehin paradox einzustufen. Einerseits gibt es wenige verbliebene Zentren, die aus der Neuen Frauenbewegung heraus entstanden sind, deren zukünftige Existenz allerdings nicht selbstverständlich scheint. Andererseits gibt es Netzwerkarbeit, die sich den Anliegen

<sup>18</sup> Besonders in den Erzählungen folgender Aktivistinnen finden sich Verweise auf den Rückgang der frauenpolitischen Gesundheitsforderungen in der öffentlichen Auseinandersetzung: A1, B2, B3, B4, C1, C2, C3, D1, D2, D3.

der Frauengesundheitsbewegung hinsichtlich der Demokratisierung von Gesundheitsversorgung und Geschlechterverhältnissen verpflichtet sieht. Ein Beispiel hierfür stellt der Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF) dar, der einen Verbund aus Laiinnenaktivismus von einst darstellt mit medizinisch professionell zertifizierten Akteur:innen, die in den Disziplinen selbst für Veränderungen eintreten.<sup>19</sup> In dieser Bandbreite von verbliebenem – sichtbarem – Aktivismus der Frauengesundheitsbewegung muss differenziert werden hinsichtlich der Aktionsformen und Anliegen. Eine Einschätzung von Einflussnahme auf Regierungsweisen der Gesundheitsverwaltung jedoch scheint insgesamt paradoxen Mustern zu folgen. Auch deshalb ist der dezidierte Blick auf das FFGZ als kleinerer Ausschnitt der größeren Bewegung relevant.

Bei genauerem Blick auf die Beschreibungen der FFGZ-Aktivistinnen wird deutlich, dass zumindest nicht von einer direkten Beeinflussung durch fruchtbare Kooperation auf struktureller Ebene ausgegangen werden kann. Vereinzelte Gynäkolog:innen waren aufgeschlossen und suchten die inhaltliche Kooperation, aber weder wurde Selbstuntersuchung zur gängigen Praxis der Gynäkologie noch wurde die Ermunterung von Frauen die eigene Expertise einzubringen zum anerkannten Modell der Gynäkologie. Auch das ›Nichts-Tun oder das Vertrauen in die eigenen leiblichen Abläufe zu bestärken, erreichte keine Hegemonie innerhalb der gynäkologischen Profession. Ein Verständnis von Selbstuntersuchung als Selbstüberwachung oder Selbstoptimierung wird durch die Aktivistinnen in den Interviews zweifelsohne kritisiert und zurückgewiesen. Das Kümmern um die eigene Gesundheit, das die Aktivistinnen zur Zeit ihres Engagements, ebenso wie in der Situation der Befragung, hochhielten, wird zumeist in Verbindung zu Kontinuität der Frauengesundheitsbewegung artikuliert, die einst eben jenes Kümmern als Subversion gegenüber staatlicher Repression verstand. Einerseits hat es eine stärkere Ausrichtung der inhaltlichen Arbeit auf Bereiche der Gesundheitsinformation und Gesundheitserziehung gegeben im Zentrum, andererseits wird in Einzelberatung der Raum eröffnet, um Verunsicherung durch medizinische Fachinformationen zu überwinden und Möglichkeiten für differenzierte Handlungsoptionen aufzuzeigen, die tatsächlich bestärkend für Individuen wirksam werden können.

Die Veränderungen und die Einflussnahme der Frauengesundheitsbewegung als größeren Zusammenhang zu begreifen und differenziert einzuschätzen, ist bislang hingegen nicht ohne Weiteres möglich. Weitere Studien könnten sich diesem Desiderat dennoch annehmen, beispielsweise indem die Wirkmacht oder Wirkungsweise der Ottawa-Charta nochmals genauer betrachtet wird. Da die Charta das bekannteste Beispiel der Einflussnahme von Aktivistinnen der Frauengesundheitsbewegung auf internationaler Ebene in der bisherigen Rezeption darstellt, könnte hiermit exemplarisch untersucht werden, inwiefern die Doppelbedeutung der Charta in der Umsetzung durch staatlich organisierte Implementierung Anerkennung findet oder ob die Umsetzung der Anliegen der Charta sich auf gouvernementalem Wege auf die Ebene der Reduktion staatlicher Lenkungsmechanismen und die damit verbundene Ökonomisierung von Selbsttechnologien stützt. Doch gerade weil die Frauengesundheitsbewegung nur punktuelle Einflussnahme nutzen konnte und auf der Ebene der Projektarbeit innerhalb des Gesundheitssektors alles andere als hegemoniale Sprecherinnenpositionen

19 Vgl. <https://arbeitskreis-frauengesundheit.de/>; letzter Zugriff: 30. Juni 2021.

innehatte, kann auf diskursiver Ebene der Wandel von Gesundheitskonzepten zunächst als Prozess der sich selbst erneuernden Institutionen gesehen werden, die der Herausforderung durch soziale Bewegungen eine scheinbare Mitsprache eröffnete (vgl. Ehmsen 2008). Die Frage der Ebene von symbolischer Gesundheit ist angesichts der Doppeldeutigkeit der Ottawa-Charta insofern relevant und beantwortbar, als dass hier eine Differenzierung der Ebenen von (F)FGZ-Aktivismus an sich möglich scheint.

In Anbetracht der in der vorliegenden Arbeit dargelegten Betrachtung schließt sich insgesamt ein Kreis an dieser Stelle. Denn wie in Kapitel 2 im Zuge der Diskussion zur historisierenden Vorgehensweise der Betrachtung formuliert wurde, soll die vorliegende Arbeit aufzeigen, welche Geschehnisse – also auch Entwicklungen als Prozesse – zentral waren für das FFGZ als Gesundheitszentrum, indem diese aus Sicht der Akteurinnen selbst konturiert werden. Dabei sollten die herrschaftskritischen Aspekte Ideengebung und Handlungsweisen der Aktivistinnen, die im Sinne Foucaults als *Contre-conduite* gefasst werden können, hinsichtlich der Theoreme zu Diskurs, Gegen-Verhalten und Gegen-Diskurs als Kritik berücksichtigt werden.<sup>20</sup> Insgesamt ermöglicht die vorliegende Betrachtung eine Form von Erinnerungsarbeit für eine soziale Bewegung, die in ihren Zielen und Aktionsformen aus der Wahrnehmung von vielen feministischen Aktivistinnen und Forschenden verschwunden ist. Da diese Form der Erinnerungsarbeit mit einer kritischen Gewichtung des Betrachtungsgegenstandes einhergeht, sind die Aussagen zur Arbeitsweise des Zentrums chronologisch geordnet sowie im Hinblick auf Kontinuität und Wandel differenziert worden. Hierdurch ließ sich aufzeigen, dass Bezugnahme auf die Frauengesundheitsbewegung als größeren Zusammenhang von Kritik hinsichtlich übergeordneter Themen eine nicht nur rhetorische Konstante in der Haltung der jeweils vor Ort engagierten Aktivistinnen darstellt. Dass der Niederschlag der Haltung im Sinne von Kritik sich für die voneinander abgrenzbaren Zeitphasen des Zentrums je unterscheidet, ist anhand der Kapitel 6 bis 8 ausführlich illustriert sowie im vorliegenden Kapitel gebündelt argumentiert worden. Insofern stellt das betrachtete Zentrum trotz spezifischer lokaler Umstände ein Abbild für Prozesse der größeren Bewegung als solcher dar.

Angesichts der Verankerung von Selbstbestimmungsrechten über die eigene Körperlichkeit in bundesdeutscher Gesetzgebung könnte angenommen werden, eine zentrale Forderung der Frauengesundheitsbewegung habe sich institutionalisiert, doch konnte theoretisch und empirisch differenzierend aufgezeigt werden, dass es sich vielmehr um paradoxe Phänomene handelt, was insbesondere beim genaueren Blick auf staatliches Handeln durch Regulation von Körperlichkeit mittels oft indirekter Ausformung von Gesundheitspolitik deutlich wird. Auch wenn staatlichem Agieren im Feld von Medizin und Gesundheit die Form von Nicht-Handeln und Nicht-Festlegen von Regularien zukommt an manchen Schnittstellen (vgl. Braun 2011a), ist die Ausgestaltung individuellen Körper- und Gesundheitshandelns durch Individuen begrenzt. Deutlich wird das Paradoxon, dass Selbstbestimmung einerseits eine begrifflich zentrale Position bekommen hat in Gesundheitspolitik und -verwaltung, während zugleich staatliches Handeln

<sup>20</sup> Kritik in diesem Sinne bedeutet bei Foucault machtkritische Herausforderung der Gegebenheiten einer reflektierten Unknechtschaft und Unfugsamkeit (vgl. Foucault 2010: 242).

zu grundlegender Lenkung von Körperpolitik weniger sichtbar auftritt als beispielsweise noch vor wenigen Jahrzehnten. Hierzu ist eine Einschätzung der Aktivistinnen der Frauengesundheitsbewegung, die dies einst einforderten, sehr relevant. Denn mit der aktivistischen Sicht kann ein Abgleich zwischen ‚Schein‘ und ‚Sein‘ ermöglicht werden und damit aufgezeigt werden, welche frauengesundheitsbewegte Kritik andauert. Die Akteurinnen des betrachteten FFGZ stellen die Integration von Selbstbestimmungsfordernungen seitens Gesundheitspolitik und -verwaltung infrage. Vielmehr kritisieren sie diesen Prozess als unstimmig und machtasymmetrisch, da sich mitnichten die tatsächlichen Forderungen der Bewegung eingelöst hätten, obgleich es in Anbetracht rhetorischer Elemente des Gesundheitsdiskurses den Anschein erweckt hätte.

Die vorliegende historisch-soziologische Befragung setzt in ihrer Betrachtung in der Rückschau auf Prozesse der vergangenen Jahrzehnte an. Hierbei haben Aktivistinnen die Geschehnisse retrospektiv geschildert und mit einer eigenen Reflexion versehen. Aus Sicht der Akteurinnen des Gesundheitszentrums, das sich aktiv in die größere Bewegung einbrachte und Einfluss auf die Gestaltung von Gesundheitspolitik nehmen wollte, stellen sich etliche Elemente der Geschehnisse als rätselhaft dar. Dies ist weniger hinsichtlich der eigenen Ideensetzung von einst gemeint, die zwar durch die Aktivistinnen selbst kritisch reflektiert, aber in Kernpunkten nicht verworfen wird. Vielmehr wird Unbehagen artikuliert bezüglich der Ausschlussmechanismen seitens der Fachdiskurse in die hinein die Forderungen der Aktivistinnen nicht hinreichend wirken konnten und bezogen auf die Persistenz von Hierarchisierung in der Gesundheitsversorgung, die als zentrale Themen schon in den Anfangsjahren der Bewegung problematisiert worden sind. Dass sich eine Überforderung im Aktivismus abzeichnet, der Prämissen der Frauengesundheitsbewegung entsprechen und gerecht werden will und zugleich beständiger Aktualisierung und Professionalisierung unterliegen muss, ist deutlich geworden. Die Anforderungen an frauengesundheitsbewegten Aktivismus sind im Laufe der Jahrzehnte seit Gründung des FFGZ zunehmend gewachsen, auch durch Druck der Lesbarkeit (*Intelligibilität*) von inhaltlicher Fachlichkeit seitens der Fachdiskurse von Gesundheitspolitik und Medizin. Hierin liegt eine Machtasymmetrie, da sich Positionen von ‚Professionalität‘ in Abgrenzung und Abwertung zu vermeintlicher ‚Unprofessionalität‘ der Laienhaftigkeit konstituierten. Um einer Zuschreibung der Unprofessionalität zu entgehen und Gehör seitens der kritisierten Instanzen (Medizin und Gesundheitspolitik) zu finden, hat sich der Aktivismus der Frauengesundheitsbewegung aufgeteilt auf zwei Ebenen. Bei der sichtbaren Ebene hat eine Professionalisierung des Auftretens hinsichtlich medizinischer Fachlichkeit eingesetzt, die allerdings auch bedeutete, Grenzen der eigenen Kritik weicher zu zeichnen im Zuge der Anpassungsprozesse. Auf der anderen Ebene scheint sich frauengesundheitsbewegter Aktivismus stärker als in den vergangenen Jahrzehnten in unsichtbare Sphären begeben zu haben. Hierin kann zwar einerseits das Verblassen der Frauengesundheitsbewegung attestiert werden, aber dass dies nicht gleichbedeutend mit Verschwinden gedacht werden sollte, zeigt auch ein Blick in die Bewegung, wie sie sich in den USA darstellt. Dort finden sich wieder klandestin arbeitende *Self-Help*-Gruppen, die nicht nur Selbstuntersuchung, sondern auch Menstruelle Extraktion praktizieren und hierzu (anonym) dezidierte Handbücher veröffent-

lichen (vgl. Sage-femme Collective 2008).<sup>21</sup> Möglicherweise bedeutet daher das vordergründige Verbllassen von breit organisiertem Aktivismus der Frauengesundheitsbewegung in gegenwärtiger Wahrnehmung eine Verschiebung in weniger zugängliche Sphären von Sichtbarkeit. Dies könnte auch als ein Effekt von sich verändernden Anforderungen an Aktivismus verstanden werden, da dieser sich – wie in den Interviews zutage trat – zunächst neu konstituieren muss angesichts hegemonialer Diskurse zu Körperlichkeit, in denen Selbstbestimmung sowie Gesundheit als Konzepte mehrdeutig und missverständlich verhandelt werden.

Eine zentrale Neuerung der vorliegenden Betrachtung ist das Ringen um Worte der befragten Aktivistinnen hinsichtlich der Veränderung von Diskursen zu Körperlichkeit und Gesundheit. Das Ringen um Begriffe und Verständnis ist dabei weniger als Aktionsregression zu deuten, als vielmehr im Sinne eines Reflexionsgrades von Aktivismus zu verstehen. Die paradoxen Prozesse zwischen Aktivismus und Handlungslähmung, die sich bei der Betrachtung von Kontinuität und Wandel in der Arbeitsweise des FFGZ der vergangenen Jahrzehnte aufzeigen, erhellen als Bruchstück der Frauengesundheitsbewegung ein Forschungsdesiderat. Dies stellt einen ersten Ausgangspunkt dar, an dem weiterhin angeknüpft werden kann, um paradoxe Prozesse von sozialen Bewegungen zu deuten. Gerade hinsichtlich der Gesundheitspolitik sind präzise Betrachtungen von Protest als Aktivismus erforderlich, bei denen die Anliegen von Protesten differenziert werden. Die Frauengesundheitsbewegung hält auch in diesem Sinne als Gegenstand weiterer Betrachtung zahlreiche mögliche Anknüpfungspunkte für kritische Perspektiven und die Auseinandersetzung mit aktivistischen Anliegen bereit.

---

21 Angesichts der in den USA stärker gewordenen Restriktionen von Gesundheit und Körperlichkeit der vergangenen Jahre, die auch eine erhebliche Einschränkung der legalen Zugänge zu Schwangerschaftsabbrüchen in vielen Bundesstaaten bedeuten, ist die Unsichtbarkeit von klandestinem Aktivismus relevant. Der Forschungszugang zu klandestin arbeitenden Gruppierungen ist dadurch allerdings erschwert, so dass sich eine Analogie zur Anfangszeit der Frauengesundheitsbewegung aufzeigt. Denn auch bei der Frauengesundheitsbewegung fanden etliche zentrale Anfänge erst im Nachhinein durch die Forschung Beachtung, als es aufgrund veränderter Rechtslage keinen Repressionsdruck gegen die Aktivistinnen mehr gab, wie im Beispiel des *Jane*-Kollektivs von Chicago erkennbar ist.

