

3. Theoretische Aspekte

Jede Auseinandersetzung mit der Frauengesundheitsbewegung ist auch prinzipiell verortet im Rahmen der größeren Diskussionen zu Selbstbestimmung, Gesundheit, Wohlfahrtsstaat sowie Neuen Sozialen Bewegungen. Als Sparte feministischen Aufbegehrens hatte die Frauengesundheitsbewegung eine zentrale argumentative und bewegungspolitische Funktion inne, deren Repräsentation sie mittlerweile eingebüßt zu haben scheint. Dies frappt beim Blick in die Forschungsdiskurse, denn es lässt nach danach fragen, wie und wann dieser Marginalisierungsprozess einsetzte. Dass die Frauengesundheitsbewegung in ihrer Einflussnahme auf feministische Politiken abgenommen hat, ist an sich schon ein Befund für weitere Betrachtung. Umso relevanter wird die Aufarbeitung, angesichts einer Reihe von Überspitzungen oder Fehldeutungen zur Bewegung, die gegenwärtig kursieren. Im Folgenden wird dies exemplarisch erläutert, wobei zunächst mit Ansätzen begonnen wird, die der Frauengesundheitsbewegung durchaus Einflussnahme durch ihre geschlechterpolitischen Forderungen nach Selbstbestimmung attestieren.

In ihren Arbeiten zur Neuen Frauenbewegung betont Schulz beispielsweise die Bedeutung von Provokationen, die argumentativ durch den Fokus auf Selbstbestimmung besonders prägnant und relevant geworden seien:

»In den westlichen Gesellschaften wird der Selbstbestimmung über den Körper, wie die Kontroversen über Organspende oder Drogenkonsum, deren Freigabe oder Verbot zeigen, zunehmende Bedeutung zugemessen.« (Schulz 2002: 106)

Dies korrespondiert mit der feststellbaren Verankerung von Selbstbestimmung in der Rechtsordnung der Bundesrepublik, bei der dem Begriff mittlerweile eine Scharnierfunktion hinsichtlich der Regelung von medizinischen Interventionen zukommt. Busch hat als Rechtswissenschaftlerin die Sonderstellung von Fragen zur Selbstbestimmung in der Rechtslage der gegenwärtigen BRD herausgestellt:

»Es ist unstrittig, dass unsere Rechtsordnung ein Persönlichkeitsrecht am menschlichen Körper anerkennt. Auf Grund der Naturgegebenheiten des Körpers muss im menschlichen Zusammenleben nicht nur das Recht auf körperliche Integrität, auf

Abwehr von Körperverletzungen und Gesundheitsschädigungen, sondern auch das Selbstbestimmungsrecht über den Körper gewährt bleiben [...] In den Materialien zum Bürgerlichen Gesetzbuch kommt zum Ausdruck, dass der Körper als Subjekt des Persönlichkeitsrechts betrachtet wird.« (Busch 2012: 51)

Damit wird verbunden, dass Individuen auch im Namen der Selbstbestimmung Rechte eigenen Handelns einfordern können.¹ Staatliches Handeln der Regulation von Körperlichkeit wird hingegen gegenwärtig tendenziell indirekt und vermittelt deutlich, oder, anders gesagt, tritt staatliches Agieren im Feld von Gesundheit zuweilen sogar durch Nicht-Handeln und Nicht-Festlegen von Regularien auf (vgl. Braun 2011a). Wenn also Selbstbestimmung einerseits eine begrifflich zentrale Position in der Gesetzeslage zu Körperlichkeit und Gesundheit bekommt, während aber staatliches Handeln zu grundlegender Lenkung von Körperpolitik weniger sichtbar auftritt, stellt sich die Frage, wie Akteurinnen der Frauengesundheitsbewegung diesen Wandel begleitet haben.

Wenn Menschen suggeriert wird, sie könnten über die eigene Gesundheit und Körperlichkeit stets selbst bestimmen, obgleich sie sowohl im Rahmen physischer Möglichkeiten begrenzt, als auch mindestens an staatliche gesetzliche Regularien gebunden sind, findet sich eine paradoxe Ausgangslage. Bei rhetorischen Formulierungen von Selbstbestimmung im Gesundheitswesen treten Mehrdeutigkeiten auf den Plan, da – wie bereits in Kapitel 1 dargelegt wurde – davon auszugehen ist, dass Forderungen Neuer Sozialer Bewegungen nicht linear Eingang in institutionelle Arrangements gefunden haben, sondern im Rahmen von Institutionalisierung Kompromisse eingegangen wurden. Hierbei kann insbesondere für komplexe Forderungen – wie jener nach Selbstbestimmung über Gesundheit und Körperlichkeit – aufgezeigt werden, dass sie bereits im Ansatz mehrdeutige Inhalte besaßen. Umso komplizierter gerät die Analyse von Kompromissbildung, da hierbei institutionelle ›Antworten‹ auf feministische Forderungen im Gesundheitsbereich auf Ambivalenz hin befragt werden müssen. Dem zuvor zitierten Verweis von Schulz auf den Eingang von Selbstbestimmung als zentrale begriffliche Komponente in öffentliche Aushandlungen ist insgesamt beizupflichten, doch die Frage stellt sich, ob die Inhalte von Selbstbestimmung dabei auch transportieren, was einst darunter seitens der Frauengesundheitsbewegung eingefordert wurde, also ob die *Chiffre Selbstbestimmung* mit dem übereinstimmt, was die Neue Frauenbewegung einst anvisierte.

Innerhalb der Gesundheitsökonomie dient Rhetorik der Eigenverantwortung von Individuen gegenwärtig als Aufforderung, hinter der sich meist Verwaltungsoptimierung und Kostensenkung durch Selbststeuerung der Menschen verbergen kann (vgl. Lemke 2007). Die Theoreme Foucaults zu Gouvernementalität und Selbsttechnologien können hilfreich sein, um derlei Doppelbedeutung auszuloten, wie es gesundheitspolitische Analysen bereits versuchten aufzuzeigen (vgl. u.a. Braun 2011a, Samerski

1 Da es sich bei der Betrachtung von Busch um eine grundsätzlich-konzeptionelle Diskussion juristischer Einordnung von ›Selbstbestimmung‹ handelt, verbleibt dabei als offene (soziologische) Frage, in welchem Maß Selbstbestimmung von Individuen als Handlungsmöglichkeit eingefordert werden kann. Die Ausgangslage prinzipieller Möglichkeit des Einforderns von Rechten ist juristisch relevant, doch die Diskrepanz gegenüber dem praktizierten Zusprechen vor bundesdeutschen Gerichten wird insofern nicht hinlänglich diskutiert an der zitierten Stelle im Werk.

2010a, Lindner 2010 u. 2004). Im Rahmen der bisher vorliegenden Ansätze wird betont, wie nah die Anrufung von Individuen eigenverantwortlich handeln zu sollen an der gesellschaftlichen Erwartungshaltung liegt, dass Individuen in ihrem Handeln stets den Interessen der Gemeinschaft entsprechen. Mit Foucaults Verständnis von Macht, Regierungsweisen und Diskurs (Foucault 2014: 11) kann gearbeitet werden, um dies genauer zu beleuchten.² Zusätzlich wird hier noch Foucaults Perspektive auf Kritik hinzugezogen, da es sich bei der Frauengesundheitsbewegung um politischen Protest handelte, aus dem heraus Kritik an Institutionen formuliert wurde.

Formen von Regierung können – so Foucault – historisch variieren, jedoch kann Staatsräson im jeweiligen historischen Kontext eingegrenzt werden. Dadurch eröffnet sich der Blick auf die zugrunde liegenden Konzepte des Regierens, die auch in der Geschichte der Gouvernamentalität von ihm aufgegriffen werden (vgl. Foucault 2006a; Foucault 2006b). Die Veränderung der Staatsräson der Gesundheitspolitik fasst Foucault dabei mit dem allgemeinen Konzept der Etablierung von *Biopolitik*, um historisch zu rekonstruieren, inwiefern das gegenwärtige Verständnis von gesundheitspolitischen Maßnahmen geprägt ist von der Reglementierung des Lebendigen (*bios*) und der Ermöglichung von Leben, wie es seit dem 18. Jahrhundert und den einsetzenden Rationalisierungsprozessen etabliert wurde (vgl. Foucault 2006b: 435–443). Gesundheit und Krankheit sind eng verknüpft mit der (staatlichen) Lenkung von Leben und Lebensweisen. Hier sind Themen zwischen Geburt und Sterben von zentraler Bedeutung, wozu insbesondere sämtliche Fragen rund um Empfängnis, Schwangerschaft und Kinderpflege gehören, die – historisch betrachtet – vorrangig an die Regularien zu Frauenleben und Frauenkörpern gebunden sind.

Die Frauengesundheitsbewegung hat nicht nur eine gesundheitsförderliche Umgebung für Frauen, sondern eine Demokratisierung von Gesundheitspolitik und -verwaltung insgesamt eingefordert, die über eine Stärkung von allen Individuen sowie deren Selbstsorge angedacht war. Foucault beschreibt unter Biopolitik den gesundheitspolitisch-dynamisierten Zugriff des Staates auf den Körper. Zentral ist die Frage, wie in einer Form des Selbstregierens eine Entsprechung der Staatsräson liegen kann. Foucault trennt dabei konzeptuell zwischen Herrschaft und Machtbeziehungen. Obgleich staatliche Herrschaft durch eine jeweilige Staatsräson begründet und angeleitet ist, findet sich die Unterscheidung zwischen Selbstermächtigung und Staatsräson für Foucault in der Analyse der Machtbeziehungen (vgl. Foucault 2015: 220–239).

Bei der Selbstsorge von Individuen handelt es sich um einen Bereich, bei dem sich die Staatsräson mitunter tief in die Lebensweise der Individuen zieht, teils ohne, dass ein Disziplinareffekt wahrgenommen wird. Werden also Phänomene der Verinnerlichung von Herrschaft nachgezeichnet, so muss unterschieden werden zwischen Disziplinareffekt und anderer Wirkungsweise der Staatsräson. Die Disziplinarmacht einer (staatlichen) Regierungsweise stellt zwar die Ausübung von Macht dar, wie es auch in den Dis-

2 Vgl hierzu u.a. Foucault 2014: 11, Foucault 2006a, Foucault 2006b: 435–443 sowie Foucault 2015: 220–239. Als Diskurstheoretiker geht Foucault prinzipiell davon aus, dass Diskurse Formen gesellschaftlicher Rede sind. Die Frage nach der Relationierung von Diskurs und Macht sei dabei aber abhängig vom Zusammenhang zwischen Rede- und Handlungsaspekten der Diskurse selbst (vgl. dazu Parr 2014: 236).

ziplinaranstalten bei Foucault dargelegt wurde (vgl. Foucault 1994). Doch die Disziplinierung, die eng verwoben mit Regulierung von Strafverfolgungsinstanzen skizziert wird, findet eine Ergänzung in der Disziplinierung und Regulierung der Subjekte durch sich selbst. Hier setzten mit Foucault weitere Verfahrensweisen der Macht an, die weniger sichtbar als durch Gesetze und Verbote ermöglicht und reguliert werden und die Foucault als beispielsweise »konsensuelle Disziplinen« fasst (Foucault 2015: 271). Machtbeziehungen, Disziplinartechniken und Regierungskünste sind in Foucaults Betrachtung je mindestens historisch und kulturell situiert. Die Frage, die sich im Hinblick auf soziale Bewegungen als Protestbewegungen stellt, ist, inwieweit diese die Möglichkeit haben, Herrschaft und Machtbeziehungen zu kritisieren oder zu unterlaufen. Dies kann mit Foucault gedeutet werden, insbesondere durch seine Definition von *Kritik*. Foucault setzt die Bestrebungen von Subjekten nach Wahrheit ins Verhältnis zur Artikulation von (Staats-)Kritik beziehungsweise der kritischen Betrachtung von Macht und Herrschaft in Regierungsweisen:

»Wenn es sich bei der Regierungsintensivierung darum handelt, in einer sozialen Praxis die Individuen zu unterwerfen – und zwar durch Machtmechanismen, die sich auf Wahrheit berufen, dann würde ich sagen, ist die Kritik die Bewegung, in welcher sich das Subjekt das Recht herausnimmt, die Wahrheit auf ihre Machteffekte hin zu befragen und die Macht auf ihre Wahrheitsdiskurse hin. Dann ist die Kritik die Kunst der freiwilligen Unknechtschaft, der reflektierten Unfügsamkeit.« (Foucault 2010: 242)

Entscheidend ist weniger, ob Kritik existiert, sondern in welcher Art und Weise sie argumentativ ansetzt, worauf sie abzielt – also auf welche angestrebte Veränderung – und wovon sie sich abgrenzt. Foucault erläutert:

»Schließlich existiert Kritik nur im Verhältnis zu etwas anderem als sie selbst: Sie ist Instrument, Mittel zu einer Zukunft oder zu einer Wahrheit, die sie weder kennen noch sein wird, sie ist ein Blick auf einen Bereich, in dem sie als Polizei auftreten will, nicht aber ihr Gesetz durchsetzen kann. All das macht, dass sie eine Funktion ist, die dem untergeordnet ist, was die Philosophie, die Wissenschaft, die Politik, die Moral, das Recht, die Literatur usw. positiv darstellen kann.« (Foucault 2010: 238)

Mittels dieser Ansatzpunkte lässt sich eine kritische Haltung im Sinne Foucaults fassen »als Gegenstück zu den Regierungskünsten, gleichzeitig ihre Partnerin und Widersacherin, [...] eine moralische und politische Haltung [...]: die Kunst, nicht dermaßen regiert zu werden« (Foucault 2010: 240). Solange Kritik jedoch nicht die Machtfrage stelle, sondern im Aufklärungsdenken um der Aufklärung selbst willen verhaftet bleibe, würde sie dementsprechend Gefahr laufen, aus dem ›Sapere aude‹ von Kant ein ›Sapere aude – und gehorcht‹ zu machen, denn Kant bezieht sich laut Foucault lediglich auf Erweiterung der Wissensebene, was noch keine Kritik ausmache (vgl. Foucault 2010: 253). Insbesondere eine Kritik der Verhältnisse ist durch Wissenserweiterung noch nicht gegeben ohne die Frage nach Macht. Hierin, so Foucault, liege letztlich eine Handlungsfrage, die mit Kritik einhergehen müsse, um über die bloße kantsche Erkenntniskritik hinaus zu gehen (vgl. Foucault 2010: 257).

Die Frauengesundheitsbewegung wird im Rahmen der vorliegenden Betrachtung als Protestbewegung der Kritik begriffen, auch da sie Machtfragen deutlich stellte und bestehende Regierungsweisen auf ihre Machteffekte, sowie auf mögliche Reversibilität hin, befragte. Obgleich Foucault nicht von einer dichotomen Aufteilung zwischen einem ›herrschenden‹ und einem ›beherrschten‹ Diskurs ausgeht (vgl. ebd.), gibt es doch Kritik und Herausforderung in Diskursen, die in Machteffekten deutlich werden.

Im Fokus der vorliegenden Betrachtung steht der Alltag der Aktivistinnen eines konkreten Gesundheitszentrums, denn über die Ebene des Alltagshandelns eröffnen sich Perspektiven auf die Haltungen des Aktivismus. Die Mitwirkenden des Zentrums verstanden sich als kritische Stimme gegenüber institutionalisierter Medizin, Gesundheitspolitik und Gesundheitsverwaltung. Anhand ihrer Retrospektive auf die Geschehnisse eröffnet sich die Binnensicht derjenigen, die protestpolitisch aktiv waren. Im Verständnis der Aktivistinnen liegt zudem eine retrospektive Reflexionsebene. Es mangelt bisher an systematischen Untersuchungen zur sozialpolitischen Adaption von Forderungen der Neuen Frauenbewegung und dies wird in der vorliegenden Betrachtung genauer aufgegriffen.³

Für Foucault sind Verbote des ›gesprochenen Wortes‹ eine Komponente der Regulation, die ergänzt wird durch zwei Trennlinien, welche ebenfalls bereits als äußere Regulation von Diskursen greifen: die Ausgrenzung des Wahnsinns – also die Trennlinie zwischen Vernunft und unzulässigem Wahn – sowie den alles bestimmenden Willen zur Wahrheit (vgl. Foucault 2014: 16). Dabei steht zuvorderst die Verknappung der ›sprechenden Subjekte‹, also der Sprechendenpositionen, die im Diskurs zugelassen sind, denn: »Niemand kann in die Ordnung des Diskurses eintreten, wenn er nicht von vornherein dazu qualifiziert ist« (Foucault 2014: 26). Ergänzt wird dies durch Foucaults Ansatz der Konstitution von (politischen) Subjekten durch Diskurse selbst. Hierzu definiert Foucault Diskurse weiter aus, indem er sie rahmt als strategische Spiele »aus Handlungen und Reaktionen, Fragen und Antworten, Beherrschungsversuchen und Ausweichmanövern, das heißt als Kampf« (Foucault 2014 D&E II: 671). Der Kampf, durch den der Diskurs strukturiert ist, bedeutet ein andauerndes Wechselspiel des Kräftermessens. Es finden sich in der Geschichte der Gouvernamentalität bei Foucault Erläuterungen zu intentionalem ›Fehlverhalten‹, das Dissidententum bedinge. Hierin liegt eine Verknüpfung zwischen Subjekttheorie, Diskurstheorie, Macht und Regieren. Intentionales Fehlverhalten grenzt Foucault dezidiert vom Verhalten derer ab, die sich nicht angemessen zu benehmen wissen. Denn dissidentes Verhalten, so Foucault, sei intentionales »Gegen-Verhalten«, was er mit »*contre-conduite*« benennt (Foucault 2006a: 292). Hier gibt es jedoch nicht nur ein singulär ausgestaltetes Gegen-Verhalten, sondern eine Pluralität⁴ der Gegen-Verhaltensformen (vgl. Foucault 2006a: 293).

3 Seit den Anfängen hatten die frauenbewegten Kreise postuliert, dass Medizin und Gesundheitsverwaltung dringend reformbedürftig seien (vgl. Kerstan/Wilde 1981: 70–95). Doch eine Wechselwirkung der feministischen Provokationen mit tatsächlicher Reform ist bisher nicht systematisch untersucht worden.

4 Foucault beschreibt diese Pluralität auch als »unendlich große Familie dessen, was man die Gegen-Verhaltensformen nennen könnte« (Foucault 2006a: 293). Hierin aber wird die Komponente von Kritik nicht beliebig verhandelt, sondern bezieht Herausforderung von Machtverteilung im Sinne des Verhaltens gegen das Regiertwerden mit ein.

Die Frauengesundheitsbewegung ist als Zweig der Neuen Frauenbewegung ein Beispiel dieser Kämpfe. Ihre drei Kritikebenen umfassten sowohl das Geschlechterverhältnis als auch die Machtform der Ärzteschaften über Patient:innen sowie die bestehende staatliche Regulierung von Lebensweisen. Mittels der Foucault'schen Perspektive auf die benannten Proteste als soziale Kämpfe lässt sich dies als Herausforderung von spezifischen Machtformen fassen, die durch die Kritik der sozialen Bewegungen artikuliert wurde. Im Rahmen der Frauengesundheitsbewegung zeigt sich die Besonderheit, dass eine inhaltliche Bündelung von drei zentralen thematischen Ansätzen versucht wurde: die Kritik der Einbindung des Individuums durch Machtbeziehungen von Geschlecht, medizinischer Profession und staatlicher Regulierungsweise. Mit Foucault lässt sich der spezifizierter Fokus auf Individuum und Subjektivierung aber im Rahmen der benannten Protestbewegungen genauer aufschlüsseln, denn er blickt auf das, was die sozialen Kämpfe unter gesellschaftlichen Subjektivierungsweisen angegangen sind (vgl. Foucault 2015:245). Sprecher:innenpositionen im Diskurs sind nicht möglich einzunehmen und zu bekleiden ohne Subjekt zu sein.⁵ Es stellt sich jedoch die Frage nach dem Eigensinn der Subjekte und dem Verhältnis zwischen der Unterwerfung durch die Herrschaft des ›anderen‹, gegenüber der Selbstunterwerfung als Subjekt. Hier kommt Foucaults Verständnis des *Contre-conduite* zum Tragen, mit Blick auf die Gegenstände des ›Gegen-Verhaltens‹.

Bei Foucault werden Selbsttechniken nicht an sich problematisiert, doch in der deutschsprachigen Sekundärliteratur wurde der Bogen geschlagen hin zur Gouvernementalität. Dieser Ansatz impliziert, dass Individuen in der Folge mittels Sorge um sich selbst systematisch zur Verinnerlichung von Paradigmen der Selbstverwaltung angehalten würden. Eine gesundheitspolitische Untersuchung stünde vor diesem Hintergrund unter Einbezug des Wandels von Wohlfahrtsstaatlichkeit, in denen die zentralen Begriffe des ›Sozialen‹, der ›Fürsorge‹ und der ›Gesundheit‹ in den vergangenen Jahrzehnten neu definiert wurden (vgl. Lessenich 2013; Grell 2008; Schneider 2003). Während die Anrufung des ›unternehmerischen Selbst‹ (vgl. Bröckling 2007) von Individuen innerhalb der Paradigmen von Wohlfahrtsstaaten unter neoliberalen Verhältnissen beleuchtet wurde⁶, finden sich bislang wenige differenzierte Untersuchungen, die der Verknüpfung von Neostaatlichkeit und Gesundheitspolitik genauere analytische Aufmerksamkeit widmen mit Blick auf die Neue Frauenbewegung. Die vorhandenen Publikationen leisten bislang Grundsatzarbeit darin, ein mögliches Greifen von Selbsttechnologien in Biopolitik aufzuzeigen und nehmen teils die regierungspolitischen Hintergründe von Gesundheitspolitik in den Blick, sofern diese durch Reformen verändert wurden.⁷ Dies bedeutet, dass die historiographische Erschließung von Transformationsprozessen im

5 Die Reglementierung von Diskursen sieht demnach vor, dass Individuen sich der Subjektivierung unterwerfen, um zum Diskurs prinzipiell zugelassen zu sein und der Diskurs bringt somit Subjekte hervor. Da Positionen von Sprechenden im Diskurs eingeschränkt sind, ist die Subjektwerdung für Individuen zwar notwendige Voraussetzung zur Zulassung zum Diskurs, doch noch keine Voraussetzung um Gehör zu finden (vgl. Foucault 2014: 21–23).

6 Vgl. u.a. Pieper/Gutiérrez Rodríguez 2003, Opitz 2004, Krasmann/Volkmer 2007, Bröckling 2007, Hockerts/Süß 2010.

7 Vgl. u.a. Samerski 2002, 2010a, 2010b, Cottweis et al. 2004, Kickbusch 2006, Lemke 2007, Mauerer 2010, Paul/Schmidt-Semisch 2010.

Hinblick auf die Frauengesundheitsbewegung marginal bleibt.⁸ Dem *Wann* und dem *Wie* des Greifens von Selbsttechnologien innerhalb der zeitgeschichtlichen Dimension gehen die bisher vorliegenden Arbeiten nicht auf den Grund⁹ und der Einbezug Neuer Sozialer Bewegungen wie der Frauengesundheitsbewegung bleibt fragmentarisch. Vorläufiger Grundkonsens der Diskussion scheint allerdings das Ereignis der Verankerung von Patientinnen- und Patientenrechten in den Grundsätzen der WHO im Jahr 1986 zu sein. Heiner Friesacher pointiert:

»Spätestens mit der Veröffentlichung der Ottawa-Charta der WHO von 1986 ist die Idee der größeren Selbstbestimmung und Einflussnahme der Patienten fester Bestandteil der internationalen und nationalen Gesundheitspolitik.« (Friesacher 2010: 56)

Dies wird auch als Erfolg des frauengesundheitsbewegten Aktivismus eingeschätzt, da Akteurinnen der Bewegung an den Vorarbeiten zur Charta beteiligt waren. Dennoch steht diese Charta hinsichtlich ihrer *double-bind Logiken* mittlerweile in der Diskussion. Mit der Fokussierung auf Individuen und deren Selbstbestimmung, so Friesacher, sei schließlich fortan die Doppelbödigkeit des Verhältnisses zwischen Betroffenen und Behandelnden einhergegangen, bei der einerseits ›Selbstbestimmung‹ als Grundsatz semantisch verankert wurde, während gleichzeitig offengelassen worden sei, wie dies im konkreten Fall aussehe. Hierdurch verblieb ein Deutungsspielraum offen, der die Aspekte von Selbstbestimmung zur rhetorischen Komponente machte und die Ebene der Umsetzung im Unklaren ließ. Für eine Einschätzung von möglichem *Gegen-Verhalten* im Gesundheitswesen, wie es sich aus der Neuen Frauenbewegung heraus entwickelt und verändert hat, müsste ein Blick auf die Diskussion zum Wirken zwischen Protestbewegungen und politisch-institutionellen Organen der Verwaltung geworfen werden. Bei genauerer Betrachtung lässt sich die Wirkung Neuer Sozialer Bewegungen auf die Transformation der Globalökonomie schließlich nicht pauschal beschreiben, wenngleich es hierzu Versuche gibt.

In den Betrachtungen von Boltanski und Chiapello werden beispielsweise neue Formen des Managements aufgegriffen, die Institutionen der 2000er Jahre kennzeichneten und von Leitungsfragen der 1960er Jahre unterschieden. Hierin wird eine Grenze zwischen ›alt‹ und ›neu‹ gezogen (vgl. Boltanski/Chiapello 2003: 120f.). Der ›Geist des Kapitalismus‹ – so die grundsätzliche Erklärung dabei – habe die Bestrebungen von (linken) Protestbewegungen dazu genutzt, um Abläufe mit neuen Managementformen zu vitalisieren, während die Progressivität der Proteste korrumpiert worden sei in diesem Prozess und die Linke habe sich zufrieden gegeben mit oftmals semantischer Erneuerung von Strukturen. Doch so eindrücklich diese Darlegungen zunächst wirken, so bre-

-
- 8 So auch bei bisherigen Untersuchungen der Kulturgeschichte des Präventionsbegriffs (vgl. Stöckel/Walter 2002). Lengwiler und Madarász befassten sich explizit mit der Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik (vgl. Lengwiler/Madarász 2010), doch in ihrem Sammelband kommen Fragen nach Frauengesundheit und Selbstbestimmung von Frauen nur in Verbindung mit Schwangerschaftsmedikalisierung zur Sprache (vgl. Lindner 2010), die zweifelsohne spannend sind, doch das Verhältnis dieser Bewegungsgeschichte und Gesundheitsökonomie nicht erhellen können.
- 9 Ausnahmen stellen vereinzelte konkret historisierende Studien wie von Schumann zur staatlichen Restrukturierung des Hebammenberufs in der BRD 1950 bis 1975 dar (vgl. Schumann 2009).

chen sie sich doch ebenso stark an inneren Widersprüchen durch den Einbezug Neuer Sozialer Bewegungen. Boltanski und Chiapello versuchen einerseits die Kritik der Bewegungen am Kapitalismus als ein ihn gleichsam immanent bestärkendes Element zu stilisieren (vgl. Boltanski/Chiapello 2003: 254–259) und widersprechen damit ihrem eigenen stärksten Punkt, nämlich der Darlegung der Erneuerung von Managementutopien aus kapitalistischen Kreisen selbst heraus seit den 1960er Jahren, die sie durchweg plausibel wiedergeben (vgl. Boltanski/Chiapello 2003: 129–134).¹⁰ Managementdenken selbst erneuerte sich – wie im Buch bei genauerer Betrachtung deutlich wird – bereits in den 1960er Jahren aus anderen Prinzipien heraus und allenfalls blinde Flecken linkspolitischer Proteste hierzu können eingegrenzt werden. Pauschal auf Protestbewegungen und die Kritik von ›links‹ zu blicken, bleibt wenig aufschlussreich und sollte vielmehr abgelöst werden durch die eigentlich relevantere Frage: *wer* hat sich *womit* ›zufrieden‹ gegeben bei semantischer Erneuerung von Management und wie kommt es, dass mitunter diejenigen Lager von (linkspolitischen) sozialen Bewegungen, die sich nicht in diesen vermeintlichen Konsens fügten, sondern hieran Kritik übten, in retrospektiven Betrachtungen von größeren Protestzusammenhängen marginalisiert werden? Die Frage nach Hegemonie und Ausgrenzung innerhalb der einzelnen Stränge von Protestbewegungen ist vor allem für die Frauengesundheitsbewegung relevant und wird im historisch-rekonstruktiven Abschnitt der vorliegenden Betrachtung noch genauer betrachtet.

Die gegenwärtig vorrangig greifbaren Hinterlassenschaften der Frauengesundheitsbewegung sind Publikationen und Frauengesundheitszentren. Die Gesundheitszentren, die aus der Bewegung heraus entstanden sind, hatten eigene Modelle des Arbeitens sowie der Interaktion mit den zu Beratenden, die die Zentren aufsuchten. Dabei wurde die Interaktion so angelegt, dass Frauen sich zu jedem Zeitpunkt orientieren und auch kritisch äußern können sollten. Die Gesundheitszentren sind darüber hinaus heterogen strukturiert, da sie dezentral entstanden sind. Mittlerweile sind es überwiegend prekär finanzierte Beratungsstellen, die Nischenbereiche abdecken können, weshalb sie teilweise von Kommunen finanziell gefördert werden. Demgegenüber finden Publikationen aus der Frauengesundheitsbewegung gelegentlich Aufmerksamkeit in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften, während jedoch die Ebene der Beratung als Praxis und die heterogene Ausprägung der Zentren selten durch Forschungsperspektiven beachtet werden.¹¹ Die Frage nach Anliegen und Zielen der Frauengesundheitsbewegung sind für die

10 Hierin liegt eine Falle, in die Kapitalismuskritik treten kann, denn in den internen Organisationsriegen wurde schon vor den Institutionalisierungsbestrebungen durch Protestbewegungen, die sich in den 1960er Jahren formiert hatten, seitens der bestehenden Institutionen die flexible Reaktion durch Pseudo-Demokratisierung – d.h. Demokratisierungsanschein erweckende Partizipation oder Partizipationsoptionen – als Antwort konzipiert, die dann später angewendet wurde, als Neue Soziale Bewegungen in die Institutionen drängten.

11 Punktuell gibt es in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften eine Auseinandersetzung mit Gesundheitsbewegungen, obgleich sich auch dort nur wenige Publikationen zur Meta-Reflexion der Frauengesundheitsbewegung oder zu deren Gesundheitszentren finden lassen (vgl. Stolzenberg/Steingruber 2012). Neuere Einwürfe zur Frauengesundheitsbewegung in den Geschichts- und Sozialwissenschaften stellen besonders im deutschsprachigen Raum beachtenswerte Ausnahmen dar (vgl. Heinemann 2021; Freeland 2019).

vorliegende Arbeit relevant, da ihre Kritik insbesondere auf institutionalisierte Medizin zielte und die gesundheitliche Versorgung von Menschen demokratisieren wollte.

Besonders die Zielsetzungen von frauenbewegtem Aktivismus sind ein zu differenzierendes Feld, das noch nicht ausreichend beleuchtet worden ist. Stefanie Ehmsen zeigt in ihrer Studie zur Teil-Institutionalisierung der Neuen Frauenbewegung in postfordistischer Staatsökonomie ab 1975 die frühe Aufspaltung der feministischen Ziele auf. Dies habe auch Transformation der sozialen Bewegungen selbst bedingt (vgl. Ehmsen 2008: 16f.). Hegemoniebildungsprozesse angesichts der Aushandlung von Zielen und Aktionsformen hätten jedoch nie die zugrunde liegende gemeinsame Forderung der Neuen Frauenbewegung als solche infrage gestellt:

»Die – ausgesprochen heterogene – Neue Frauenbewegung hat in dieser Zeit immer wieder darüber gestritten, wie die aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen zu bewerten sind und mit welchen Mitteln sich ihre Ziele am besten erreichen lassen. Dennoch war die Bewegung, bei aller Unterschiedlichkeit, durch eine zentrale Gemeinsamkeit gekennzeichnet, nämlich durch die Forderung nach umfassender Gleichberechtigung für Frauen.« (Ehmsen 2008: 15)

Die Bewegung habe in all ihrer Heterogenität immer wieder adressiert, dass in Institutionen »Frauen nicht deshalb weniger repräsentiert sind, weil sie es so wollen, sondern weil es geschlechtsspezifische Zugangsbarrieren gibt« (Ehmsen 2008: 15). So wurde beständig die gleichberechtigte Teilhabe innerhalb des politischen Demokratieversprechens auf die Tagesordnung gesetzt:

»Die Existenz derartiger Barrieren widerspricht offenkundig dem meritokratischen Gleichheitsversprechen moderner westlicher Demokratien – und offenbart damit die ideologische Dimension dieses Versprechens. Insofern reflektieren die Forderungen von Frauen¹², ebenso wie diejenigen anderer benachteiligter Gruppen, die ungleiche Verteilung gesellschaftlicher Macht und die Reaktion der ›herausgeforderten‹ Institutionen ist ein Gradmesser für deren Bereitschaft, diese Ungleichheit zu beseitigen.« (Ehmsen 2008: 15)

Als Spezifikum für die Bundesrepublik kristallisiert Ehmsen die Skepsis der Neuen Sozialen Bewegungen gegenüber staatlichen Einrichtungen heraus. Dies lasse sich, so Ehmsen, auch angesichts parteipolitischer Organisation finden. Gerade das Kristallisieren der Neuen Frauenbewegung in ›autonomen Gruppen‹ und ›autonomen Projekten‹ gilt hierbei als gesondertes Charakteristikum des deutschsprachigen Raumes, da sie sich dezidiert von bereits institutionalisierten Formen sozialer und politischer Bewegungen wie Gewerkschaften abgrenzte.¹³ Trotz Ähnlichkeiten zur US-amerikanischen

12 Hier meint Ehmsen die Forderungen bewegter Frauen, die sich öffentlich Gehör verschafften und somit bereits in feministischer Politik engagierten.

13 Die Neue Frauenbewegung der BRD machte früh negative Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit bereits bestehenden Gewerkschaften, obgleich der Arbeitskampf zu den frühesten Themen der studentisch angebundenen Neuen Frauenbewegung zählte (vgl. hierzu den Beitrag zu Helke Sander in Kätzel 2002).

Neuen Frauenbewegung ab 1968, findet sich im deutschsprachigen Raum verstärkt die Komponente anti-autoritärer Strukturkritik der politischen Organisationsformen. Dem US-amerikanischen Anti-Etatismus kommt eine andere Bedeutung zu als dem bundesdeutschen. Dies führte auch letztlich aber zu tiefgreifenden Problemen in Institutionalisierungsprozessen für Frauenprojekte, da die Frage nach Kooptation unzureichend diskutiert wurde und breitflächige praktikable Lösungsansätze ausblieben. Frauenpolitische Projekte führten vielmehr in den 1980er Jahren vehemente interne Diskussionen um eine mögliche Akzeptanz von staatlichen Fördermitteln. Dies gilt insbesondere für frauenbewegte Projekte in West-Berlin, die sich im ›AK Staatsknete‹ zu vernetzen und ansatzweise kollektiv zu organisieren versuchten (vgl. Ehmsen 2008: 121).

Die Frauengesundheitsbewegung war seit den 1970er Jahren damit beschäftigt Gesundheitspolitik kritisch zu begleiten. In diskursiven Interventionen durch Akteurinnen der Bewegung wurden vor allem Technisierung und Verwaltung im Gesundheitsbereich herausgefordert und infrage gestellt (vgl. Schücking 2003: 26, Duden 2002: 151–199 sowie Duden 1991: 17–57). Schwerpunktthemen waren insbesondere die Felder Schwangerschaft, Geburt, Abtreibung und Neonatalogie. Diese wurden als Fokus der Übergriffigkeit von Medizin gegenüber dem Leben gesunder Frauen kritisiert (vgl. Braun 2011a).¹⁴

Hier setzte die Frauengesundheitsbewegung bereits in den 1970er Jahren an und setzte sich für eigene Entscheidungen von Frauen ein. Um selbst entscheiden und bestimmen zu können, benötigen Individuen selbstredend die eigene Fähigkeit zum Bestimmen und Entscheiden, Grundlagenwissen auf Basis dessen Entscheidungen abgewogen werden können sowie den Überblick über die Gegebenheiten, um die bestmögliche Lösung oder Antwort zu bestimmen. In Situationen der Ratlosigkeit kann es erschwert oder unmöglich sein eine sinnvolle Entscheidung zu treffen. Daher kann das Einholen von diversen Sichtweisen auf die Gegebenheiten eine Entscheidungsfindung unterstützen. Gerade das Einholen von Expertisen kann angebracht sein, um zu sondieren, ob es bereits Vorerfahrungen gibt, die den Entscheidungsprozess beschleunigen könnten. Somit kommen Beratungsangebote als teil-institutionalisierte Variante der Unterstützung von Entscheidungsfindung in den Blick. Beratungsstellen unterbreiten ein Beratungsangebot, das Ratsuchenden zu Entscheidungen verhelfen soll. Für geschlechterpolitische Anliegen haben sich seit den 1970er Jahren viele Frauenprojekte

14 Schücking verweist an dieser Stelle auf eine Vielzahl von Studien zur kontraproduktiven Intervention unter der Geburt z.B. durch Dammschnitte, Rückenmarksnarkose (PDA) und Routinesonografie (Schücking 2003: 26–29). Zu neueren Zahlenverteilungen der Kaiserschnitttrate vgl. Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes vom 15. März 2021, in der bekannt gegeben wurde, dass jede dritte Krankenhausgeburt eine Entbindung per Kaiserschnitt sei. Die WHO geht von einer empfehlenswerten Kaiserschnitttrate von 10–15 % aus, was deutlich unter dem bundesdeutschen Schnitt liegen würde. Insofern wird die hohe Kaiserschnitttrate der Bundesrepublik problematisiert (vgl. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/03/PD21_No18_231.html; letzter Zugriff: 20. November 2021). Zur Dammschnitttrate liegen für die BRD gegenwärtig keine belastbaren Daten vor, doch ist von einer etwa sechzigprozentigen Dammschnitttrate bei Klinikgeburten auszugehen, was deutlich über der von der WHO als medizinisch indizierten Rate liegt (vgl. Techniker Krankenkasse <https://www.tk.de/techniker/service/gesundheits-und-medizin/schwangerschaft-und-geburt/der-dammschnitt-2009580>; letzter Zugriff: 10. Juni 2022).

der Neuen Frauenbewegung als Anlaufstellen und Beratungsstellen institutionalisiert. Duttweiler verweist dabei auf die Schimäre, die mit einer breiten Selbstklientelisierung von Ratsuchenden verbunden ist, wenn sie versuchen »mit Hilfe des eigenen Verstandes ein angemessenes Urteil und eine geeignete Entscheidung zu treffen« (Duttweiler 2004: 23). Dies bedinge die Notwendigkeit, dazugehörige Expertisen einzuholen, was in einem Paradoxon münde, denn: »Beratung ermöglicht und negiert Selbstbestimmung zugleich« (Duttweiler 2004: 23).

Schneider differenziert demgegenüber Forderungen der Neuen Frauenbewegung nach Beratung und Selbstbestimmung und die sich verändernden Definitionen von Gesundheit. Beim Verständnis dessen, ob Forderungen nach Selbstbestimmung antiemanzipativ Verwendung finden könnten, ist es wichtig zu wissen, was dabei eingefordert wurde. Dies lotet Schneider aus, indem ausdifferenziert wird, worauf die Forderungen nach Selbstbestimmung abzielten. Ausgehend von den Protesten gegen den §218 in den 1970er Jahren – im Zuge derer die Parolen ›Ob Kinder oder keine entscheiden wir alleine‹ und ›Mein Bauch gehört mir‹ bekannt wurden – lenkt Schneider auf die Forderungen nach Selbstbestimmung (vgl. Schneider 2003: 69–91). Dies wird differenziert in drei verschiedene argumentative Zweige:

- 1) Selbstbestimmung als Abwehr von Fremdbestimmung
- 2) Selbstbestimmung als soziales Anspruchsrecht
- 3) Selbstbestimmung als individuelles Verfügungsrecht über den eigenen Körper

Die Gesundheitsdefinitionen – beispielsweise der WHO – lassen sich für den Zeitraum ab 1970 als kontinuierliche Diskussion der Veränderung fassen (vgl. Schneider 2003: 69–73). Dabei kann die Mehrfachbedeutung jeweiliger WHO-Ansätze aufgeschlüsselt werden. Am Beispiel der ›Ottawa-Charta‹ von 1986 macht Schneider deutlich:

»Gesundheitspolitik soll demnach über ein doppeltes Konzept der Gesundheitsförderung und der -versorgung erfolgen. Dies soll sowohl über die Stärkung der individuellen Ressourcen wie auch über die Änderung struktureller Verhältnisse geschehen.« (Schneider 2003: 74)¹⁵

Gleichsam wird auf die Problematik verwiesen, die dem umfassenden Gesundheitsbegriff der WHO innewohne, denn die von der WHO formulierte Stufe von Gesundheit als einen Zustand ›völligen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens‹ könne höchst selten durch Individuen erreicht werden. Den Fokus auf das Individuum problematisiert Schneider, denn dieser berge eine tatsächliche Schieflage zulasten der Individuen. Während krankmachende Faktoren durch staatliche Regulierung beseitigt werden müssten, damit Individuen in die Lage versetzt werden, prinzipiell gesund zu leben, fehle hier ein Fokus, der die strukturellen Bedingungen von Erkrankungen fassen helfe

15 So bleibt die Frage, inwieweit ›Gesundheit‹ seit der Verankerung von Prämissen der Gesundheitsförderung in der WHO ›Ottawa-Charta‹ als erwartbare Biografiearbeit verstanden werden kann im Prinzip eines durch die Individuen zu leistenden Aufwands (vgl. Hanses 2010: 90–94).

könnte. Gleichsam jedoch würden die Individuen stetig dazu angehalten, einen Zustand, der schwer erreichbar ist, dennoch als individuell erreichbar zu deuten:

»Statt des alten Dualismus von Gesundheit und Krankheit wird Gesundheit nun auf einer nach oben offener Skala aufgetragen. Die Optimierung von Gesundheit wird zur neuen Leitlinie sowohl individuell, als auch auf die Bevölkerung bezogen.« (Schneider 2003: 75)

In der Offenheit der Definition von Gesundheit und in der Tatsache der Unerreichbarkeit eines anvisierten umfassenden Zustandes, ist demnach eine Komponente von Eigenleistung der Individuen enthalten, die potenziell unbegrenzt aufgewendet werden kann. Wenn also Gesundheit erreicht werden soll und eventuell nie erreicht werden kann, ergeben sich daraus gravierende Probleme. Einerseits entziehe sich den Individuen die Definition als Festlegung eigener Gesundheit und eigenen Gesundheitsempfindens, da der Zustand des Wohlbefindens, in dem sie sich bewegen können, immer bedingt und situativ bleibe – und damit tendenziell nie abgeschlossen sei – und andererseits geschehe dies nicht wie vorgegeben, alle Bereiche des physischen, geistigen und sozialen Daseins umfassend. Schneider hebt daher hervor:

»Gesundheit kann damit zum ›Terror‹ werden, zur Sisyphusarbeit, zum nie einlösbar Projekt, oder die Nicht-Gesundheit zur überall lauenden alltäglichen Gefahr, zum selbst verschuldeten Versagen.« (Schneider 2003: 78)

Wenn Gesundheit nach oben offen ist, so ist Krankheit gleichsam potenziell grenzen- und bodenlos. Selbstverschulden im Krankheitsfall ist eine Komponente, die durch die Ottawa-Charta der WHO als bedeutend hinzugekommen ist, indem dort Selbstbestimmtheit von Individuen als Ideal formuliert wurde, um präventiv zu wirken.

»Mein Bauch gehört mir« als Slogan feministischer Gesundheits- und Körperpolitik ist umstritten hinsichtlich des implizierten »Entscheide selbst!«¹⁶ Samerski diagnostizierte, dass die Forderung *selbstbestimmt* zu sein inzwischen – als Handlungsdruck – an die Menschen herangetragen werde, zum Beispiel wenn es um Entscheidungen für oder gegen eine Schwangerschaft mit einem ungeborenen Kind mit möglicher Behinderung geht (vgl. Samerski 2002: 56–89). Duden problematisiert prinzipiell, dass fast alle Forderungen der Neuen Frauenbewegung, auf Körperliches konzentriert worden seien, denn: »das Recht abzutreiben, den Zugang zu Empfängnisverhütung, Informationen über die Pille und all das wurde im Namen der ›Selbstbestimmung‹ [...] eingeklagt« (Duden 2010: 602). Dies habe zur Verdinglichung von Leiblichkeit geführt und die Frauen hätten dabei den Blick von außen auf sich selbst noch stärker verinnerlicht ohne dies zu reflektieren

16 So hieß es beispielsweise im Jahr 2018: »Mein Körper, meine Entscheidung« auf den Transparenten des Bündnis für sexuelle Selbstbestimmung, das gegen reaktionäre Geschlechterpolitiken mobil macht. Vgl. Westfälische Nachrichten www.wn.de/Muenster/3200294-Buendnis-fuer-sexuelle-Selbstbestimmung-Protteste-gegen-1000-Kreuze-Marsch; letzter Zugriff 10.03.2019. Im Jahr 2017 verwendete das Bündnis Gegen 1000 Kreuze den Slogan »Raise Your Voice – Your Body, Your Choice!« Vgl. <http://gegen1000kreuze.blogspot.de/>; letzter Zugriff 19.03.2019.

oder Entscheidendes entgegen zu setzen.¹⁷ Villa misst den Ansätzen feministischer Politik hingegen gerade durch die körperbezogen agierende Protestbewegung Relevanz bei der Grenzverschiebung zwischen *privat* und *politisch* bei:

»Körperlich wurde Widerstand gegen Medikalisierung und Pathologisierung gelebt, etwa durch die Gründung von Frauengesundheitszentren oder im Kampf gegen die Kriminalisierung von Abtreibung. Körperlich wurde die ebenso bürgerliche wie marxistische Trennung von Produktion und Reproduktion thematisiert, etwa durch das Stillen von Säuglingen in öffentlichen, z.T. beruflichen bzw. professionellen Settings.« (Villa 2011: 148)

Mit ihrem Fokus auf die körperliche Eigenständigkeit von Individuen und ihrer mehrdeutigen Forderungen nach Selbstbestimmung ist die Neue Frauenbewegung nicht nur bei Duden zum Gegenstand der Kritik von Geschlechterforschung geworden:

»[Die Neue Frauenbewegung] vollzog eine epistemische Revolution vom ›anderen Geschlecht‹ zur Frau als Individuum – zum individuellen Subjekt der eigenen Sexualität und Beziehungen.« (Lenz 2008: 101)

Hier findet sich eine Zuspitzung, die auf einer Meta-Ebene ansetzt und Tendenzen aufzuzeigen versucht. Dieser polarisierende Gegensatz zwischen den Anfängen einer ›politisierten‹ Bewegung und der späteren Begründung anhand individuenzentrierter Argumente, findet sich auch bei Schmincke, die der Neuen Frauenbewegung eine Verschiebung auf der semantischen Ebene attestiert (vgl. Schmincke 2015).¹⁸ Dabei könnte allerdings differenzierend eingewendet werden, dass Selbstbestimmung als Schlagwort der Neuen Frauenbewegung zu verstehen ist als Kompromiss, der sich in der Frühphase als Verbindung der Konzepte ›Autonomie‹ und ›Emanzipation‹ andeutete. Schon 1965 beispielsweise beschrieb Schmiederer frauenpolitisch:

»Frauenemanzipationsbewegungen intendierten mehr als die Gleichsetzung der Frau mit dem Mann, sie zielten auf den autonomen Menschen im Sinne bürgerlicher Aufklärung. Ähnlich wie bei der Arbeiterbewegung wurde auch hier das revolutionäre Moment weitgehend aufgefangen und ins Bestehende kanalisiert. Schafft die Klassenfrage der Arbeiter jedoch genügend Zwang und Solidarität, um mindestens immanente Freiheiten auszuschöpfen – bei den Frauen entfällt diese Möglichkeit dieser Solidarität.« (Schmiederer 1965: 42)

17 Duden klammert bei ihrer Analyse den Entstehungshintergrund des Slogans aus, der aus humoristisch-parodistischer Zuspitzung im Rahmen der niederländischen Aktionsgruppe Dolle Mina entstand als »Baas in eigen buik«, was übersetzt »Boss im eigenen Bauch« bedeutet. Hiermit sollte also ursprünglich weniger das Verdinglichen von Leiblichkeit erzeugt werden als vielmehr das ›Sagen‹ im Sinne von Bestimmen im eigenen Bauch adressiert und eingefordert werden (vgl. Nienhaus 1998: 107).

18 Vgl. auch Schmincke 2012, wobei tendenziell jedem Schlagwort zur ›Selbsthilfe‹ in schriftlichen Hinterlassenschaften der Neuen Frauenbewegung eine vermeintliche Verbindung zur ›Selbstfindung‹ attestiert wird und hiermit eine nicht unproblematische Deutung von Selbsthilfekreisen der Neuen Frauenbewegung als Zeichen einer Entpolitisierung verbunden wird.

Selbstbestimmung verband diese zwei Ebenen: Frauen als Individuen zu bestärken im Sinne einer Eigenmächtigkeit (Autonomie) unter Berücksichtigung der Möglichkeit Frauen als Gruppe zu emanzipieren. Somit kulminierte in der Selbstbestimmung aller Frauen eine Bündelung, die als Protestformel vielseitig eingesetzt werden konnte. Die Argumente fielen semantisch in der Forderung nach Selbstbestimmung zusammen.¹⁹ Selbstbestimmung bot zudem den Vorteil, dass das Individuum entsprechende Bedingungen vorfinden müsse, um frei von Fremdbestimmung zu agieren. So kann schließlich erst von Selbstbestimmung gesprochen werden, wenn Fremdbestimmung überwindbar ist (vgl. Schneider 2003: 69). Somit müsste auch angesichts semantischer Verschiebung der Forderungen hin zu Selbstbestimmung ausgelotet werden, welches Gegenüber der Fremdbestimmung es dabei zu überwinden galt, denn hierin lag auch das *Contre-Conduite* als Gegen-Verhaltensformen der zu befreienden Frauen als Individuen. Im Folgenden soll dies genauer exemplarisch aufgeschlüsselt werden, damit die Formeln der Forderungen nach Selbstbestimmung von Frauen – über ihre Biografie, Körperlichkeit und Leiblichkeit – als Politikum genauer gefasst werden können. Dazu wird auf historische Kontexte genauer eingegangen.

19 Ein Verweis hierauf findet sich bereits in der Rede Helke Sanders vom September 1968 vor dem SDS in Frankfurt a.M., die als ein Aufbruchsmoment der Neuen Frauenbewegung der BRD gilt und an anderer Stelle nochmals im Rahmen der vorliegenden Untersuchung erläutert wird. Hierin geht Sander darauf ein, dass emanzipiert zu sein eine Falle für politisch aktive Frauen sein könne, weil im Sinne eines bestehenden Leistungsprinzips gefragt werde, warum Frauen, wenn sie einmal die Gelegenheit bekämen zu sprechen, diese so selten wahrnehmen würden und wenn, so doch mangelhafte Artikulation attestiert bekämen (vgl. Sander in Schmitter 1998: 28–33).