

HOCHSCHULE DÜSSELDORF
FACHBEREICH SOZIAL- UND KULTURWISSENSCHAFTEN

Masterthesis zum Thema

**Frauen*Gesundheitszentren als Orte
des Empowerments durch Wissen**

VORGELEGT VON

Marlene Pick

Matr.-Nr: XXXXXXXXXX

Wintersemester 2022/23

IM FACH: Empowerment Studies

ERSTGUTACHTER: Prof. Dr. Fabian Virchow

ZWEITGUTACHTERIN: Dr. Muriel González Athenas

DÜSSELDORF, 12.12.2022

„Die Selbstermächtigung über den eigenen Körper, schafft die Stärke der Bewegung“

—

Frauen*Gesundheitszentren als Orte
des Empowerments durch Wissen

Inhalt

Einleitung	4
1. Positionierung und Einordnung der Arbeit.....	10
2. Theoretische Überlegungen zu Macht und Empowerment	13
2.1 Wissen und Macht – der Diskurs bei Foucault.....	13
2.2 Körper, Macht und Geschlecht.....	16
2.3 Empowerment durch Wissen.....	18
2.3.1 Unterworfenes Wissen.....	18
2.3.2 Feministische Kritik an Foucault.....	19
2.3.3 Feministische Perspektiven auf Wissen und Macht	20
2.3.4 Empowerment durch Wissen.....	23
2.4 Die diskursive Konstruktion weiblicher Körper.....	26
2.4.1 Die Produktion von Wissen über weibliche Körper.....	27
2.4.2 Der medizinische Blick auf weibliche Körper	28
2.4.3 Der weibliche Körper – konstruiert als unvollkommen und unkontrollierbar ...	30
2.4.4 Der weibliche Körper als Projekt der Selbstsorge.....	31
2.4.5 Körperscham als Sanktionsmechanismus.....	33
2.4.6 Körperwahrnehmung und -erfahrung	35
3. Methodik.....	37
3.1 Expert*inneninterviews	37
3.2 Qualitative Inhaltsanalyse.....	39
4. Frauen*Gesundheitszentren als Orte des Empowerments.....	40
4.1 Die Geschichte der Frauengesundheitsbewegung	40
4.2 Präsentation und Analyse der Ergebnisse.....	45
4.2.1 Kritik des Diskurses	45
4.2.1.1 Kritik am medizinischen Diskurs	46
4.2.1.2 Feministische Gesellschaftskritik	50
4.2.1.3 Die Rolle der Scham.....	51
4.2.1.4 Diskussion	53
4.2.2 Die Produktion und Vermittlung von widerständigem Wissen.....	55
4.2.2.1 Selbstermächtigung durch Wissen.....	55
4.2.2.2 Informationsangebot.....	56
4.2.2.3 Beratung	57
4.2.2.4 Selbsthilfegruppen	59
4.2.2.5 Selbsterfahrung.....	60
4.2.2.6 Wissensarchive	62

4.2.2.7 Diskussion	63
4.2.3 Macht in Frauen*Gesundheitszentren	65
4.2.3.1 Wissenshierarchien	65
4.2.3.2 Generationenwechsel	67
4.2.3.3 Zugänge und Ausschlüsse	69
4.2.3.4 Diskussion	72
4.2.4 Wirkung von Empowerment	72
4.2.4.1 Individuelle Ebene	73
4.2.4.2 Strukturelle Ebene	75
4.3 Fazit	79
Ausblick	88
Literaturverzeichnis	89
Anhang	92
Interviewleitfaden	92
Analyseergebnisse	94
Eidesstattliche Erklärung	108

Einleitung

“I love my body 'cause it's mine but I didn't always love it all the time.” (My Body, Molly Nilsson)¹

In dieser Zeile des Songs “My Body” beschreibt die Sängerin Molly Nilsson die Beziehung zu ihrem Körper in Vergangenheit und Gegenwart: Ich liebe meinen Körper, weil er mir gehört, aber ich habe ihn nicht immer geliebt. Was ist in der Zwischenzeit passiert? Die Leerstelle in dieser Zeile, die Veränderung von Nicht-Liebe zu Liebe, von der Abwertung zur Wertschätzung des eigenen Körpers beschreibt den Prozess, mit dem ich mich in dieser Arbeit beschäftigen möchte.

Für viele Frauen*² stellt der eigene Körper ein Problem dar. Der Körper schmerzt und blutet, er ist zu dick oder zu dünn, kann schwanger werden, verändert sich immer wieder, er wird betrachtet, kommentiert, angefasst und verletzt. In der Bewältigung des Alltags erscheint er daher häufig als Hindernis und ermöglicht es uns doch gleichzeitig in der Welt zu sein und mit dieser zu interagieren (Crossley 1996). Laut Iris Marion Young nehmen Frauen* ihren Körper häufig als Einschränkung wahr, während Männer³ ihn als Kapazität verstehen, Dinge zu erreichen (Young 1990). Young folgert daraus, dass Frauen* somit in ihrem Handlungsfeld und ihren Möglichkeiten eingeschränkter sind als Männer. Dieser grundlegende Unterschied in der Wahrnehmung von Körpern, welche sich in ihrer Materialität nur wenig unterscheiden, und ihren Handlungsmöglichkeiten entsteht durch ihre Ungleichmachung aufgrund gesellschaftlicher Machtstrukturen (Govrin 2022, 17). Analog zu gesellschaftlichen Machtverhältnissen kommen Körpern unterschiedliche Behandlungen und Stellungen zuteil. Gleichzeitig werden Machtverhältnisse mit der vermeintlichen Unterschiedlichkeit von Körpern legitimiert (Govrin 2022, 44). So stellt der weiße, nicht-behinderte Körper eines Cis-Manns die Norm dar, durch deren Inbezugnahme alle anderen Körper als Abweichungen konstruiert werden (Grosz 1994, 188). Rassifizierte, behinderte⁴, weibliche, aber auch arme und queere Körper werden im

¹ Hier nachzuhören <https://www.youtube.com/watch?v=IYXjPymvTkI&t=2129s>.

² Für eine Erläuterung meiner Verwendung des * siehe Kapitel 1.2.

³ Mit Männer meine ich Cis-Männer, für weitere Erläuterungen siehe Kapitel 1.2.

⁴ Den Begriff Behinderung verwende ich entsprechend des § 2 SGB IX (Artikel 1 des Gesetzes v. 23. Dezember 2016, BGBl. I S. 3234): “Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische,

Gegenzug als das minderwertige Andere⁵ markiert, entsprechend betrachtet und sichtbar gemacht, während der männliche Normkörper unsichtbar und unkommentiert bleibt (Meuser 2010, 134). Geschlecht stellt zwar nur einen Aspekt dar, durch welchen Körper als Anders konstruiert werden, mit dieser Arbeit möchte ich jedoch genau diesen untersuchen und herausfinden, auf welche Weise Macht auf weibliche Körper wirkt und wie Widerstand gegen existierende patriarchale Machtverhältnisse aussehen kann.

Michel Foucault versteht Macht als ein komplexes, fluides System aus immer neu verhandeltem Wissen und daraus hervorgehenden Wahrheiten, welches auf das Denken und Handeln von Menschen einwirkt und sie so in ihrer Subjektivität formt (Foucault 2013). Weiterhin formen diese Vorstellungen und Wahrheiten auch Körper in ihrer Materialität (Crossley 1996). In welcher Beziehung wir zu unserem Körper stehen, ob wir ihn lieben oder nicht, wie wir ihn wahrnehmen und nutzen können, hängt also davon ab, was wir über ihn wissen und an welchen Normen wir ihn messen. Wie Körper sein sollten, wie sie auszusehen haben, was sie können müssen, wann sie krank und wann gesund sind – all das sind Vorstellungen, durch welche Macht auf Körper wirkt (Foucault 1980, 55). Diese Vorstellungen basieren auf dem Wissen aus einer bestimmten Perspektive, welches von einer Mehrheit der Menschen als richtig oder wahr empfunden wird und an dem sie daher ihr Denken und Handeln orientieren – häufig selbst dann noch, wenn diese Vorstellungen ihnen selbst im Wege stehen und ihre Freiheit einschränken (Foucault 1977, 26). Unser⁶ Wissen, unsere Vorstellungen von der Welt und uns ist wiederum in einen gesellschaftlichen Kontext eingebunden, ist geprägt von sozialen, politischen, kulturellen und geschichtlichen Einflüssen und Machtverhältnissen. Diese Machtverhältnisse prägen, welches Wissen als wahr anerkannt wird und sich somit wiederum als Macht in Form von Normen und Wahrheiten in Körper einschreibt und sich auf das Denken und Handeln der Menschen auswirkt (Foucault 1980, 82).

Laut Foucault sind Machtverhältnisse, also wer die Definitionsmacht über einen bestimmten Sachverhalt innehat, veränderlich (Foucault 1980, 81). Insbesondere

geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.“

⁵ Die Praxis des Othering, also eine Gruppe als das Andere (explizit großgeschrieben), von der Norm abweichend zu markieren und abzuwerten, wurde erstmal durch Simone de Beauvoir beschrieben, durch die Postkoloniale Theorie wieder aufgegriffen und stellt ein Kernkonzept der kritischen Theorie dar (Brons 2015).

⁶ Wenn ich von Uns oder Wir schreibe, beziehe ich mich auf grundlegende Eigenschaften oder Erfahrungen des Mensch-Seins an sich, die ich mit allen anderen Menschen teile.

unterworfenen Wissen, also Wissen welches aus einer relativ machtlosen Perspektive produziert wird, betrachtet Foucault als wichtiges Gegengewicht und möglichen Motor der Veränderung innerhalb des Diskurses (Foucault 1980, 82). Auch bell hooks, Donna Haraway, Audre Lorde und Patricia Hill Collins beschäftigten sich damit, wie Macht und Wissen in Zusammenhang stehen und welche Möglichkeiten des Widerstandes gegen herrschende Machtverhältnisse daraus hervorgehen (Haraway 1988; Hill Collins 2000; hooks 1989, 2000; Lorde 1984a, 1984b). Maria Kechaja wiederum versteht Empowerment als einen Prozess, in welchem eine Gruppe von Individuen miteinander in Austausch kommt, so die eigene Unterdrückung erkennt, deren Wirkung auf die eigene Subjektivität verlernt und fortan die eigene, marginalisierte Perspektive auf die Welt zentriert und nach außen trägt (Kechaja 2019). Aus der Verflechtung von Foucaults Theorie der Macht, feministischen Perspektiven auf Wissen, sowie der Empowerment Theorie nach Kechaja, entwickle ich in dieser Arbeit ein Konzept des Empowerments durch Wissen, welches abbilden soll, wie Machtverhältnisse im Diskurs und deren Auswirkungen auf den einzelnen Menschen verändert werden können.

In der patriarchalen, kapitalistischen Gesellschaft entsteht das dominante Narrativ im Diskurs in der Regel aus einer männlichen Perspektive. So auch in der Wissensproduktion über weibliche Körper. Seit der Aufklärung befasste die in erster Linie männlich geprägte Wissenschaft sich mit der Ungleichmachung weiblicher Körper und produzierte so ein Narrativ, welches sich bis heute im gesellschaftlichen Bild von Frauenkörpern fortschreibt (Libbon 2007, 81). Über mehrere Jahrhunderte wurden potenziell gebärfähige Körper im medizinischen Diskurs pathologisiert und zum Gegenstand umfassender ärztlicher Untersuchungen und Interventionen gemacht (Maschewsky-Schneider 1996, 6). Basierend auf der vielfältigen Überwachung weiblicher Körper insbesondere durch die Gynäkologie, tragen weibliche Körper noch immer einen Status als potenziell krank und kontrollbedürftig (Shildrick 2015, 27). Im medizinischen, ebenso wie im gesellschaftlichen Diskurs stellen weibliche Körper bis heute die Abweichung von der männlichen Norm dar.

Um diesem patriarchalen Narrativ über weibliche Körper zu begegnen, gründeten Feministinnen der zweiten Welle der Frauenbewegung in den 1970er Jahren die ersten Frauengesundheitszentren in den USA, und 1976 auch in Deutschland (Mangelsdorf, Palm,

und Schmitz 2013).⁷ Susan M. Reverby beschreibt, wie die Wissensautorität sowie die Kontrolle von Frauenkörpern durch Medizin und Gesellschaft von der zweiten Welle der Frauenbewegung in den 1970er und 80er Jahren scharf kritisiert wurde (Reverby 2002). Der Wunsch nach körperlicher Selbstbestimmung führte zu einer Transformation von Wissen: Weg von medizinischer Autorität und Kontrolle hin zu partizipativer und erfahrungsbasierter Wissensaneignung von Frau zu Frau (Maschewsky-Schneider 1996; Munch 2008). In *Bodies of Knowledge* geht auch Wendy Kline dem Drang nach Körperwissen in der Frauenbewegung der 1970er auf den Grund und betont die Rolle von Wissen durch den Körper und die Anerkennung von Körperlichkeit als Grundlage für feministisches Empowerment (Kline 2010). Seit über vierzig Jahren stellen Frauen*Gesundheitszentren einen Ort dar, an dem Wissen über weibliche Körper aus einer feministischen Perspektive produziert und verbreitet wird. In dieser Arbeit möchte ich mich damit beschäftigen, auf welche Weise die Frauen*Gesundheitszentren heute noch wirksam sind.

Während unterschiedlichste Aspekte der diskursiven Konstruktion weiblicher Körper in der patriarchalen Gesellschaft ebenso wie in Wissenschaft und Medizin bereits viel diskutiert und auch die Antwort der Frauenbewegung in den 1970er und 80er Jahren wissenschaftlich erfasst wurde, gibt es kaum Forschung über die Arbeit der Frauen*Gesundheitszentren heute.⁸ Fast fünfzig Jahre nach dem Entstehen der ersten Frauengesundheitszentren hat sich jedoch sowohl in der Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland (BRD) als auch in der feministischen Bewegung einiges getan. Die Frage, wie sich diese Entwicklungen auf die Arbeit von Frauen*Gesundheitszentren heute auswirken, aber auch welche Relevanz die Gesundheitsbewegung heute noch hat, sind daher spannende, bisher wenig beachtete Forschungsfelder. Fragen nach möglichen Veränderungen in den theoretischen Ansätzen, ebenso wie die Frage nach Zugängen und Ausschlüssen sind insbesondere mit Blick auf die Rolle von Frauen*Gesundheitszentren für ein intersektionales feministisches Empowerment relevant. Über den Zusammenhang von Macht und Wissen, ebenso wie Wissen als Form des Widerstands oder des Empowerments wurde ebenfalls in vielfältiger Weise nachgedacht und geschrieben

⁷ Einige der Zentren verwenden heute den *, was jedoch auf deren jüngere Entwicklung und Hinwendung zu queer feministischen Fragestellungen zurückzuführen ist. Um diese Veränderung in der feministischen Bewegungen abzubilden, aber auch um Selbstbezeichnung damals und heute nicht zu vermischen verwende ich den * nicht, wenn ich mich auf die Anfänge der 1970er Jahre beziehe.

⁸ Der Forschungsstand zur diskursiven Konstruktion weiblicher Körper wird in Kapitel 2.3 dargelegt, einen Überblick über die Forschung zur Frauengesundheitsbewegung bietet Kapitel 3.1.

(Haraway 1988; Hill Collins 2000; Kline 2010; Oakley 2009). Auch die Frage inwiefern Gesundheit und soziale Ungleichheit miteinander in Verbindung stehen und welche gesundheitlichen Folgen Diskriminierung hat, wie Machtverhältnisse sich also auf den Körper auswirken wurde bereits untersucht (Krieger 2016; Leidinger 2018). Während die Bedeutung von Wissen jedoch insbesondere in Bezug auf antirassistisches Empowerment erforscht wurde, hat die Einordnung der Frauengesundheitsbewegung in Macht- und Empowerment-theoretische Konzepte in der Sozialforschung bislang wenig Beachtung gefunden. In dieser Arbeit möchte ich daher die Anwendung von Macht- und Empowerment-Theorie mit der Erforschung der praktischen Arbeit von Frauen*Gesundheitszentren verknüpfen.

Meine Arbeit gliedert sich in vier Teile. Nach einer Positionierung meinerseits, einigen Vorbemerkungen zu dieser Arbeit sowie ihrer Einordnung in einen größeren Forschungszusammenhang widme ich mich im zweiten Teil der theoretischen Rahmung meiner Forschungsfrage. Dafür lege ich in den ersten beiden Kapiteln des zweiten Teils Foucaults Theorie der Macht durch Wissen, sowie die diskursive Konstruktion von Körpern nach Foucault und Butler dar. Eine Möglichkeit diese Machtverhältnisse zu verändern, erläutere ich anhand Foucaults Überlegungen zu Widerstand im Diskurs, welche ich durch feministische Theorien zu Widerstand durch Wissen von Donna Haraway, bell hooks, Audre Lorde und Patricia Hill Collins ergänze. Weiterhin überführe ich diese Theorien zu Möglichkeiten des Widerstands im Diskurs in das Konzept des Empowerments nach Maria Kechaja und leite davon eine Konzeptualisierung von Empowerment durch Wissen ab (Kapitel 2.3). Anschließend wird der Forschungsstand zur diskursiven Konstruktion von weiblichen Körpern im Feld der Geschlechterforschung und der Soziologie abgebildet und so argumentiert, dass die Abwertung weiblicher Körper durch den Diskurs eine Form der patriarchalen Unterdrückung darstellt und den männlichen Herrschaftsanspruch manifestiert (Kapitel 2.4). Nach einer Erläuterung meiner Methodik im dritten Teil der Arbeit überprüfe ich im vierten und letzten Teil, inwiefern ein Empowerment durch Wissen in Frauen*Gesundheitszentren heute stattfindet. Dafür skizziere ich zuerst die Geschichte der Frauen*Gesundheitszentren in Deutschland von ihren Anfängen in den 70er Jahren bis heute (Kapitel 4.1). Den empirischen Teil meiner Arbeit bilden Expertinneninterviews mit jeweils einer Mitarbeiterin aus den Frauen*Gesundheitszentren in Köln, Hannover, Wiesbaden, Freiburg und Stuttgart. Um herauszufinden, inwiefern Frauen*Gesundheitszentren Orte für Empowerment durch

Wissen darstellen, sprach ich mit den Mitarbeiterinnen über die heutige Arbeitsweise und Ziele der Zentren ebenso wie über Angebote, Zugänge und interne Prozesse. Anhand der Interviews möchte ich herausfinden, welche Strategien des Empowerments in Frauen*Gesundheitszentren heute angewandt werden, welche Machtdynamiken innerhalb der Zentren wirken, und inwiefern mögliche Empowerment-Prozesse Wirkung zeigen (Kapitel 4.2).

Die Leerstelle in Molly Nilssons Song verstehe ich als den Moment des Empowerments, in dem Frauen* sich die Deutungshoheit über ihren Körper zurückerobern, sich Wissen über den eigenen Körper aneignen und ihn so beginnen auf eine neue, selbstbestimmte Art und Weise wahrzunehmen und nutzen zu lernen. Die Frauengesundheitsbewegung der 1970er und 80er Jahre machte sich die Macht von Wissen zu eigen und begann im Rahmen von Frauengesundheitszentren neue feministische Perspektiven auf Körper und die sie prägende Gesellschaft zu entwickeln. Einige dieser Zentren existieren bis heute. Im Rahmen dieser Arbeit möchte ich daher herausfinden inwiefern Frauen*Gesundheitszentren heute noch einen Ort für Empowerment durch Wissen darstellen. Auf welche Art und Weise werden patriarchale Machtverhältnisse in den Zentren kritisiert? Wie wird Wissen von wem produziert und welche Machtdynamiken wirken innerhalb der Zentren auf einen möglichen Prozess des Empowerments ein? Diesen Fragen werde ich mich im Folgenden widmen und hoffe so aufzeigen zu können, wie ein Empowerment von Frauen* durch widerständiges Wissen⁹ aussehen kann.

⁹ Für eine Begriffserläuterung zu widerständigem Wissen siehe Kapitel 2.3.3.

1. Positionierung und Einordnung der Arbeit

Ich orientiere meine Arbeit an machtkritischen und feministischen Forschungspraxen und Wissenschaftskonzeptionen. Anstatt das abstrakte Ideal einer entkörpernten Objektivität anzustreben, möchte ich die Position sichtbar machen, von der aus ich diese Arbeit verfasse (Haraway 1988; Harding 2016). Daher schreibe ich diese Arbeit aus der Ich-Perspektive. Feministische Wissenschaftskritiken betonen, dass Körper und Geist untrennbar miteinander verbunden sind und eine körperlose Objektivität daher unmöglich ist (Thompson, Klosterkamp, und Vorbrugg 2021, 81). Die Erfahrungen, die ich mit meinem weiblich gelesenen Körper gemacht habe, die Machtdynamiken, die auf ihn wirken, beeinflussen meine Entscheidungen – auch im wissenschaftlichen Arbeiten. Ich bin eine weiße, nicht behinderte Cis-Frau, komme aus einem Akademiker*innenhaushalt und besitze einen deutschen Pass. Die damit einhergehenden gesellschaftlichen Privilegien und Machtpositionen haben mir den Zugang zum Studium, und damit zur Wissenschaft leicht gemacht und prägen gleichzeitig die Perspektive, aus der ich denke und schreibe (Mohseni 2018, 21).

Für die Erforschung der Diskriminierung und des Empowerments in Form von diskursiven Konstruktionen weiblicher Körper habe ich mich aus Gründen entschieden, die allesamt mit meiner persönlichen gesellschaftlichen Situierung sowie meinen subjektiven Erfahrungen und Überzeugungen im Zusammenhang stehen. Mein Interesse an der Frage, welche Rolle Wissen für das Empowerment von Frauen* haben kann, resultiert aus meiner persönlichen Erfahrung als Teilnehmerin sowie als Anleiterin von Workshops und Angeboten zum Erfahrungsaustausch und Wissenserwerb rund um weibliche Körperlichkeit und Sexualität. Angelehnt an Audrey Kobayashi hoffe ich somit einerseits, mit meiner Forschung die feministischen Kämpfe wissenschaftlich zu untermauern, an denen ich selbst teilnehme (Kobayashi 1994, 78). Andererseits habe ich mich bewusst dazu entschieden, über eine Gruppe zu forschen, zu welcher ich mich selbst zugehörig fühle, um in meiner Forschung die Reproduktion von Machtverhältnissen durch die Betrachtung Anderer gesellschaftlicher Gruppen zu vermeiden (Thompson, Klosterkamp, und Vorbrugg 2021, 83).

Meine Arbeit basiert somit auf einen normativen Anspruch. Sharyn Clough geht der Frage nach inwiefern Sozialwissenschaften, und insbesondere die Geschlechterforschung, eine normative Wissenschaft sein sollte und kommt zu der Einsicht, dass Normativität und Empirie sich nicht gegenseitig ausschließen, sondern ergänzen (Clough 2004, 116). Somit

sei eine normative Perspektive notwendig, um empirische Fakten in ein größeres Weltbild einzuordnen (ebd.). Die normative Perspektive, aus der ich diese Arbeit verfasse, ist eine feministische Gesellschaftskritik und der Anspruch, mit meinem wissenschaftlichen Arbeiten auf eine gerechtere Verteilung von Macht hinzuwirken. In meiner Darstellung des Diskurses über den weiblichen Körper wird deutlich, dass dieser ständig im Fokus ist, gesehen, untersucht und bewertet wird. In meiner Arbeit soll es jedoch nicht um die Betrachtung des weiblichen Körpers, sondern um die Untersuchung und Kritik der Betrachtung des weiblichen Körpers gehen. Ich hoffe so, zum einen Wirken von Macht innerhalb des Diskurses über weibliche Körper sichtbar zu machen, und zum anderen alternativen Perspektiven und Stimmen aus der feministischen Gesundheitsbewegung Gehör zu verschaffen.

Der theoretische Hintergrund dieser Arbeit setzt sich zusammen aus poststrukturalistischen Ansätzen der Sozialwissenschaften, insbesondere der Diskurstheorie nach Michel Foucault, sowie der Geschlechtertheorie von Judith Butler (Butler 1997; Foucault 1977b, 1977a, 1980). Um die Wirkung des Diskurses auf Individuen darzustellen, beziehe ich mich auf Beiträge der Subjektivierungsforschung (Grosz 1994; Hofmeister 2003; Young 1990). Auch Körpersoziologische Konzepte, sowie die philosophische Frage nach der Einheit von Körper und Geist stellen Grundlagen dieser Arbeit dar (Crossley 1996; Witz 2000).

Während bereits vielfach wissenschaftlich belegt wurde, wie die patriarchale Betrachtung, Beschreibung und Repräsentation von Frauenkörpern zu deren Unterdrückung beitragen, gibt es bislang keine universale, sondern viele unterschiedliche feministische Strategien des Widerstandes dagegen. Eine Form des Widerstands leisteten Frauengesundheitszentren seit den 1980er Jahren in Deutschland. Sie kritisierten das patriarchale Narrativ über weibliche Körper, boten einen Ort für Information und Austausch und wurden somit zu einer regelrechten Institution des feministischen Widerstandes durch Wissen. Während das gesamtgesellschaftliche Körperbild von Frauen* seit Jahrhunderten durch die medizinische Perspektive geprägt wird, welche wiederum als Stütze des Patriarchats fungiert, stellte die Frauengesundheitsbewegung insbesondere die Verzahnung von Patriarchat und medizinischer Wissensproduktion in Frage. Der medizinische sowie der gesellschaftliche Diskurs über Frauenkörper sind eng miteinander verbunden (Govrin 2022, 16), daher liegt es nahe, die medizinische Perspektive auf weibliche Körper genauer zu betrachten, um die Wirkung von Macht auf als weiblich konstruierte Körper festzuhalten und Strategien des

Widerstandes dagegen zu identifizieren. Trotzdem soll diese Arbeit keinesfalls die Relevanz von Medizin und Wissenschaft in Abrede stellen. Problematisiert werden vielmehr Machtwirkungen innerhalb der jeweiligen Wissenssysteme, welche zum Ausschluss und zur Diskriminierung bestimmter Personengruppen führen, bei gleichzeitiger Anerkennung des Nutzens dieser Systeme.

Weiterhin erkenne ich an, dass die binären Geschlechterkategorien männlich und weiblich sozial und kulturell konstruiert sind. Trotzdem ist es im Sinne dieser Arbeit unvermeidbar, diese Kategorien anzuwenden, um existierende Unterschiede zu markieren, seien sie sozial konstruiert oder durch unterschiedliche Körperfunktionen biologisch gegeben, und die sich daraus ergebenden gesellschaftlichen Machtverteilungen zu analysieren. Im Folgenden verwende ich die Begriffe Mann – Frau in Bezug auf die Menschen, die sich mit dem ihnen bei ihrer Geburt zugeordneten Geschlecht identifizieren. Die Adjektive weiblich und männlich verwende ich im Sinne ihrer gesellschaftlich definierten Konnotation. Mit dem “weiblichen Körper” meine ich somit den menschlichen Körper, der anhand seiner biologischen Gegebenheit in einer Gesellschaft als weiblich gelesen und behandelt wird. Obwohl ich anerkenne, dass viele Menschen als weiblich gelesen werden, die sich nicht (nur) als weiblich identifizieren, verwende ich an dieser Stelle keinen Stern, da ich hier bewusst die gesellschaftliche Perspektive auf den Körper darstellen möchte. Das Maskulinum verwende ich nicht im generischen Sinne, sondern nur dann, wenn ich ausschließlich von den männlichen Vertretern etwa einer Berufsgruppe spreche. Dort wo alle Menschen und deren Körper gemeint sind, auch die, die sich in einem größeren geschlechtlichen Spektrum verorten, verwende ich den * zwischen maskulin und feminin Endung, um dies zu kennzeichnen (Beispiel Ärzt*innen). Wenn ich alle Menschen außer Cis-Männern meine, setze ich den * hinter die weibliche Endung (Ärztinnen*). In den Teilen der Arbeit, in denen es um die diskursive Konstitution des weiblichen Körpers im binären Geschlechtssystem geht, verwende ich keinen Stern.

2. Theoretische Überlegungen zu Macht und Empowerment

Foucaults Verständnis von Macht als Wissen im Diskurs stellt den theoretischen Rahmen dieser Arbeit dar. Im Folgenden erörtere ich daher zunächst das Machtverständnis nach Foucault, ebenso wie die Idee von Judith Butler, dass geschlechtliche Körper erst durch die Wirkung von Normen im Diskurs konstruiert werden (Butler 1997; Defert und Ewald 2002; Foucault 1977a, 1977b, 1980, 2011, 2013). Anschließend verbinde ich Foucaults Theorie zu unterworfenem Wissen mit den feministischen Perspektiven auf Wissen als Form des Widerstandes von Audre Lorde, bell hooks, Donna Haraway und Patricia Hill Collins (Haraway 1988; Hill Collins 2000; hooks 1989, 2015b; Lorde 1984b). Daraufhin wird anhand dessen sowie der Empowerment Theorie nach Maria Kechaja eine Konzeptualisierung von Empowerment durch Wissen entwickelt (Kechaja 2019). Die Lebensrealität von Frauen*, welche vom Machtwirken des Diskurses bestimmt ist, bilde ich ab, indem ich anhand des Forschungsstandes zur diskursiven Konstruktion weiblicher Körper in Soziologie und Gender Studies einige der Normen und Wahrheiten erläutere, die zur Konstruktion einer abgewerteten weiblichen Körperlichkeit beitragen. Von diesen Beobachtungen leite letztendlich ich die Notwendigkeit des Widerstandes gegen die herrschenden diskursiven Machtverhältnisse ab.

2.1 Wissen und Macht – der Diskurs bei Foucault

Grundlegend für Foucaults Überlegungen zu Macht ist ihre Verortung in der Lebenswelt, als allzeit erfahrbares Phänomen (Foucault 2011, 242). Foucault erkennt, dass Macht sich in Form eines politischen Systems konstituieren kann. Gleichzeitig wirkt sie jedoch auch außerhalb des Staatsapparats in allen Bereichen des Alltags. Foucault erklärt Macht daher nicht nur zur Kapazität einer politischen Instanz, sondern geht darüber hinaus und widmet sich der Frage, auf welche Weise Macht als komplexes System auf das Leben der Menschen wirkt (Foucault 1980, 93). Während Macht häufig im Sinne von Verboten, Zwang und Einschränkungen verstanden wird, betont Foucault die produktive Seite von Macht: Macht, das sind die Kräfte, die einen Menschen formen und Subjektivität möglich machen (Foucault 1977a, 107). In einem Verständnis in dem alle Beziehungen, die gesamte Lebenswelt von Macht durchzogen und bestimmt ist, kann diese weder positiv noch negativ konnotiert sein. Ihre Existenz ist neutral, lediglich die Erfahrung und

Wahrnehmung ihrer Wirkung kann für Menschen positiv oder negativ sein. Ein ständiges Gewahrsein von Macht sei für Menschen unerträglich, so Foucault, weshalb Macht sich in ihrem alltäglichen Wirken meist verschleierte (Foucault 1977a, 107). Damit ist gemeint, dass, obschon unser Handeln und Sein allzeit durch die Wirkung von Machtmechanismen bestimmt ist, das Bewusstsein darüber zu einem Gefühl der Unfreiheit und Determiniertheit führen kann. In diesem Verständnis stellt Macht ein komplexes System aus unterschiedlichsten Kräfteverhältnissen dar (Foucault 1977a, 113). Macht wird somit nicht von einer Person oder Instanz besessen, sondern vollzieht sich im Zusammenleben innerhalb einer Gesellschaft (Foucault 1977a, 115). Abhängigkeiten, Beziehungen sowie Interaktion von Menschen stellen ein flexibles Netz aus Machtbeziehungen dar, sie sind verhandel- und wandelbar. Dieses System erlangt seine Komplexität erst durch die ständige Veränderung von Beziehungen und Machtkonstellationen. Es kann somit nicht von einem oder mehreren Subjekten, keinem Staatsapparat, entworfen sein, sondern entwickelt sich stets aus sich selbst und der Vielzahl einzelner Handlungen heraus.

Auf welche Weise jedoch wirkt Macht in diesem System und wie konstituiert sie sich? Foucaults Antwort ist der Diskurs: "Er ist dasjenige, worum und womit man kämpft; er ist die Macht, deren man sich zu bemächtigen sucht" (Foucault 1977b, 8). Laut Foucault ist der Diskurs also das System, in welchem unterschiedliche Perspektiven auf die Welt in Form von Wissen zusammengetragen und verhandelt werden. Er stellt einerseits eine Abbildung von Machtverhältnissen dar, andererseits produziert er diese. Verhandelt wird Macht somit durch die Produktion und Artikulation von Wissen. Das Ziel ist die Definitionsmacht darüber zu erlangen, welches Wissen als allgemeine Wahrheit anerkannt wird. Wissen meint dabei zuerst einmal nicht eine definitive oder objektive Wahrheit, sondern vielmehr eine von vielen möglichen Perspektiven auf die Welt und deren Interpretation. Auch Wahrheiten versteht Foucault nicht als objektiv gültigen Fakt, sondern als das Wissen, dass von einer Menschengruppe als wahr anerkannt wird. Macht wirkt somit in erster Linie, indem sie definiert, was Wahrheit ist, welches Wissen von einer gesellschaftlichen Mehrheit als Handlungsrahmen akzeptiert wird und welches auf der anderen Seite als unglaubwürdig verworfen wird. Der Diskurs ist also das System, in dem die Wahrheit, das heißt die Deutungshoheit über die Wirklichkeit verhandelt wird (Foucault 1977b, 8). Gleichzeitig ist die Produktion von Wissen, das Streben nach Erkenntnis immer auch von Machtbeziehungen durchzogen (Foucault 1977a, 119). Die eigene Position im gesellschaftlichen Gefüge, Erfahrungen und Prägungen schlagen sich unausweichlich in den Fragestellungen ebenso wie im Erkenntnisgewinn einer Person

nieder. Wissen im Kleinen, etwa in Bezug auf unser alltägliches Handeln steht dabei immer auch im Zusammenhang mit größeren Wissenssystemen, beide Ebenen beziehen sich aufeinander (Foucault 1977a, 123).

Auch der Diskurs selbst findet nicht im luftleeren Raum statt, er ist geprägt von Machtverteilung, Geschichte und Kultur einer Gesellschaft. Foucault hält hierbei fest, dass die Wissensproduktion immer bestimmten Spielregeln folgt, welche im Endeffekt selbst durch einen Diskurs, ein Machtverhältnis definiert sind (Foucault 1977b, 124). Die Spielregeln des Diskurses bestimmen, welche Aussagen und Annahmen "im Wahren" sind, sich also in ein spezifisches, als glaubhaft anerkanntes Weltbild einfügen können (Foucault 1977b, 25). Mit einer Aussage im Wahren zu sein, bedeutet demnach nicht, Wahrheit zu sprechen, sondern vielmehr den Regeln und Grundprinzipien des Diskurses zu folgen. Zwar ist laut Foucault Wahrheit/Wissen keine Konstruktion, sondern eine Abbildung der Wirklichkeit. Die Art und Weise wie Wirklichkeit abgebildet, dargestellt und interpretiert wird, folgt jedoch diskursiven Regeln, welche konstruiert sind und dementsprechend das dargestellte Abbild der Wirklichkeit prägen (Foucault 2011, 295). Die Abbildung der Wirklichkeit wiederum trägt zur Konstruktion der Wirklichkeit bei. Dabei sind das Weltbild, sowie die diskursiven Regeln durch die Institution geprägt, welche die größte Deutungshoheit über das Wissen besitzt. In der modernen westlichen Gesellschaft hat die Wissenschaft die Kirche als Autorität in der Wahrheitsfindung abgelöst. In *Sexualität und Wahrheit* beschreibt Foucault wie die Medizin im 19. Jahrhundert zur Hauptinstanz im Sexualitätsdiskurs wurde und diesen entsprechend prägte (Foucault 1977a). Anschauungen zu "normaler" Sexualität ebenso wie die Definition von Abweichungen von dieser Norm wurden fortan biologisch und medizinisch begründet. Auch wenn manchen Instanzen eine größere Autorität in der Wahrheitsfindung zugesprochen wird, kann sich jede*r am Diskurs beteiligen. Nicht alle Bereiche des Diskurses sind jedoch für alle gleichermaßen zugänglich (Foucault 1977b, 26). Kontrolliert werden Diskurse auch dadurch, wer in Ihnen eine wirksame Sprecher*innenposition einnehmen kann, wer gehört und wer im Gegensatz als unglaubwürdig oder irre(nd) positioniert wird (Foucault 1977b, 26).

Aus dominantem Wissen werden im Diskurs Wahrheiten, aus Wahrheiten entstehen Normen, welche unsere Lebenswelt strukturieren. Laut Foucault sind diese durch den Diskurs geformten Normen, etwa in Bezug auf Gesundheit, Sexualität oder Körper sehr viel machtvoller als Gesetze (Foucault 1977a, 172). Letztere bilden zwar einen juristischen Rahmen für das Zusammenleben in einer Gesellschaft, haben jedoch deutlich weniger Einfluss auf das Alltagsleben der Menschen als beispielsweise die Vorstellung von

“normaler” Sexualität. Das dominante Narrativ innerhalb eines Diskurses wirkt sich also direkt auf das Alltagsleben, das Handeln und Denken der Menschen aus und kann in diesem Sinne als Wirken von Macht verstanden werden. Gleichzeitig konstituiert und manifestiert der Diskurs Machtverhältnisse, indem eine angebliche Normalität konstruiert und Abweichungen definiert werden. In *Sexualität und Wahrheit* spricht Foucault darüber, wie der Sexualitätsdiskurs bestimmte Akte als Perversion kennzeichnet und so als Abweichung etwa von der heterosexuellen Norm konstruiert (Foucault 1977a, 127). Auch Vorstellungen zu Familie und familiären Rollenverteilungen werden in Normen institutionalisiert und wirken sich so auf das Leben und Entscheidungen von Individuen aus. Die Subjektivität eines Menschen, so Foucault, werde erst durch den Diskurs, die Einbettung des Individuums in einen Sinnzusammenhang und entsprechenden Wahrheiten und Normen möglich (Foucault 1980, 98). Foucault betrachtet die Formung von Individuen als die zentrale Wirkung von Macht. Durch diese vorab beschriebenen Wahrheiten und Normen werden Körper und Subjekte ein Leben lang geformt (ebd.). Wahrheiten in Form von Normalitätsvorstellungen wirken in allen Lebensbereichen und somit auch in Bezug auf Körper.

2.2 Körper, Macht und Geschlecht

Foucault betrachtet Körper als den zentralen Ort von Machtausübung (Foucault 2011, 77). Während sich Macht über Körper vom 18. bis ins frühe 20. Jahrhundert in Institutionen wie der Schule, dem Militär oder in Fabriken durch physische Disziplinierung auswirkte, wirkt Macht laut Foucault seit den 1960ern sehr viel subtiler, jedoch nicht weniger massiv durch den Diskurs auf Körper ein (Foucault 1980, 57).¹⁰ Den Übergang von der physischen hin zur diskursiven Disziplinierung von Körpern erklärt Foucault damit, dass die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper im Rahmen von physischen Disziplinarmaßnahmen wie etwa im Militär bei den Menschen zu einem neuen Körperbewusstsein führte, welches sich fortan als Gegenmacht zum Disziplinierungsapparat formierte (Foucault 1980, 55). So stellt er fest: “Die Macht hat sich in den Körper vorgeschoben, sie erfährt sich nun im Körper selbst ausgegrenzt” (Foucault 2011, 75). Da der Körper nun nicht mehr allein von außen beherrschbar war, fand die Macht neue Wege. Disziplin und Kontrolle über den Körper wird seither nicht

¹⁰ Hierbei wird deutlich, dass Foucault ein sehr eurozentristisches Geschichtsverständnis vertritt, und somit Gesellschaften und Geschichten des globalen Südens in seinen Theorien vernachlässigt. Für eine ausführlichere feministische Kritik an Foucault siehe Kapitel 2.3.2.

mehr hauptsächlich durch eine äußere Institution erzwungen, sondern vielmehr durch die Allgegenwärtigkeit von Körperidealen und Normen vom Individuum internalisiert. Kontrolle über den Körper wird somit durch das Individuum anhand gesellschaftlicher Regeln selbst vollzogen. Laut Foucault existiert Wissen über den Körper nur aufgrund der Macht, die in Form des Diskurses auf ihn wirkt (Foucault 1980, 59). Der Diskurs definiert also unser Wissen über und unsere Vorstellung von unseren Körpern, woraufhin wir unsere Körper entsprechend diesen Wissens in ihrer Materialität formen (Foucault 1980, 57).

In *Körper von Gewicht* entwickelt Judith Butler Foucaults Gedanken zum Wirken des Diskurses auf die Materialität von Körpern in Bezug auf die Konstruktion von Geschlecht weiter (Butler 1997). Butler erklärt, dass Geschlecht zwar häufig anhand von körperlichen Merkmalen bestimmt wird, die Materialität von Körpern jedoch selbst ein Produkt des Diskurses ist. Demnach werden geschlechtliche Körper durch das Wirken von Macht in Form von Normen produziert (Butler 1997, 21). Körperliche Unterschiede werden erst durch den gesellschaftlichen Umgang mit diesen, aufgrund der Vorstellung einer heterosexuellen Normalität, Signifikant für geschlechtliche Körper. Das soziale Geschlecht ist somit nichts, was einem gegebenen Körper aufgedrängt wird. Vielmehr entsteht dieser Körper erst durch die Wirkung sozialer und kultureller Einflüsse, seiner diskursiven Einordnung innerhalb des zweigeschlechtlichen Systems sowie dessen Performance in der täglichen Interaktion (Butler 1997, 22). Die soziale Dimension von Weiblichkeit und Männlichkeit sind somit immer auch in der als weiblich und männlich konstruierten Körperlichkeit verankert – und umgekehrt. Dabei betont Butler, dass die wirkende Macht keine definierbare Instanz ist, sondern ein zeitlicher Prozess, der durch immer wiederkehrende Handlungen und zitierte Normen einen geschlechtlichen Körper produziert (Butler 1997, 32). Die Einprägung von Normen in die Beschaffenheit von Körpern durch ihre ständige Wiederholung nennt Butler “Performative Macht” (Butler 1997, 309). Spezifische Äußerungen, etwa die Nennung des Geschlechts eines Kindes bei seiner Geburt “es ist ein Mädchen”, wirken machtvoll auf das Leben von Menschen ein. Diese Sprechakte wiederholen soziale Normen und sind nur als Zitat, welches schon unzählige Male vorher gesprochen wurde, wirkmächtig. Butler betont, dass jede sprechende Person immer als Teil des Diskurses spricht, das Gesprochene niemals außerhalb des Diskurses sein kann (Butler 1997, 310). Zwar betrachtet Butler Geschlecht nicht als natürliche, sondern sozial konstruierte Kategorie, erkennt jedoch an, dass diese geschlechtlichen Körper existieren und somit für die Analyse und Kritik bestehender gesellschaftlicher Verhältnisse auch als solche benannt werden müssen (Butler 1997, 53).

2.3 Empowerment durch Wissen

Machtvolle Positionierungen und die damit einhergehende Möglichkeit den Diskurs zu bestimmen sind laut Foucault flexibel und im ständigen Wandel. Foucault betont dabei, dass Wahrheiten niemals absolut sind, sondern ebenso gut zu einem späteren Zeitpunkt widerlegt werden können. Obwohl die machtvollen Institutionen sich bemühen, durch die Produktion von legitimierenden Wahrheiten ihre Position im Diskurs zu festigen, besteht die Möglichkeit, dass diese Machtverhältnisse sich verschieben, anderes Wissen an Einfluss gewinnt und schließlich als Wahrheit anerkannt wird (Foucault 1977a, 119). Foucault nennt dies die “Regel der praktischen Polyvalenz der Diskurse” und meint damit, die vielen, teils widersprüchlichen Wirkungen von Macht im Diskurs (Foucault 1977a, 122). Zum einen können vorhandene Machtpositionen durch den Diskurs gestärkt werden. Gleichzeitig werden diese durch die konstanten Verhandlungen von Wahrheit jedoch auch in Frage gestellt und angreifbar gemacht, wodurch Widerstand und daraufhin Wechsel in der Machtverteilung möglich werden. Foucault stellt fest: “Der Diskurs befördert und produziert Macht, er verstärkt sie, aber er unterminiert sie auch, er setzt sie aufs Spiel, macht sie zerbrechlich und aufhaltsam” (Foucault 1977a, 122). Zwar kann der Diskurs Machtverhältnisse abbilden und manifestieren, gleichzeitig jedoch auch einen Ort des Widerstands darstellen, an welchem Positionen jenseits des dominanten Narrativs verhandelt werden (Foucault 1977a, 177).

2.3.1 Unterworfenenes Wissen

Wissen, welches vergessen oder verworfen wurde und naives Wissen, welches nicht den wissenschaftlichen Standards oder den diskursiven Regeln entspricht, nennt Foucault “subjugated knowledge” also unterworfenenes Wissen und betont dessen Relevanz als kritische Perspektive innerhalb des Diskurses (Foucault 1980, 81). Wissen, welches eben nicht aus der dominanten Sprecher*innenperspektive produziert und geteilt wird und nicht den durch den Diskurs festgelegten Regeln zum Erkenntnisgewinn folgt, kann eine Form des Widerstand gegen die vorherrschenden Wahrheiten und damit verbundenen Machtverteilungen darstellen. Laut Foucault ist unterworfenenes Wissen, also die Außenseiterperspektive, notwendig für eine kritische Auseinandersetzung innerhalb des Diskurses sowie für die Kritik der diskursiven Machtverteilung (Foucault 1980, 82). Diese Kritik äußere sich dabei sowohl in den Inhalten als auch in der Form von unterworfenem Wissen: Die hierarchisierte Ordnung von ungläubwürdigem bis seriösem Wissen sowie die

unantastbare Autorität der Wissenschaft wird durch unterworfenen Wissen in Frage gestellt. Gleichzeitig bringt unterworfenen Wissen neue bislang ungehörte Perspektiven in den Diskurs ein. In seinem Plädoyer für die Relevanz von unterworfenem Wissen kritisiert Foucault weniger die Wissenschaft und ihren Erkenntnisgewinn an sich, sondern vielmehr das System des Diskurses, welches Wissenschaft als einziges glaubwürdiges Wissenssystem institutionalisiert (Foucault 1980, 84). So wirbt Foucault für die Anerkennung von unterschiedlichen Wissensformen, um die Wahrheiten des Diskurses einer größeren, vollständigeren Abbildung der Wirklichkeit anzunähern.

2.3.2 Feministische Kritik an Foucault

Foucaults Theorie der Macht als Diskurs wurde aus unterschiedlichen feministischen Positionen kontrovers diskutiert. Zum einen geht Foucault in seinen Überlegungen selbst kaum auf die Kategorie Geschlecht als Machtlinie ein, geschweige denn auf die Besonderheiten der weiblichen Erfahrungen im gesellschaftlichen Diskurs und den entsprechenden Diskriminierungserfahrungen (Deveux 2016, 223). Dabei stellt laut Angela King die Disziplinierung des weiblichen Körpers das Paradebeispiel für Foucaults Theorie des Wirkens von Macht dar (King 2004, 36). So verwunderlich dieses Auslassen auch sein mag – gefüllt wurde diese Leerstelle mittlerweile beispielsweise durch Judith Butlers Weiterentwicklung der Diskurstheorie in Bezug auf die Konstruktion von Geschlecht (Butler 1997). Obwohl Foucault selbst sich diesem Aspekt der Macht kaum widmete, schätzen viele feministische Denker*innen Foucaults Konzeption von Macht als Struktur, die sich im Alltagsleben formiert und auswirkt, als theoretische Erläuterung des feministischen Grundsatzes „das Private ist Politisch“ (Sawicki 1991, 10). So würden Aspekte der Macht, welche sonst kaum greifbar wären, wie etwa die Disziplinierung von Körpern durch gesellschaftliche Normen nachvollziehbar (Sawicki 1991, 14). Auch die Dekonstruktion eines dualistischen Machtverständnisses sei für feministische Analysen hilfreich (Deveux 2016, 232). Andere kritisieren wiederum Foucaults Verständnis von Macht als neutraler Kraft, welche in sich weder positiv noch negativ ist, da es Machtkritik und die Verurteilung von Formen der Unterdrückung aushebeln würde (Hartsock 1990, 169). Ebenso verhindere Foucaults Konzeption von Macht als fluides, dezentrales System eine normative Analyse von langfristigen Formen der Beherrschung und Unterdrückung von Frauen* (Hartsock 1990, 169). Eben diese Fluidität und Möglichkeiten der Veränderung wird jedoch auch als Chance wahrgenommen, Formen des individuellen und kollektiven Widerstands und Empowerments zu konzeptualisieren (Sawicki 1991, 14).

Obwohl all diese Einwände ihre Berechtigung haben, betrachte auch ich Foucaults Theorie der Macht in Bezug auf meine Forschungsfrage in erster Linie als Chance, Körper, Macht und Wissen miteinander in Verbindung zu setzen. Die fehlende feministische und normative Perspektive in Foucaults Theorie ergänze ich im folgenden Kapitel durch Überlegungen zu Wissen und Macht von Audre Lorde, Donna Haraway, bell hooks und Patricia Hill Collins sowie durch Maria Kechajas Verständnis von Empowerment.

2.3.3 Feministische Perspektiven auf Wissen und Macht

Auch feministische Denker*innen haben sich damit beschäftigt, wie gegenüber machtvollen Narrativen im Diskurs Widerstand geleistet werden kann. Sie fordern einerseits die Sichtbarmachung von Positionierungen und Machtverhältnissen innerhalb des wissenschaftlichen Diskurses (Haraway 1988; hooks 1989) und betonen zum anderen die Gültigkeit und Relevanz von nicht-akademischem Wissen (Hill Collins 2000; hooks 2000; Lorde 1984b).

Bereits Ende der achtziger Jahre kritisierte Donna Haraway die Objektivitätsdoktrin in der Wissenschaft als unerfüllbares Qualifikationsmerkmal für glaubwürdiges Wissen. Haraway betont, dass jedes Wissen aus einer bestimmten Perspektive heraus entsteht und somit niemals unabhängig vom forschenden, denkenden Subjekt sein kann (Haraway 1988, 583). Sowohl die Möglichkeit eine vermeintlich objektive Perspektive einzunehmen und so im wissenschaftlichen Diskurs zu sprechen und als glaubwürdig angehört zu werden, als auch der Inhalt des Gesagten hängen von der jeweiligen gesellschaftlichen Position des Sprechenden ab (Thompson, Klosterkamp, und Vorbrugg 2021, 82). Somit sind weiße männliche Körper in der rassistischen, patriarchalen Gesellschaft in der Lage vermeintlich objektives Wissen zu erzeugen. Menschen deren Körper von der Norm abweichen, wie Frauen, People of Color oder Menschen mit einer Behinderung, wird hingegen eine grundsätzliche Befangenheit in der Abbildung der Wirklichkeit zugeschrieben. Trotzdem hält sich das Ideal wissenschaftlicher Objektivität hartnäckig: Als wahr wird anerkannt, was durch einen vermeintlich objektiven Blick erforscht wurde (Mohseni 2018, 22). Als Alternative zu einer vermeintlichen Objektivität, die nur weißen Männern vorbehalten ist, argumentiert Haraway daher für eine feministische Objektivität des Situierens, also die Sichtbarmachung der eigenen Position innerhalb gesellschaftlicher Machtverhältnisse, von welcher aus Wissen generiert wird (Haraway 1988, 582). Im Sinne der Idee des Embodiments, muss Wissen somit nicht mehr entkörper-

werden, stattdessen wird der Körper als Grundlage und Medium für die Produktion von Wissen anerkannt und sichtbar gemacht (Haraway 1988, 589).

Auch bell hooks beschäftigt sich mit der Positionierung von Sprecher*innen innerhalb des Diskurses und den daraus resultierenden Möglichkeiten auf diesen Einfluss zu nehmen. hooks betont, dass insbesondere am Rand des Diskurses radikale Perspektiven und Möglichkeiten des Widerstandes entstehen (hooks 1989, 19). Somit ist die marginalisierte Position, deren Wissen nicht als allgemeine Wahrheit anerkannt wird, die mit der größten Freiheit, alternative Sichtweisen und Möglichkeiten der Veränderung zu entwickeln. Der Blick vom Rand auf das Ganze, aus einer machtlosen Position auf die Gesellschaft, ermöglicht laut hooks das Erkennen eines vollständigeren Bildes und verschafft so der Betrachter*in eine wirksame Position, um dem hegemonialen Narrativ mit anderem Wissen zu begegnen (hooks 1989, 20). Als widerständig betrachtet hooks nicht nur im Diskurs verbalisiertes Wissen, sondern auch verkörpertes Wissen, Handlungen und Lebensweisen, die nicht den Normen der machtvollen Perspektive folgen (hooks 1989, 20). Von der Randposition aus am Diskurs teilzunehmen, eigene Perspektiven und Wissen einzubringen, bedeutet jedoch auch sich selbst verletzlich zu machen. Deshalb ist Widerstand, so hooks, stärker und sicherer, sofern er sich aus einer Gemeinschaft heraus formiert (hooks 1989, 19). Somit plädiert hooks dafür, in der Marginalität, also einer machtloseren Position, mehr Raum für die Freude und Macht des Wissens zu schaffen und diese mehr Menschen zugänglich zu machen (hooks 1989, 15).

Patricia Hill Collins beschreibt, dass formale Bildung nicht der einzige Weg zu Wissen ist, sondern dass marginalisiertes und vor allem das Wissen von Frauen* oft durch eigene Erfahrungen und den Austausch mit anderen geprägt ist (Hill Collins 2000, 259). Erfahrungswissen hat keinen Anspruch an Objektivität und erkennt den Körper als Medium des Erkenntnisgewinns an. Laut Hill Collins schöpft dieses Wissen seine Gültigkeit eben daraus, keine universellen Aussagen treffen zu wollen, sondern vielmehr anhand individueller Erfahrung eine partielle Wirklichkeit abzubilden (ebd.). Durch den Austausch von Erfahrungen innerhalb einer Gemeinschaft an Menschen, die gesellschaftlich ähnlich positioniert sind, sich etwa als Frau* fühlen oder gelesen und behandelt werden, wird neues Erfahrungswissen generiert und validiert (Hill Collins 2000, 260). Wissen ergibt sich so aus einem Kollektiv von Individuen, welche ihren subjektiven Blick auf die Wirklichkeit beschreiben und vergleichen. Hill Collins bezeichnet die Parteilichkeit, die Haraway und hooks als Positionierung von Wissen beschreiben, als grundlegende Bedingung für die Produktion von relevantem Wissen (Hill Collins 2000,

269). In anderen Worten sollte Wissen über einen bestimmten Sachverhalt nur dann als wahr anerkannt werden, wenn es durch die Perspektive von Betroffenen mitgeprägt ist. Durch die Abbildung der eigenen Wirklichkeit und der daraus resultierenden Produktion von Wissen können marginalisierte Gruppen so zum einen dominante Sichtweisen kritisieren und sich andererseits die Definitionsmacht über die eigene Realität zurückerobern (Hill Collins 2000, 274).

Audre Lorde wiederum bezeichnet die Erotik als Quelle von weiblichem Wissen und Macht. Erotisches Wissen stellt für Lorde ein Bewusstsein über die eigenen körperlichen Bedürfnisse und Fähigkeiten dar, in welchem Körper und Geist vereint sind (Lorde 1984b). Dabei kehrt sie die patriarchale Zuschreibung des weiblichen Körpers als Objekt sexueller Begierde und Befriedigung um, in eine Kraft der Subjektwerdung durch eine spezifisch weibliche Form der Körperlichkeit. Die Verbundenheit von Körper und Geist, die Wahrnehmung des eigenen Körpers wird hier nicht zum Hindernis, sondern befähigt Frauen* vielmehr der Welt mithilfe ihres Körpers entgegenzutreten, ihre Umwelt und Mitmenschen wahrzunehmen und zielgerichtet und bedürfnisorientiert zu handeln (Lorde 1984b). Damit verweist auch Lorde auf den Aspekt des Embodiments von Wissen. Sie versteht Wissen als Medium, welches sich in den Körper einschreibt, diesen verändert und gleichzeitig durch den Körper transportiert wird. Die Erotik steht somit für ein in-sich-Sein, im körperlichen wie im geistigen Sinne, welches laut Lorde grundlegend ist für die Selbstermächtigung von Frauen* und Produktion von Wissen. So ermutigt Lorde in ihren Texten Menschen, aus der marginalisierten Perspektive heraus zu sprechen und ihre Erfahrungen sichtbar zu machen, anstatt dem dominanten Diskurs schweigend zu folgen (Lorde 1984a).

Um die hier vorgestellten Konzepte zu bündeln verwende ich den Begriff „widerständiges Wissen“. Als „widerständiges Wissen“ definiere ich Wissen, welches im Widerspruch zum dominanten Narrativ steht und diesem aktiv Widerstand leistet. Weiterhin meine ich damit Wissen, welches aus der marginalisierten Perspektive produziert und artikuliert wird und so die Belange der durch den Diskurs diskriminierten Gruppe sichtbar macht. Widerständiges Wissen folgt nicht den diskursiven Regeln des wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns, sondern zeichnet sich vielmehr durch die Spezifität der subjektiven Erfahrung des von der Norm abweichenden Körpers aus.

2.3.4 Empowerment durch Wissen

Der Widerstand gegen machtvolle Diskurse durch die Sichtbarmachung der im Diskurs wirkenden Machtverhältnisse nach Haraway und hooks sowie die Produktion von Wissen aus der unterworfenen Perspektive nach Hill Collins, hooks und Lorde können als Strategien des Empowerments betrachtet werden. Laut Maria Kechaja bezeichnet der Begriff Empowerment einen Prozess der Selbstermächtigung von Individuen und Gruppen, welche in der Gesellschaft durch Fremdzuschreibungen und Abwertungen unterdrückt werden (Kechaja 2019, 78). Empowerment grenzt sich dabei durch seine Prozesshaftigkeit vom bloßen Widerstand ab. Während Widerstand bildlich gesehen ein bloßes "dagegenhalten" impliziert, meint Empowerment, dass die Akteur*innen gleichzeitig einen Prozess durchlaufen, sowohl auf der subjektiven Ebene des Individuums als auch in der Gruppe als Ganzes. Empowerment meint in diesem Verständnis immer einen internen Prozess, nie eine Handlung, die von außen an eine Person oder Gruppe gerichtet ist (Kechaja 2019, 80). Zwar können Räume für diesen Prozess geschaffen werden, wichtig ist laut Kechaja dabei jedoch, dass die anleitende Person selbst Teil der marginalisierten Community ist und ähnliche Erfahrungen gemacht hat. Kechaja beschreibt vier Grundelemente des Empowerments: das *Bewusstsein*, die *Community*, die *Befreiung* und die *Heilung*. Anhand dieser Elemente werde ich die Rolle von Wissen für den feministischen Widerstand mit dem Konzept des Empowerments nach Kechaja verbinden.

Zu Anfang des Empowerment Prozesses steht laut Kechaja das Erlangen eines *Bewusstseins* für gesellschaftliche Machtverhältnisse und deren Auswirkungen auf das eigene Leben (Kechaja 2019, 79). Foucault zufolge wirkt Macht auf den ersten Blick unsichtbar durch Normen und Wahrheiten, welche von der Mehrheit als gültig anerkannt werden.¹¹ Um auf existierende Machtverhältnisse einzuwirken, ist somit ein Bewusstsein dafür notwendig, woher gewisse Normen kommen, wer im Diskurs Einfluss hat und wer nicht und dass vermeintlichen Wahrheiten immer durch Machtverhältnisse geprägt sind. Auch hooks benennt die Bewusstwerdung struktureller Machtdynamiken als ersten Schritt zum Empowerment marginalisierter Gruppen (hooks 2000, 7). Solange Menschen die Art und Weise, wie sie behandelt werden, ihre gesellschaftliche Stellung nicht hinterfragen, sondern als natürlich gegeben betrachten, ist keine Veränderung hin zu einer gerechteren Machtverteilung möglich. So müssen nicht nur äußerlich wirkende Machtdynamiken,

¹¹ Siehe Kapitel 2.1.

sondern auch deren Internalisierung erkannt und benannt werden. Auch Hill Collins betont das Verständnis und die Kritik von Machtverhältnissen innerhalb des Diskurses als erste Strategie des Widerstands (Hill Collins 2000, 286). Das Wissen über die Wirkung machtvoller Narrative im Diskurs auf das Alltagserleben des Individuums ist somit die erste Voraussetzung für Empowerment.

Grundlegend für diesen Prozess der Bewusstwerdung ist laut Kechaja der Austausch mit einer *Community* (Kechaja 2019, 80). Indem zuvor als individuell empfundene Erfahrungen geteilt werden, kann die Gruppe aus der Summe dieser Erfahrungen, die ihnen zugrunde liegenden gesellschaftliche Machtstruktur erkennen. Auch hooks betont die Notwendigkeit von Bildung und den Austausch innerhalb einer gesellschaftlich benachteiligten Gruppe für den Empowerment Prozess (hooks 2000, 20). Das Gefühl von einer gesellschaftlichen Norm abzuweichen und dadurch weniger wert zu sein, kann sich so in ein Bewusstsein dafür verwandeln, dass diese Normen aus den herrschenden Machtdynamiken entstehen und diese aufrechterhalten sollen und somit weder natürlich gegeben noch unumstößlich sind. Auch Hill Collins betont, dass im Austausch mit Anderen persönliche Erfahrungen verglichen und daraus neue Erkenntnisse, etwa über die Wirkung bestimmter Normalitätsvorstellungen, gezogen werden (Hill Collins 2000, 260). hooks Forderung, an den Rändern des Diskurses mehr Raum für die Macht des Wissens einzuräumen, kann als Ruf verstanden werden in eben diesen Communities Räume des Austausches zu schaffen, die durch das dominante Narrativ im Diskurs abgewertet und marginalisiert werden (hooks 2000, 15). Die Community stellt dementsprechend sowohl den sicheren Raum dar, welcher das Teilen und Einordnen von persönlichen Erfahrungen ermöglicht, als auch den Ausgangspunkt, um diese Perspektive aus der Marginalität in den Diskurs miteinzubringen (hooks 1989, 19).

Unter *Befreiung* versteht Kechaja den Prozess einer Gruppe, Fremdzuschreibungen und gesellschaftliche Abwertungen durch selbstbestimmte Perspektiven, Bezeichnungen und Definitionen zu ersetzen (Kechaja 2019, 79). Die Befreiung bezeichnet somit die Rückgewinnung der Definitionsmacht über den eigenen Körper, das eigene Leben, die eigene Perspektive auf die Welt (Hill Collins 2000, 285). So wird neues, dem dominanten Narrativ widerstehendes Wissen produziert und mindestens innerhalb der Community als Wahrheit praktiziert. Auch Audre Lorde beschreibt den Schritt aus dem Schweigen ins Sprechen, das Erkennen der Relevanz und Teilen der eigenen Perspektive auf die Welt als Befreiung (Lorde 1984a, 36). Insbesondere mit Blick auf tabuisierte Themen, welche durch den Diskurs als zu intim oder schambehaftet konstruiert werden, ist der Akt des Sprechens

die einzige Möglichkeit Machtstrukturen zu durchbrechen (Lorde 1984a, 36). Das Gesprochene kann zum Gegennarrativ werden und so dominante Wissensdiskurse ergänzen oder in Frage stellen. Laut hooks bietet gerade die Perspektive vom Rand des Diskurses aus Potential für die Produktion von widerständigem Wissen, welches dominante Deutungsmuster hinterfragen und neue Perspektiven eröffnen kann (hooks 1989, 20). Befreiung kann somit auch als das kollektive Empowerment einer marginalisierten Gruppe verstanden werden, welche durch die Produktion widerständigen Wissens auf dominante Narrative innerhalb des Diskurses einwirkt.

Durch das Erkennen und Akzeptieren eigener Gefühle und ihre Umwandlung in widerständige Denk- und Handlungsweisen wird ein Prozess der Subjektwerdung eingeläutet, welchen Kechaja *Heilung* nennt (Kechaja 2019, 79). Heilung bezeichnet somit die individuelle Wirkung von Empowerment. Nachdem eine Person verinnerlichte Herrschaftsstrukturen, Abwertungen und daraus resultierende Beschränkungen der Handlungsfreiheit erkannt und überwunden hat, ist sie nun in der Lage ihr Leben anhand des neuen Wissens, anhand selbstdefinierter Wahrheiten und Normen auszurichten. So werden alte, einschränkende Normen und Vorstellungen durch eine größere Palette an Seins-Formen ersetzt. Dabei ist die Person in der Lage, ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse zu erkennen und dementsprechend zu handeln. Heilung lässt sich somit auch als den Zustand des in-sich-Seins, der Verbindung von Körper und Geist verstehen, welchen Lorde als die Kraft der Erotik beschreibt (Lorde 1984b). Dabei wird deutlich, dass Wissen niemals nur durch Denken entsteht, sondern vielmehr durch die körperliche Wahrnehmung der Welt, des in-der-Welt sein und mit Hilfe des Körpers mit ihr interagieren. Gleichzeitig hat Wissen in Form von Vorstellungen und Normen Einfluss darauf, wie wir uns und unsere Umwelt wahrnehmen.

Somit können zwei Strategien und zwei Wirkungen des Empowerments durch Wissen identifiziert werden. Die erste Strategie stellt die Kritik des Diskurses dar. Notwendig dafür ist das Erlangen eines *Bewusstseins* für Machtstrukturen sowie deren Wirkweise innerhalb des Diskurses (Haraway 1988; hooks 1989). Um die durch den Diskurs konstruierte Normalitätsvorstellungen als solche zu erkennen, bedarf es den Austausch mit Menschen, welche ebenfalls durch diese abgewertet werden. Individuelle Erfahrungen innerhalb einer *Community* verdichten sich so zu einem Wissen über strukturelle Diskriminierung (hooks 1989). Basierend auf dem Bewusstsein für Machtwirkungen kann das dominante Narrativ kritisiert und hinterfragt sowie Raum für neue Sichtweisen eröffnet

werden (Hill Collins 2000). Die zweite Strategie des Empowerments stellt die Produktion von widerständigem Wissen dar. Indem sie Normalitätsvorstellungen hinterfragen und wirkmächtige Normen entkräften, können Menschen, die durch den Diskurs als machtlos konstituiert werden, von ihrer Randposition aus neues Wissen produzieren, welches die Wirklichkeit aus ihrer Perspektive abbildet (Lorde 1984a). Diese Strategie stellt somit eine Art *Befreiung* von unterdrückenden Normalitätsvorstellungen und den Entwurf von alternativen Denk-, Lebens- und Handlungsweisen dar.

Diese Strategien des Empowerments durch Wissen wirken auf einer strukturellen sowie individuellen Ebene. Die erste Wirkung von Empowerment durch Wissen ist das individuelle Empowerment der einzelnen Mitglieder der Community. Dieses erfolgt, indem internalisierte Vorstellungen und somit Einwirkungen auf das eigene Leben verworfen und durch widerständige Denk- und Handlungsweisen im Sinne einer *Heilung* ersetzt werden. Das Bewusstsein über existierende Machtverhältnisse und deren Auswirkungen, die Dekonstruktion von unterdrückenden Dynamiken einerseits und das Kreieren und Erlernen von neuem widerständigem Wissen andererseits ermöglicht einen Prozess der Selbstermächtigung und erweitert somit den Handlungsspielraum des Individuums. Strukturell wirkt Empowerment, indem das widerständige Wissen auf den Diskurs Einfluss nimmt und somit gesellschaftliche Machtverhältnisse sichtbar und kritisierbar macht. Die Beteiligung am Diskurs, die Kritik an diesem aber auch die Sichtbarmachung der eigenen Perspektive, kann für die Communities, welche im Diskurs marginalisiert wurden, weiterhin eine Form des kollektiven Empowerments darstellen. Gleichzeitig kann, wie durch Foucault beschrieben, die Produktion von widerständigem Wissen Machtverhältnisse im Diskurs ins Wanken bringen.

2.4 Die diskursive Konstruktion weiblicher Körper

Wie jedoch wirkt Macht durch den Diskurs auf weibliche Körper? Das folgende Kapitel widmet sich den Fragen, wie der weibliche Körper durch den Diskurs konstruiert wird, wie patriarchale Macht in Form von Wahrheiten und Normen wirkt und welche Folgen das für die Lebensrealität von Frauen¹² hat.

¹² In diesem Kapitel schreibe ich Frau ohne *, da es hier um die diskursive Konstruktion der Kategorie Frau im gesellschaftlich vorherrschenden binären Geschlechtermodell geht. Zwar sind auch Menschen, die als Frau gelesen werden, sich jedoch einem anderen Geschlecht zuordnen, wie etwa Inter- oder non-binäre Personen von Diskriminierungen aufgrund der diskursiven Konstruktion weiblicher Körper betroffen. Hierbei ist die Diskriminierungserfahrung aufgrund der Differenz zwischen zugeschriebenem und gefühltem

Laut Elizabeth Grosz hat der Körper für Frauen und Männer sehr unterschiedliche Bedeutungen, nicht etwa aufgrund von Unterschieden zwischen den Körpern, sondern vielmehr durch deren kulturelle, geschichtliche und soziale Prägung und Interpretation – kurz: aufgrund der unterschiedlichen Diskurse über geschlechtliche Körper (Grosz 1994, 108). Foucault zufolge formt der Diskurs geschlechtliche Körper entsprechend der vorherrschenden Machtdynamiken. Während in der Renaissance Körper noch weit weniger durch Geschlechtszuschreibungen definiert waren, gewannen diese im Zuge der Aufklärung an Relevanz (Libbon 2007, 81). Stephanie Libbon skizziert die Ursprünge des Diskurses über geschlechtliche Körper und beschreibt, wie Frauen während der Französischen Revolution an gesellschaftlichem Einfluss gewannen, woraufhin es aus Sicht der herrschenden Männer galt, den männlichen Machtanspruch zu verteidigen. Denker und Wissenschaftler beschäftigten sich fortan damit, anhand biologischer Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Körpern die Unterlegenheit von Frauen zu belegen (Libbon 2007, 79). Dieses durch das patriarchale Erkenntnisinteresse geprägte Wissen attestierte Frauen, durch ihre biologische Konstitution in ihrer körperlichen und geistigen Leistung eingeschränkt sowie passiver und grundlegend emotionaler als Männer zu sein (Libbon 2007, 84). Der weiße, nichtbehinderte, junge, Cis- und heterosexuell männliche Körper stellte fortan die Norm dar, von welcher der weibliche ebenso wie der rassifizierte, behinderte, alte oder trans Körper durch seine vermeintliche Unvollkommenheit und Unkontrollierbarkeit abweicht (Grosz 1994, 188).

2.4.1 Die Produktion von Wissen über weibliche Körper

In der patriarchalen Tradition medizinischer Wissensproduktion betrachtet der männliche forschende Geist den passiven weiblichen Körper auf der Suche nach Erkenntnissen. Im Zuge dessen wurde über Jahrhunderte eine Reihe von dichotomen Geschlechtszuschreibungen und Konstruktionen produziert, welche den Diskurs über weibliche und männliche Körper bis heute prägen. So werden in der westlichen patriarchalen Gesellschaft dem binären System von Frau–Mann, weiblich–männlich noch immer weitere Binaritäten, wie etwa Natur–Kultur, Emotionalität–Rationalität, Immanenz–Transzendenz zugeordnet, welche den männlichen Machtanspruch untermauern und legitimieren (Meuser 2010, 132). All diese Pole können unter dem Paar Körper–Geist

Geschlecht jedoch deutlich komplexer, eine angemessene Darlegung und würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten. Mehr zur Trans-, Inter- und Non-Binären Identitäts- und Körper Politiken in (Frank 2020).

zusammengefasst werden und stützen die Vorstellung des weiblichen Körpers im Kontrast zum männlichen Geist (Grosz 1994, 13). Laut Elizabeth Grosz gibt es keine Binaritäten, die nicht gleichzeitig auch eine Hierarchisierung beinhalten (Grosz 1994, 3). So wird der jeweils unterlegene Pol dieser Binaritäten der Weiblichkeit zugeordnet und der dominierende Pol der Männlichkeit. Während klar ist, dass alle Menschen gleichermaßen einen Körper haben und ein Körper sind, wird Frauen im patriarchalen Diskurs aufgrund der Möglichkeit neues Leben zu gebären, aufgrund zyklischer, hormoneller und physiologischer Veränderungen eine größere Nähe zur Natur und zu Körperlichkeit zugeschrieben (Grosz 1994, 14). Männliche Vorherrschaft wird somit legitimiert, indem das Weibliche mit Körperlichkeit gleichgesetzt wird – Körperlichkeit, die es durch den Geist ebenso zu beherrschen gilt, wie die Natur durch die Kultur, die Emotionalität durch die Rationalität (Shildrick 2015, 26). Frauen stehen somit symbolisch für den Körper, während Männer im Diskurs entkörperlicht werden (Meuser 2010, 134).

Der weibliche Körper ist im Diskurs allzeit präsent, ist das Objekt, das von einem männlichen körperlosen Blick betrachtet, beforscht und bewertet wird. Im binären Geschlechtersystem ist es nicht möglich Subjekt ohne Geschlecht zu sein (Butler 1997, 22). Da Weiblichkeit vor allem am Körper, dessen Aussehen, seiner Bewegung und Reproduktionsfunktion gemessen wird, sind Frauen dazu angehalten für ihren Subjektstatus jederzeit an diesem zu arbeiten. Dazu gehört, ihn der weiblichen Norm anzupassen, während der Status eines männlichen Körpers weit weniger Einfluss auf die Anerkennung seiner Männlichkeit und somit seines Subjektstatus hat (Meuser 2010, 139). Während Frauen einen Körper haben, sind Männer ein Körper. Während Frauen diskursiv in der Immanenz ihrer Körperlichkeit gefangen sind, steht Männern die transzendente Entkörperlichtung, die Subjektivität anhand reiner Geisteskraft zu (Grosz 1994, 4).

2.4.2 Der medizinische Blick auf weibliche Körper

Die heutige Medizin, als Wissenschaft der Körper, trägt noch immer die Spuren dieser männlichen Perspektive auf weibliche Körper, welche als höchste Autorität der Wissensproduktion das dominante Narrativ im gesellschaftlichen Diskurs bildet (Maschewsky-Schneider 1996). So handelt der medizinische Diskurs den männlichen weiterhin als den Standardkörper, während anhand dessen der weibliche Körper als grundlegend anders, kränker und kontrollbedürftig konstruiert wird. Im Vergleich zum sich zyklisch verändernden Körper der Frau gilt der männliche Körper als stabil und kalkulierbar und bildet daher in medizinischen Studien ebenso wie bei der Diagnostik und

Behandlung von Krankheiten die Norm (Shildrick und Price 1996, 98). Bestimmte Krankheiten gelten daher weiterhin als typisch weiblich oder typisch männlich: Herz-Kreislaufkrankungen etwa werden als primär männliches Krankheitsbild betrachtet, obwohl mehr Frauen daran sterben (Mauerer 2010, 91). Dies führt dazu, dass Ärzt*innen Fehldiagnosen stellen oder Medikamente verschreiben, die nur an Männern getestet wurden und bei Frauen nicht oder anders wirken (Maschewsky-Schneider 1996, 12).

Während behandlungsrelevante geschlechtliche Unterschiede, welche sich auf den Körper als Ganzes beziehen, erst seit Kurzem durch die Gendermedizin erforscht werden, kommt den weiblichen Reproduktionsorganen schon lange eine besondere Aufmerksamkeit zuteil (Shildrick 2015). Ab Beginn der Pubertät ist der Frauenkörper einer Vielzahl von Untersuchungen, Eingriffen und medikamentösen Behandlungen ausgesetzt, welche auf die Kontrolle der Reproduktionsorgane abzielen. So wird bereits jungen Frauen zur jährlichen gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung geraten, um potenzielle Veränderungen an Cervix, Uterus, Eierstöcken und Brust frühzeitig festzustellen (Mauerer 2010, 88). Weiterhin werden körperliche Umbruchphasen im Leben der Frau, wie das Eintreten der Menstruation ebenso wie die Menopause engmaschig medizinisch kontrolliert, häufig medikalisiert und somit pathologisiert (Gahlings 2016, 640). Medizinisch gesehen wird der weibliche Körper somit in erster Linie mit seiner Reproduktionsfunktion gleichgesetzt. Einerseits sind Frauen dazu angehalten, ab Eintreten der Menarche¹³ eine ungewünschte Schwangerschaft durch zahlreiche Eingriffe in den eigenen Körper, wie der Pille, der Spirale, Hormonspritzen und Co zu verhindern, also ihre Fruchtbarkeit mithilfe der Medizin einzuschränken, um als sexuelle Partnerin folgenlos verfügbar zu sein. Andererseits soll durch eine engmaschige gynäkologische Betreuung sichergestellt werden, dass ihre Fruchtbarkeit für eine mögliche Schwangerschaft in der Zukunft aufrechterhalten bleibt (Gahlings 2016, 656).

Ute Gahlings beschreibt, wie durch die Errechnung eines statistischen Durchschnitts bestimmte Körperzustände, wie etwa die Länge eines Menstruationszyklus, die genaue Dauer einer Schwangerschaft oder die Höhe des Testosterons und Östrogenspiegels normiert werden (Gahlings 2016, 641). So definiert der medizinische Diskurs einerseits ein optimales Mittelmaß, welches die Reproduktionsfähigkeit der Frau indiziert, andererseits werden Grenzwerte festgelegt, welche eine Abweichung von dieser Norm definieren. Abweichungen von der vormals definierten Norm werden dann als krankhaft und

¹³ Menarche bezeichnet die erste Menstruation.

behandlungsbedürftig deklariert und anschließend durch die Vergabe von Medikamenten der Norm wieder angeglichen. Viele Gynäkolog*innen raten Frauen etwa bei Zyklusbeschwerden, abweichenden Hormonwerten, Beschwerden in der Menopause, oder bei Hautunreinheiten zur Einnahme von Hormonpräparaten und lassen dabei vielfältige Nebenwirkungen außer Acht oder verharmlosen diese (Shildrick 2015, 13). So werden weibliche Körper anhand einer im wissenschaftlichen Diskurs definierten Norm gemessen, bewertet und durch Behandlung im materiellen Sinne der Norm entsprechend angepasst. Gleichzeitig führt der medizinische Fokus auf die weiblichen Fortpflanzungsorgane zu einer Fragmentierung des weiblichen Körpers (Shildrick 2015, 24). Anstatt den Körper als Einheit zu betrachten wird der weibliche Reproduktionsapparat vom restlichen Körper losgelöst betrachtet, ganzheitliche Zusammenhänge etwa in Bezug auf die Wirkung von Hormonen werden dabei oft vernachlässigt.

2.4.3 Der weibliche Körper – konstruiert als unvollkommen und unkontrollierbar

Der Diskurs über weibliche Körper als unvollkommenes Abbild des männlichen, lässt sich an der Repräsentation der Sexualorgane nachvollziehen. Mithu Sanyal beschreibt in *Vulva – Die Enthüllung des unsichtbaren Geschlechts* die Kulturgeschichte der weiblichen Sexualorgane (Sanyal 2019). Bis ins 18. Jahrhundert hielt sich die Vorstellung, dass das weibliche Geschlechtsorgan einem invertierten Penis gleichkämen und Frauen somit lediglich unterentwickelte Männer seien (Sanyal 2019, 18). Der mittelalterliche und heute noch immer angesehene Gelehrte Albertus-Magnus etwa konstatierte, dass die Entstehung eines weiblichen Kindes auf das Fehlen einer feurigen Kraft zurückzuführen sei, die dessen Unterentwicklung zur Folge hätte (ebd.).¹⁴ Frauen bezeichnete er als Missgeburt, im Gegensatz zum männlichen Menschen. Später wurde dieser Glaube durch die Analogie der Klitoris als unvollständigem Penis abgelöst (Sanyal 2019, 19). Weiterhin, so Sanyal, wurden die weiblichen Sexualorgane über Jahrhunderte auf die Vagina, als Loch zur möglichen Penetration durch einen Penis, reduziert (Sanyal 2019, 14). Erst heute etabliert sich langsam der Begriff Vulva für die äußeren Geschlechtsteile einer Frau und trägt so zu

¹⁴ Die Gebäude der Universität zu Köln umschließen den Albertus-Magnus-Platz, auf dem außerdem ein Denkmal für ihn steht. Im Rahmen der Albertus-Magnus-Professur werden jedes Jahr renommierte Theoretiker*innen und Wissenschaftler*innen, darunter waren Giorgio Agamben, Judith Butler, Noam Chomsky und Eva Illouz zu Gastvorlesungen eingeladen. Inwiefern einzelne problematische Aussagen vom Gesamtwerk eines Denkers getrennt werden können oder müssen, stellt eine Debatte dar, die nicht in diese Fußnote passt. Auf die Problematik sei an dieser Stelle jedoch hingewiesen.

deren Sichtbarkeit und Anerkennung als eigen- und vollständigem Geschlechtsorgan bei. Der jahrhundertlang wirkmächtige Diskurs über die Unvollkommenheit des Frauenkörpers schreibt sich jedoch fort.

So gilt der weibliche Körper weithin als unkontrollierbar und Frauen den zyklischen Veränderungen ihres Körpers hilflos ausgeliefert (Grosz 1994, 13). Menstruationsblut, Cervixschleim, Muttermilch, weibliches Ejakulat – der geschlechtsreife weibliche Körper scheint in einem andauernden, unaufhaltsamen Fluss von Körpersekreten. So betrachtet der gesellschaftliche Diskurs den weiblichen Körper als fließend, undicht und formlos (Grosz 1994; Herges 2019; Kristeva 1982). Herges beschreibt, wie Ende des 19. Jahrhunderts insbesondere weibliche Körperflüssigkeiten durch die Medizin als potenziell ansteckend betrachtet und somit in den Bereich der Hygiene und des Ekels verortet wurden (Herges 2019, 2). Während Sperma als einzig spezifisch männliches Sekret für Fruchtbarkeit und Männlichkeit steht und somit eher mit Stolz besetzt ist, werden weibliche Körperflüssigkeiten bis heute als schmutzig empfunden und stehen symbolisch für die Unfähigkeit den eigenen Körper zu kontrollieren (Grosz 1994, 203). Laut Julia Kristeva stellen Körperflüssigkeiten das Abjekte dar, also einen Zustand zwischen Innen und Außen, den Übergang zwischen Körper und Umwelt (Kristeva 1982). Die so schwimmenden Grenzen von weiblichen Körpern werden als Bedrohung der Eindeutigkeit, der Ordnung wahrgenommen und die transgressiven Sekrete des weiblichen Körpers daher mit Ekel und Ablehnung betrachtet. Aus der gesellschaftlich verankerten Ablehnung folgt die Notwendigkeit das Austreten dieser Flüssigkeiten zu verhindern oder zumindest zu kontrollieren und so die klaren Grenzen des Körpers aufrechtzuerhalten (Grosz 1994, 193). Im Diskurs rund um Menstruation wird dies besonders deutlich. Menstruationsblut, welches analog zum männlichen Samen eigentlich für Fruchtbarkeit stehen müsste, gilt gemeinhin als eklig und unhygienisch und muss daher um jeden Preis kontrolliert und versteckt werden (Przybylo und Fahs 2018, 210).

2.4.4 Der weibliche Körper als Projekt der Selbstsorge

Neben der Sorgearbeit, die mehrheitlich Frauen in ihren Familien, Wohn- und Beziehungskonstellationen übernehmen, sind Frauen also dazu angehalten auch den eigenen Körper als ein Projekt der Sorgearbeit zu betrachten. Die diskursive Konstruktion des weiblichen Körpers materialisiert sich durch die Selbstsorgearbeit der Frauen (Shildrick und Price 1996, 98). Um dem diskursiv konstruierten Körperideal möglichst nahe zu kommen, wenden Frauen unzählige Selbsttechniken an, mit denen sie ihren Körper

überwachen und dem Ideal entsprechend modifizieren (Shildrick und Price 1996, 104). Einerseits soll der Körper in seiner Funktionalität dem männlichen möglichst nahekommen. Ausfluss oder Menstruationsblut werden dem allgemeinen Tabu entsprechend mithilfe von diverse "Hygieneprodukten"¹⁵ wie beispielsweise Tampons, Slipeinlagen und Intimwaschgel, welche die Reinheit der Frau sicherstellen sollen, möglichst diskret aufgefangen und beseitigt (Fahs 2016, 48). Körperliche Beeinträchtigungen durch Menstruationsschmerzen oder Beschwerden in der Menopause verstecken Frauen oft oder behandeln sie mit Schmerzmitteln und Hormonen, um einen Einbruch ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit zu verhindern (Sayers und Jones 2015, 101).

In seinem Aussehen soll der weibliche Körper wiederum nicht etwa dem männlichen entsprechen, sondern vielmehr dem männlichen Blick auf den weiblichen Körper als Objekt sexueller Begierde genügen. Das patriarchale Weiblichkeitsbild verlangt somit ebenfalls nach einer ständigen Arbeit am Körper: dieser soll haar- und geruchslos, gepflegt und weich, kurvig und schlank zu gleich sein (Dolezal 2015, 69). Um diesem Bild zu entsprechen, bedarf es zeitaufwendiger, mitunter auch kostspieliger Maßnahmen, beginnend vom täglichen Auftragen von Make-Up und Haarentfernung über Fitnessprogramme und Diäten bis hin zu kosmetischen Operationen. Aufgrund der diskursiven Konstruktion des weiblichen Körpers als grundlegend ungenügend, können diese Maßnahmen jedoch niemals ausreichend sein – das Ideal bleibt unerreichbar (Shildrick und Price 1996, 105). Obwohl der Diskurs Frauen dazu anhält, sich um ihren Körper zu kümmern, gilt die Auseinandersetzung mit Äußerlichkeiten wie Kosmetik, Kleidung und Diäten als typisch weiblich und wird als trivial diffamiert, um wiederum die Unterlegenheit des weiblichen Geschlechts zu belegen (Bartky 1990, 73).

Auch der medizinische Blick auf den weiblichen Körper konstruiert eine Notwendigkeit der Selbstsorge durch regelmäßige Kontrollen des Körpers auf potenzielle Erkrankungen. Einerseits liegt nahe, dass die Kontrolle des weiblichen, nicht jedoch des männlichen Körpers, in erster Linie eine Folge der Konstruktion des weiblichen als kranken Körpers ist. Andererseits wird dieses Bild durch die engmaschige Überwachung insbesondere des weiblichen Reproduktionssystems gefestigt (Mauerer 2010, 88). So sind Frauen einerseits dazu angehalten sich jährlich der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung

¹⁵ Die Bezeichnung „Hygieneprodukte“ für Menstruationsartikel ist ein Beispiel für die diskursive Konstruktion des menstruierenden Körpers als unhygienisch, mehr dazu ist nachzulesen in (Fahs 2016; Przybylo und Fahs 2018).

zu unterziehen. Andererseits werden bestimmte Formen der Beobachtung in ihre Verantwortung übertragen, so etwa das Abtasten der Brüste auf mögliche Veränderungen oder die Dokumentation des Zyklus. Gerlinde Mauerer beschreibt diese vorausschauende Selbstbeobachtung als Arbeit am Körper, welche zur Objektivierung des weiblichen Körpers, sowie zur Selbstobjektivierung von Frauen beiträgt (Mauerer 2010, 92). So wird Frauen in der Regel ein größeres Bewusstsein für ihren Körper und ihre Gesundheit zugeschrieben, dieses jedoch nicht auf den diskursiven Anspruch zur weiblichen Selbstsorge zurückgeführt, sondern als typisch weibliche Charaktereigenschaft dargestellt (ebd.).¹⁶

2.4.5 Körperscham als Sanktionsmechanismus

Folge der diskursiven Konstruktion weiblicher Körperlichkeit ist die Körperscham. Zwar erleben auch Männer hin und wieder Scham, laut Bartky ist Körperscham jedoch ein grundlegender Aspekt der weiblichen Körpererfahrung an sich (Bartky 1990, 85). Im patriarchalen System leben Frauen mit dem Wissen, dass ihr Körper jederzeit betrachtet und bewertet wird (Dolezal 2015, 47). Das Gefühl der Scham entsteht aus dem Glauben daran, einer Norm nicht zu entsprechen und damit weniger wert zu sein als andere (Bartky 1990, 92). Grundlegend dafür ist die Vorstellung, dass die große Mehrheit der Menschen den gesellschaftlichen Normen entspricht und nur ich, als Abweichlerin daran scheitere "normal" zu sein, woraus folgt, dass ich falsch bin. Scham funktioniert nur in Anwesenheit eines Publikums, einer betrachtenden Masse, welche einerseits die Norm diskursiv konstruiert und andererseits die Abweichung bemerkt und abwertet (Bartky 1990, 85).

In Bezug auf weibliche Körperlichkeit werden alle Körperfunktionen, die von der männlichen Norm abweichen und somit mit Abwertung betrachtet werden, als schamvoll erfahren und müssen daher versteckt werden. Mit Beginn der Pubertät, der Entwicklung von Brüsten und dem Einsetzen der Menstruation wird aus dem kindlichen ein weiblicher, "nicht-normaler" Körper, welcher allein aufgrund dieser Veränderungen beschämt wird (Dolezal 2015, 48). Auch das notwendige Scheitern im Projekt der Erfüllung von Weiblichkeitsnormen steht, ebenso wie der unermüdliche und doch vergebliche Versuch

¹⁶ Das hier beschriebene Körperbewusstsein, durch die Auseinandersetzung mit diesem ist grundsätzlich zu begrüßen, stellt es doch eine Form von Wissen dar, die Unabhängigkeit und Selbstbestimmung ermöglicht. Zu kritisieren ist jedoch die Assoziation des Körperbewusstseins mit dem Weiblichen. Für den Abbau von geschlechterbasierter Zuschreibung müssten vielmehr alle Menschen egal welchen Geschlechts lernen, auf ihren Körper zu hören und diesen ernst zu nehmen.

Körperflüssigkeiten zu kontrollieren, sinnbildlich für die Unfähigkeit, den eigenen Körper zu beherrschen (Dolezal 2015, 53).

Weibliche Körperscham ist auch ein Resultat von medizinischen Normen. So wirken Normen, welche sich auf die Produktionsfähigkeit von Frauenkörpern beziehen, oftmals als Grund zur Sorge, etwa wenn Mädchen “zu spät” ihre erste Menstruation erleben, wenn Akne oder Haarwuchs aufgrund eines erhöhten Testosteronspiegels als unweiblich und behandlungsbedürftig diagnostiziert werden, bei Schmierblutungen oder wenn die Menstruation ausbleibt. Der Druck, als Frau biologisch in der Lage sein zu müssen, Kinder zu bekommen und dies gleichzeitig zu verhindern, impliziert die ständige Möglichkeit des Scheiterns: Einerseits droht das Scheitern in der Kontrolle des Körpers im Zuge einer ungewünschten Schwangerschaft – auf der anderen Seite, das Scheitern des eigenen Körpers bei einer gewünschten, aber ausbleibenden Schwangerschaft. Shildrick beschreibt, wie bei unerfülltem Kinderwunsch der vermeintliche Fehler in der Regel zuerst am Körper der Frau gesucht wird, während der männliche Körper über jeden Verdacht der Unfruchtbarkeit erhaben scheint (Shildrick 2015, 42). Der Druck einen funktionierenden Reproduktionsapparat bereitstellen zu können und die entstehende Scham, falls dem nicht so ist, lastet somit in erster Linie auf der Frau. Auch die Praxis, Frauen beim gynäkologischen Vorsorgetermin nach dem Wechsel von Sexualpartnern¹⁷ zu fragen und sie bei der Bejahung auf sexuell übertragbare Krankheiten zu testen, kann von Frauen als beschämend empfunden werden (Herges 2019, 11). Der weibliche Körper wird so regelmäßig als potenzieller Träger von Krankheiten markiert, während männliche Körper zwar im gleichen Maße Krankheiten übertragen können, jedoch keiner jährlichen Vorsorgeuntersuchung unterzogen und somit auch nicht regelmäßig anhand einer medizinischen Norm bewertet und pathologisiert werden.

Frauen erleben Körperscham also, weil sie dreierlei Maßstäben nicht gerecht werden können: Der universellen Norm des menschlichen als männlichen Körpers, zu welchem der weibliche explizit als Abweichung konstruiert ist; dem weiblichen Schönheitsideal, welches per Definition unerreichbar ist sowie dem Ideal weiblicher Produktivität, welches die Einschränkung und gleichzeitige Aufrechterhaltung der eigenen Fruchtbarkeit (bei Normzyklus und möglichst monogamen Sexualleben) fordert. Bartky beschreibt, wie Scham patriarchale Machtverhältnisse manifestiert und Frauen individualisiert und entmachtet (Bartky 1990). Aufgrund der Scham über die eigene Unzulänglichkeit, etwa in

¹⁷ Sexualpartnerinnen* werden bei der Nachfrage meist vergessen.

Bezug auf das Thema Menstruation, werden Erfahrungen nicht besprochen und als kollektiv oder strukturell erkannt, sondern bleiben in der individuellen Verantwortung der Betroffenen. Gleichzeitig zwingt die Angst vor der Abwertung Frauen dazu, sich durch unzählige Techniken der Körperarbeit den Normen soweit es geht anzunähern. Patriarchale Machtverhältnisse hinter den existierenden Normen bleiben durch die individualisierende Wirkung von Scham scheinbar unantastbar (Dolezal 2015, 46).

2.4.6 Körperwahrnehmung und -erfahrung

Männliche und weibliche Körper werden diskursiv unterschiedlich verhandelt, entsprechend unterscheidet sich auch die Körperwahrnehmung und -erfahrung von Frauen und Männern (Meuser 2010, 131). Aufgrund der internalisierten Norm entsteht bei vielen Frauen, das Gefühl nicht normal zu sein und im Projekt der Annäherung an Körper- und Weiblichkeitsideale, oder der Reproduktionsfunktion zu versagen. Aus diesem Bild heraus entwickeln viele Frauen eine Abneigung gegen den eigenen Körper, was zu einem Gefühl der Entfremdung von diesem führt (Dolezal 2015, 53). Iris Marion Young beschreibt in *throwing like a girl*, wie sich die diskursive Konstruktion weiblicher Körperlichkeit auf die Körperwahrnehmung und somit auf das Alltagsleben, die Beweglichkeit und die Handlungsspielräume von Frauen auswirkt (Young 1990). Aufgrund der andauernden Objektifizierung des weiblichen Körpers von außen, verinnerlichen Frauen einen zwiespältigen Blick auf den eigenen Körper: zum einen stellt dieser ein Objekt der Sorge dar, zum anderen ermöglicht er es in der Welt als Subjekt zu handeln (Young 1990, 154). Somit erleben Frauen ihren Körper als Objekt und Subjekt zugleich. Sie folgen dem Blick von außen auf ihren Körper und blicken selbst aus ihm heraus auf die Welt. Wessen Körper ständig von außen gesehen und kommentiert wird, kommt nicht umhin, den eigenen Körper selbst permanent wahrzunehmen und auf mögliche Makel zu überprüfen, um der andauernd drohenden Körperscham als Sanktion für das nicht-Erreichen der unterschiedlichen Normen zu entgehen (Dolezal 2015, 57). Zu dieser Wahrnehmung kommt die Verinnerlichung bestimmter Stereotype in Bezug auf den weiblichen Körper. Der Diskurs über dessen Verletzlichkeit, Neigung zu Krankheit und Schwäche wirkt als selbsterfüllende Prophezeiung: wer den eigenen Körper als schwach wahrnimmt, kann ihn nicht in seiner vollen, eigentlichen Stärke nutzen (Young 1990, 148). Studien zeigen zudem, dass Frauen häufiger das Gefühl haben, krank zu sein als Männer, sich mehr um ihre Gesundheit sorgen und sich durch diese häufiger eingeschränkt fühlen (Maschewsky-Schneider 1996, 6). Krankheiten wiegen somit schwerer und fügen sich in das diskursive

Selbstbild der Frau als krankes Geschlecht ein. Daraus resultiert ein Körpergefühl, dass vor allem durch Einschränkung geprägt ist (Bartky 1990, 67). Der Diskurs über weibliche Körperlichkeit wirkt somit durch medizinische Standards und gesellschaftliche Körper und Weiblichkeitsnormen in materieller Weise auf Frauenkörper ein und beschränkt deren Freiheit und Handlungsmöglichkeiten.

Der patriarchale Diskurs über weibliche Körper führt also auf subtile Art und Weise dazu, dass sich die Unterdrückung der Frau manifestiert. Die Ausübung von patriarchaler Macht auf den weiblichen Körper erfolgt für viele Frauen unbemerkt, da sie die Normen, durch welche die Macht wirkt, selbst internalisiert haben und als Wahrheit anerkennen. Die Konstruktion und Kontrolle weiblicher Körper anhand patriarchaler Normen erfolgt somit zu einem großen Teil durch die Frauen selbst, in Form von Selbstsorge und Arbeit am Körper, sowie der Akzeptanz medizinischer Eingriffe. Motivation für diese Bemühungen ist die Furcht vor Scham, welche als Sanktion für die Abweichung von einer diskursiv konstruierten und real unerreichbaren Normalität eintritt. Diese Normalität beruht auf Wissen über den weiblichen Körper, welches aus der männlichen Perspektive produziert wird und im gesellschaftlichen Diskurs das dominante Narrativ darstellt. Männliche Herrschaft über weibliche Körper und somit das Leben und die Handlungsmöglichkeiten von Frauen wirkt somit in erster Linie durch den Diskurs und die darin dominante patriarchale Perspektive auf weibliche Körper. Um diese Machtverhältnisse zu verändern und Frauen mehr Freiheit und Handlungsmöglichkeiten zu verschaffen, muss sich also das Narrativ über Frauenkörper im gesellschaftlichen Diskurs verändern. Aus dieser Erkenntnis ergibt sich für Frauen die Notwendigkeit, sich der Definitionshoheit über weibliche Körperlichkeit zu ermächtigen, feministische Perspektiven in den Diskurs über geschlechtliche Körper einzubringen, um diesen und die damit verbundenen Machtverhältnisse zu verändern. Anstelle des männlichen Blicks sollte die Perspektive und das Wissen von Frauen über ihren eigenen Körper an Einfluss gewinnen und so das diskursive Bild weiblicher Körper und deren materielle Konstruktion verändern. Inwiefern genau dies in Frauen*Gesundheitszentren geschieht untersuche ich im folgenden Teil der Arbeit.

3. Methodik

Anhand der zuvor dargelegten Konzeption von Empowerment durch Wissen untersuche ich die Struktur und Arbeit von Frauen*Gesundheitszentren. Dabei möchte ich herausfinden, inwiefern Frauen*Gesundheitszentren heute die zuvor definierten Strategien von Empowerment durch Wissen anwenden und Wirkungen von Empowerment erzeugen. Im ersten Kapitel des folgenden Teils dieser Arbeit lege ich dafür die Geschichte der Frauen*Gesundheitszentren dar und stelle die fünf Zentren vor, welche ich für meine Forschung ausgewählt habe. Für die Beantwortung meiner Forschungsfrage, inwiefern Frauen*Gesundheitszentren heute Orte des Empowerments durch Wissen darstellen, habe ich diese in drei Aspekte unterteilt und dementsprechend die Ergebnisse meiner Interviews geordnet. Der erste Aspekt widmet sich der Frage, inwiefern die zuvor erläuterten Strategien des Empowerments durch Wissen in den Zentren Anwendung finden (Kapitel 4.2.1). Ich untersuche also, inwiefern bestehende Machtverhältnisse erkannt und kritisiert werden und auf welche Weise widerständiges Wissen gegen das dominante Narrativ entwickelt wird. Im zweiten Kapitel des Analyseteils untersuchte ich den Aspekt, welche Machtstrukturen innerhalb der Zentren auf welche Weise auf diese Strategien und damit auf mögliche Prozesse des Empowerments Einfluss nehmen (Kapitel 4.2.2). Im dritten Kapitel versuche ich, mögliche Wirkungen der Strategien des Empowerments durch Wissen auf individueller sowie struktureller Ebene zu identifizieren (4.2.3).

3.1 Expert*inneninterviews

Die Empirie meiner Arbeit ergibt sich aus der qualitativen Inhaltsanalyse von fünf Expert*inneninterviews mit Mitarbeiterinnen¹⁸ aus Frauen*Gesundheitszentren. Expert*inneninterviews erlauben, das spezifische *Kontextwissen* der Mitarbeiterinnen in Bezug auf die Produktion und Vermittlung von Wissen als Praxis des Empowerments zu sammeln, zu bündeln und zu vergleichen (Meuser und Nagel 1991, 446). Als Anleiterinnen und Raumgeberinnen für mögliche Prozesse des Empowerments haben die Mitarbeiterinnen auf diese Prozesse einen distanzierteren Blick als die Teilnehmenden und reflektieren die Prozesse im besten Falle regelmäßig in ihren internen Strukturen. Zudem haben sie im Laufe ihrer Arbeit in vielen verschiedenen Gruppen Themen der Frauen*Gesundheit bearbeitet und daraus spezifisches Wissen gesammelt. In der

¹⁸ Alle interviewten Mitarbeiterinnen identifizieren sich als Frau.

Durchführung und Auswertung der Interviews orientierte ich mich an den Leitfäden von Meuser und Nagel sowie Gläser und Laudel (Gläser und Laudel 2009; Meuser und Nagel 1991, 2010). Die Expertinnen sind für meine Forschung ein Medium des Wissens, welches sie sich durch ihren Arbeitsalltag und die Einbindung in die Wissenssysteme der Frauen*Gesundheitszentren angeeignet haben (Meuser und Nagel 2010, 377).

Die fünf Frauen*Gesundheitszentren wählte ich anhand ihrer geographischen Verteilung aus sowie mit dem Ziel eine möglichst große Bandbreite an unterschiedlichen Themen- und Beratungsschwerpunkten abzudecken. Laut Gläser und Laudel sollte die Anzahl der Interviewpartner*innen anhand des zur Analyse verfügbaren Zeitrahmens bestimmt werden (Gläser und Laudel 2009, 118). In der mir zur Verfügung stehenden Zeit war es mir möglich, fünf Interviews zu führen und auszuwerten. Expert*inneninterviews haben das Ziel, von den Expert*innen Wissen und Kontextzusammenhänge zu erfragen und so von einer begrenzten Anzahl an Personen möglichst viel über den Forschungsgegenstand zu erfahren. Als Methode der Gesprächsführung nutzte ich das leitfadenorientierte offene Interview, wobei der Leitfaden anhand der Forschungsfrage und vorab definierten Teilaspekten formuliert wurde (Meuser und Nagel 2010, 378).¹⁹ Durch das flexible Interviewsetting konnte der Fokus auf dem Wissen der Expertinnen liegen und je nach den von ihnen angesprochenen Themen leicht angepasst werden. Die Vergleichbarkeit der Interviews untereinander ergibt sich einerseits aus dem Interviewleitfaden, andererseits aus dem geteilten beruflichen Kontext der Expertinnen (Meuser und Nagel 1991, 453).

Meine Forschung ist somit jedoch auf die Perspektive der Mitarbeiterinnen beschränkt. Ihre Erzählungen sind von ihrem subjektiven Empfinden sowie ihren individuellen Erfahrungen geprägt. Gleichzeitig können sie nicht für die Besucherinnen* der Zentren sprechen, sondern lediglich ihre Sicht auf die Prozesse und Veränderung, welche die Frauen* ihrer Meinung nach durchlaufen, darlegen. Alle Ergebnisse sind im Lichte dieser Einschränkung zu betrachten. Die Interviews fanden zwischen dem 9. Mai und 13. Juni 2022 statt. Zwei der fünf Interviews wurden in Präsenz und drei per Videotelefonat durchgeführt. Alle Gespräche wurden aufgezeichnet. Die interviewten Mitarbeiterinnen waren zum Zeitpunkt des Gesprächs zwischen 29 und 67 Jahre alt und fühlten sich alle dem weiblichen Geschlecht zugehörig. Als beruflichen Hintergrund gaben die Interviewten Personen Diplom-, Sonder- und Gesundheitspädagogin, Doktorin der

¹⁹ Der Interviewleitfaden kann im Anhang eingesehen werden.

Humanbiologie, Heilpraktikerin sowie Erzieherin an. Obwohl Pädagogische Ausbildungen überwiegen, kommen die Mitarbeiterinnen aus unterschiedlichen Fachrichtungen und bringen die jeweils spezifische Perspektive in ihre Arbeit mit. Aus Gründen des Datenschutzes wurden die Interviews anonymisiert. In meiner Arbeit nenne ich daher keine Namen oder andere personenbezogenen Informationen, welche zur Nachverfolgung führen könnten. Wenn ich mich auf die Interviews beziehe, verweise ich auf die interviewten Mitarbeiterinnen als Person 1 bis 5 (P1-5).

3.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Zur Auswertung verwendete ich die von Meuser und Nagel angepasste Version der qualitativen Inhaltsanalyse (Meuser und Nagel 1991). Sie unterscheidet sich von der klassischen Inhaltanalyse nach Mayring darin, dass die angewandten Kategorien nicht vorab, sondern erst mit der Bearbeitung des transkribierten Textmaterials festgelegt werden. Ihr Ziel soll sein, durch den Vergleich des individuellen Wissens der Expertinnen durch Überschneidungen, Gemeinsamkeiten, Unterschiede oder mögliche Widersprüche eine Antwort auf die Forschungsfrage zu finden. Nach Meuser und Nagel ist der erste Schritt die Transkription der aufgenommenen Interviews, wobei selektiv nach Inhaltsgehalt der einzelnen Passagen des Interviews transkribiert wird und unwichtige Teile weggelassen oder verkürzt werden können (Meuser und Nagel 1991, 455). Im zweiten Schritt werden innerhalb der einzelnen Transkripte relevante Passagen paraphrasiert (ebd., 456) und dann im dritten Schritt unter Überschriften zusammengefasst und geordnet (ebd., 457). Erst im vierten Schritt werden alle Interviews gemeinsam bearbeitet, hier werden die Inhalte thematisch abgeglichen und wiederum unter vereinheitlichten Überschriften zusammengefasst und geordnet (ebd., 459). Die so gebildeten Themenkomplexe werden nun im fünften Schritt in das vorab definierte Variablenmodell nach Gläser und Laudel überführt und anhand dessen auf eine mögliche Beantwortung der Forschungsfrage überprüft (ebd., 462-463).²⁰

²⁰ Eine tabellarische Zusammenfassung der Ergebnisse meiner qualitativen Inhaltsanalyse befindet sich im Anhang.

4. Frauen*Gesundheitszentren als Orte des Empowerments

Das Entstehen der Frauengesundheitsbewegung Ende der 1960er kann als feministische Antwort auf die jahrhundertelange Tradition der patriarchalen Betrachtung und Fremdbestimmung weiblicher Körper verstanden werden. So wuchs in der Frauenbewegung der 1960er zunächst ein Bewusstsein für den männlich geprägten medizinischen Blick auf Frauenkörper sowie der Wunsch sich dieser Autorität zu entziehen. Wie die ersten Zentren gegründet wurden und wie Frauen begannen, ihr Wissen über Kontinente hinweg zu teilen beschreibe ich im nachfolgenden Kapitel.

4.1 Die Geschichte der Frauengesundheitsbewegung

Wendy Kline lokalisiert die Anfänge der Frauengesundheitsbewegung in der US-amerikanischen Civil-Rights Bewegung der 1960er, sowie in einem allgemeinen Klima des Zweifels und der Kritik am sozialen System (Kline 2010, 12). Während der feministische Widerstand sich Ende der 1960er Jahre in den USA ausweitete, sprach 1969 im Rahmen einer feministischen Konferenz in Boston eine Gruppe von Frauen über ihre meist frustrierenden Erfahrungen im medizinischen System (Kline 2010, 15). Schnell erwuchs daraus der Wunsch, sich selbst Wissen über den eigenen Körper anzueignen und sich so dem männlich geprägten Blick der Medizin zu entziehen. Ein Jahr später veröffentlichte die Gruppe unter dem Namen "Boston Womens Health Book Collective" eine Auswahl ihres anhand eigener Erfahrungen angeeigneten Wissens über weibliche Sexualität und Gesundheit in dem Buch *Our Bodies – Ourselves* (Boston Women's Health Course Collective 1971; Wells 2008, 697). In den folgenden Jahren erreichte das Buch große Aufmerksamkeit, wurde immer wieder neu aufgelegt und durch die Erfahrungen von Leserinnen erweitert. So wuchs die Frauengesundheitsbewegung und damit die Kritik an der Medikalisierung von Frauen, dem patriarchalen Ansatz in der Reproduktionsmedizin, sowie dem männlichen Körper als universelle Norm in Medizin und Wissenschaft. Gleichzeitig entwickelte sich das Wissen der Frauen, etwa über die Effekte von Hormontherapie, Möglichkeiten des Schwangerschaftsabbruchs, der Sterilisation und vieles mehr (Reverby 2002, 11). Unterschiedliche Gruppen der Frauengesundheitsbewegung entwarfen Aufklärungs- und Bildungsangebote und

gründeten alternative Gesundheitseinrichtungen. So entstanden bis zum Jahr 1974 in den USA mehr als 1200 selbstverwaltete feministischen Gesundheitszentren (Kline 2010, 14).

Auch in Westdeutschland formierte sich Ende der 1960er aus der Linken Bewegung eine neue Generation der Frauenbewegung. Während anfangs noch Mutterschaft, familiäre Rollenbilder und fehlende Strukturen für die politische Partizipation von Müttern im Fokus der feministischen Kritik standen, gewann im Zuge des Protests gegen das Abtreibungsverbot auch die Selbstbestimmung über den eigenen Körper für Frauen an politischer Relevanz (King 2018, 94). Da in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) politisches Engagement außerhalb der Partei stark reglementiert wurden, vielleicht aber auch, weil Geschlechterrollen im sozialistischen System anders gedacht und Schwangerschaftsabbrüche im ersten Drittel der Schwangerschaft hier bereits 1972 legalisiert wurden, beschränkt sich die Geschichte der Frauengesundheitszentren auf Westdeutschland (King 2018, 98). Unter dem Begriff der Autonomie versammelten sich dort bald zahlreiche Anliegen der Frauenbewegung: Die unabhängige, selbstbestimmte Verfügungsgewalt über den eigenen Körper, die Möglichkeit der persönlichen Selbstverwirklichung trotz Mutterschaft, die Schaffung von Alternativen zu den von Männern dominierten linken Räumen – kurz die Unabhängigkeit von Staat, Parteien, Ärzten, Richtern und Männern (King 2018, 97). So wurden neue Räume und Plattformen von Frauen für Frauen gegründet, wie etwa Buchläden, Verlage, Frauenhäuser und Beratungsstellen. Da in den 1970er Jahren besonders in linken Kreisen der Ausbruch aus alten Sexualitätsvorstellungen gefeiert wurde, dabei jedoch kaum an Machtverhältnissen innerhalb von heterosexuellen Beziehungen gerüttelt wurde, begannen Frauen nun auch hier ihr Recht auf Gleichberechtigung einzufordern (King 2018, 101).

So fanden sich auch in der BRD Frauen in Selbsthilfegruppen zusammen, um mehr über ihren Körper und ihre Sexualität zu lernen und sich dieses Wissen durch Praktiken der Selbsterfahrung und den Austausch mit anderen anzueignen. Die erste feste Gruppe war das feministische Frauengesundheitszentrum in Berlin (Lauterbach, Scharf, und Schultz 1977). Mit der Unterstützung von Frauen aus der Frauengesundheitsbewegung in den USA, bot die Gruppe 1973 erste Kurse zur Selbstuntersuchung, aber auch Kurse über die Klitoris, sowie Möglichkeiten der selbstbestimmten Verhütung an. Im Interview mit Inga Zimperich und Julia Bonn berichtet Mitgründerin Dagmar Schultz, wie in den Anfängen Räume der Volkshochschule gemietet wurden und teilweise bis zu 100 Frauen kamen, um

an einer vaginalen Selbstuntersuchung²¹ teilzunehmen (Bonn und Zimprich 2019, 13). Neben Kursen zur Selbstuntersuchung und -erfahrung verfasste die Gruppe die Broschüre *Hexengeflüster – Frauen greifen zur Selbsthilfe* und gaben ab 1976 die Zeitschrift *Clio – Eine Zeitschrift zur Selbsthilfe* heraus, um ihr Wissen einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen (Bonn und Zimprich 2019, 15). Im Jahr 1977 gründete die Gruppe das erste Frauengesundheitszentrum der BRD nach dem amerikanischen Vorbild in Berlin (Bonn und Zimprich 2019, 6). Ziel des Zentrums war es, Frauen die Möglichkeit zu geben, ihre Rolle der passiven Patientin zu verlassen und sich Wissen und somit Entscheidungsmacht über den eigenen Körper anzueignen (Lauterbach, Scharf, und Schultz 1977). Um weitere Erfahrungen in feministischen Gesundheitspraktiken zu sammeln, reisten einige der Gründerinnen in die USA und lernten in den Feminist Health Centres beispielsweise schonende Techniken des Schwangerschaftsabbruchs oder das Einsetzen und Anpassen des Diaphragmas²² (Bonn und Zimprich 2019, 14). Das neugegründete feministische Frauengesundheitszentrum in Berlin bot Frauen die Möglichkeit zur gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung, es organisierte Selbsthilfekurse, Verhütungs- und Schwangerenberatung, Schwangerschaftsabbruch und -nachsorge sowie Kurse zu alternativen Heilmethoden (Lauterbach, Scharf, und Schultz 1977, 17). All diese Angebote stellten das Selbstbestimmungsrecht der Frau über ihren Körper in den Vordergrund.

In den folgenden Jahren gründeten sich zahlreiche weitere Frauengesundheitszentren in der ganzen Bundesrepublik, von denen heute noch 13 aktiv sind. Seit 1987 gibt es den Bundesverband der Frauengesundheitszentren e.V., über welchen die einzelnen Standorte miteinander vernetzt sind und im Austausch stehen sowie als größere Lobby auftreten. Mit Mitarbeiterinnen von fünf der heute noch existierenden Frauen*Gesundheitszentren habe ich im Rahmen meiner Forschung gesprochen. Den Entstehungskontext und das Profil der Zentren werde ich im Folgenden kurz umreißen.

Das *Feministische FrauenGesundheitsZentrum Hagazussa e.V.* wurde 1983 in Köln gegründet. Der Impuls kam von einer Kölnerin, die im Frauengesundheitszentrum Berlin

²¹ Bei der vaginalen Selbstuntersuchung wird dazu eingeladen, mithilfe von Spiegel, Taschenlampe und Spekulum den eigenen Vaginalkanal und Muttermund zu betrachten und zu erfühlen und so ein besseres Verständnis der eigenen Anatomie zu erlangen.

²² Das Diaphragma ist ein mechanisches Verhütungsmittel, bei dem eine mit einem bestimmten Gel bestrichene Silikonscheibe in die Vagina eingeführt und vor dem Eingang des Uterus platziert wird, sodass keine Spermien in den Uterus gelangen können.

Anbindung suchte und dort ermutigt wurde, eine eigene Gruppe in Köln aufzubauen (Anhang 1.2, P4). Durch ihren Aufruf in der Zeitschrift *StadtRevue* fanden sich Frauen zu einer Selbsthilfegruppe zusammen, die sich mit Themen rund um den eigenen Körper auseinandersetzte. Aus dem anfänglichen Austausch über Menstruationsbeschwerden, große Brüste, Ernährung und ersten Erfahrungen mit Selbstuntersuchungen wuchs bald die Idee, das so erworbene Wissen weiterzugeben – erste Kurse entstanden, eine Frauen*ärzt*innenkartei wurde angelegt, ein Raum angemietet und Fördergelder beantragt. Die ersten festen Stellen konnten 1987 über Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen finanziert werden. In den folgenden Jahren lebte das Zentrum zusätzlich von Projektgeldern und durch die Arbeit von Praxisstudentinnen* der Sozialen Arbeit. Heute arbeitet noch eine Person mit einer halben Stelle im Zentrum, welche ebenso wie die Miete und Sachkosten aus dem “Selbsthilfetopf” der Stadt Köln finanziert wird (Anhang 1.2, P4).

Ebenfalls Anfang der 1980er Jahre entstand in einem stuttgarter Wohnzimmer ein Frauenzentrum, in welchem sich Frauen gegenseitig unterstützen, etwa durch Schwangerschaftstests- und Beratungen aber auch politisch organisierten, wie etwa gegen das Abtreibungsverbot (Feministisches Frauen*gesundheitszentrum o. J.). Eine Gruppe von Medizinstudentinnen und Sozialpädagoginnen eröffnete im selben Haus 1986 das *Feministische Frauengesundheitszentrum Stuttgart* und bot auf der Grundlage des Selbsthilfeansatzes Informationen und Beratungen rund um das Thema Gesundheit und Sexualität von Frauen an. Ab 1994 übernahm die zweite Generation, bestehend aus fünf Heilpraktikerinnen und einer Ernährungswissenschaftlerin, das Zentrum und bot weiter ehrenamtlich Beratung an. Über die Jahre schwanden jedoch Kräfte und Kapazitäten, sodass 2016 nur noch eine Person für die telefonische Beratung übrigblieb. Auf ihre Initiative hin traf sich 2016 eine Gruppe junger Stuttgarterinnen* um das Zentrum in der dritten Generation neu zu beleben (Anhang 3.1, P1). Seit 2020 erhält das Zentrum ebenfalls eine städtische Förderung von der die Mietkosten sowie eine halbe Verwaltungsstelle bezahlt werden. Etwa 20 Menschen beteiligen sich regelmäßig ehrenamtlich an der Angebotsgestaltung des Zentrums, und werden von 70 weiteren Vereinsmitgliedern unterstützt (Feministisches Frauen*gesundheitszentrum o. J.).

In Freiburg gründeten mehrere Frauen 1990 das *Frauen- und MädchenGesundheitsZentrum Freiburg e.V.* mit der Motivation Räume für Selbsthilfe zu schaffen (Anhang 1.2, P3). Durch Selbstuntersuchung und Erfahrungsaustausch sollte auch hier Wissen rund um Körper, Gesundheit und Krankheit gebündelt und weitergegeben werden. Während in den Anfängen noch vorwiegend ehrenamtlich gearbeitet wurde,

finanzierte die Stadt Freiburg ab 1997 eine halbe Stelle in der Beratung (ebd.). Die Finanzierung wurde über die Jahre immer weiter ausgebaut, etwa um neben der Beratung von Frauen auch Angebote für Mädchen und Jugendliche organisieren zu können. Heute bietet ein Team von 8 Mitarbeiterinnen* Kurse und Beratung für Frauen* zu körperlicher und psychischer Gesundheit und Sexualität, Prävention und Aufklärung ebenso wie Beratung und Workshops für Mädchen* und junge Frauen* an (Frauen- und MädchenGesundheitsZentrum Freiburg e.V. o. J.).

In Wiesbaden entwickelte sich das *Frauen Gesundheits Zentrum Sirona e.V.* 1990 aus der linken Szene und dem Wunsch nach kollektivem Arbeiten und beruflicher Freiheit (Anhang 1.2, P5). Das Zentrum sollte einen Raum darstellen, in dem Frauen einen neuen Zugang zu sich und der eigenen Körperlichkeit finden konnten. Die Gründungsgruppe umfasste Frauen aus allen sozialen Hintergründen und legte von Anfang an einen speziellen Fokus auf die Themen Schwangerschaft und Geburt, sowie Tod und Kindsverlust (Anhang 2.2.1, P5). Ebenso wie in den Anfängen arbeiten heute noch viele Frauen ehrenamtlich im Zentrum mit, Kurse werden auf Honorarbasis angeboten, während eine halbe Beratungsstelle von der Stadt Wiesbaden finanziert wird (Anhang 1.2, P5).

Einzig das *Frauen und Mädchen Gesundheitszentrum der Region Hannover e.V.* entstand nicht direkt aus der autonomen Frauenbewegung, sondern wurde 2004 auf Initiative des runden Tisches zum Thema Frauen und Mädchengesundheit in der Region Hannover gegründet (Anhang 1.2, P2). Der Runde Tisch wird bis heute vom Gleichstellungsteam der Region Hannover geleitet und verknüpft zahlreiche Vereine, Organisationen und Beratungsstellen, die zum Thema Frauen* und Mädchengesundheit arbeiten. Über die Region Hannover erhält das Zentrum seit 2005 Fördermittel für die Miete und seit 2012 auch die Finanzierung für eine volle Stelle und mehrere Mitarbeiterinnen* in Minijobs (ebd.).

Die Frauengesundheitsbewegung der 1970er Jahre wuchs aus der Kritik am medizinischen System und dem Blick auf weibliche Körper heraus, in der Folge verschärfte sie diese und artikulierte einen Gegenstandspunkt: Frauen und ihre individuellen Bedürfnisse und Entscheidungen sollten den Ausgangspunkt aller medizinischer Kontrollen und Eingriffe darstellen. Der Kampf um Reproduktive Rechte, den sicheren und legalen Schwangerschaftsabbruch, selbstbestimmte Sexualität und Verhütung ebenso wie die Kritik an Hormonbehandlungen stellten die Eckpfeiler der Bewegung dar. An all diesen unterschiedlichen Fronten wurde die Definitionsmacht über den weiblichen Körper

verhandelt. Durch den Erfahrungsaustausch in selbstorganisierten Frauengruppen, gelang die Bewegung als Ganzes zu dem Bewusstsein, dass Frauenkörper grundsätzlich anders betrachtet und behandelt wurden als Männerkörper. Die Autorität der Medizin stellte die Frauengesundheitsbewegung daraufhin ebenso in Frage, wie die Gesundheitspolitik und das allgemeine öffentliche Gesundheitssystem. Um dem patriarchal geprägten medizinischen Narrativ entgegenzuwirken, begannen die Frauen sich in Kollektiven Wissen über den eigenen Körper selbst anzueignen. Dieses Wissen basierte meist auf eigenen Erfahrungen, der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper und dem Austausch mit anderen Frauen.

4.2 Präsentation und Analyse der Ergebnisse

Vierzig Jahre nach dem Entstehen der Frauengesundheitsbewegung gibt es in Deutschland noch immer dreizehn Frauen*Gesundheitszentren. Einige davon²³ wenden sich heute explizit an Frauen* und Mädchen*. Die Verwendung des Sternchens, um ein größeres Spektrum an Geschlechtern in die Zentren einzuladen, ist ein Indikator für die Veränderungen, welche die Zentren, aber auch die gesamte feministische Bewegung in den letzten vier Jahrzehnten durchlaufen haben. Im Folgenden untersuche ich anhand der Interviewergebnisse, inwiefern die Arbeit von Frauen*Gesundheitszentren die Strategien des Empowerments durch Wissen erfüllen, auf welche Weise Machtstrukturen in den Zentren diese Strategien beeinflussen und inwiefern so eine Wirkung des Empowerments erzielt wird.

4.2.1 Kritik des Diskurses

Die erste Strategie des Empowerments durch Wissen stellt die Kritik des Diskurses dar.²⁴ Macht wirkt durch die diskursiv verhandelten Wahrheiten und Normen auf das Leben der Individuen und somit auch auf die Gesellschaft als Ganzes ein. Um ungleichen Machtverhältnissen sowie daraus resultierender Diskriminierung und Unterdrückung widerstehen zu können, muss bei den durch den Diskurs marginalisierten Menschen zuallererst ein Bewusstsein für Machtstrukturen sowie die Mechanismen der Machtausübung entstehen. Die Kritik des Diskurses als erste Strategie des Empowerments

²³ Das Frauen und Mädchen Gesundheitszentrum MEDEA e.V. in Dresden, das Frauen- und MädchenGesundheitsZentrum Freiburg e.V., das Feministische FrauenGesundheitsZentrum Hagazussa e.V. in Köln, sowie das Feministische Frauen*gesundheitszentrum Stuttgart e.V.

²⁴ Siehe Kapitel 2.3.4.

durch Wissen meint also die Aneignung von Wissen über und die Kritik von Machtverhältnissen im Diskurs und deren Auswirkung auf das Individuum. Für meine Forschung stellt sich hier also die Frage, inwiefern Frauen*Gesundheitszentren heute noch einen Ort darstellen, an dem das Bewusstsein für patriarchale Macht sowie deren Manifestation und Wirkweise im Diskurs über weibliche Körper gestärkt wird und diese Machtverhältnisse kritisiert werden.

4.2.1.1 Kritik am medizinischen Diskurs

In den Interviews wurde deutlich, dass vier Jahrzehnte nach dem Entstehen der Frauengesundheitsbewegung die Kritik am patriarchalen medizinischen Blick auf den weiblichen Körper noch immer ein Kernanliegen von Frauen*Gesundheitszentren ist. Die Mitarbeiterinnen verstehen das Frauen*Gesundheitszentrum jeweils als Anlaufstelle für Frauen*, die sich im klassischen Gesundheitssystem nicht gut aufgehoben fühlen (Anhang 2.1.1, P1, P4, P5). So berichteten die Mitarbeiterinnen, dass viele Frauen* sich durch Ärzt*innen in ihren Sorgen und Bedürfnissen nicht ernst genommen fühlten. Anstatt sich mit Zeit den Ursachen von Erkrankungen zu widmen und die Einschätzung von Frauen* über ihren eigenen Körper anzuhören, würden Ärzt*innen häufig zu “technisierten” Lösungen raten, so zwei der Mitarbeiterinnen (Anhang 2.1.1, P1, P5). Eine andere Mitarbeiterin erzählte, dass Frauen* immer wieder von einem Gefühl der Überforderung berichteten, etwa wenn Diagnosen nicht erklärt und invasive Behandlungen, wie die Entfernung der Eierstöcke oder Gebärmutter bei bestimmten Erkrankungen als alternativlos dargestellt würden (Anhang 2.1.1, P4). In einem weiteren Interview ging es um Machtverteilung in der Medizin, es wurde die noch immer fortdauernde Hierarchie von Ärzt*innen über Pfleger*innen hin zur Patient*in kritisiert (Anhang 2.1.1, P2). Während das Wissen und die damit verbundene Entscheidungsgewalt in erster Linie bei den Ärzt*innen liege, würden Patient*innen in ihrer Selbstbestimmung stark eingeschränkt. So sieht die Mitarbeiterinnen die Kritik, dass Frauen* oft zu radikalen Behandlungsmethoden geraten würde, ohne dass Risiken oder mögliche Alternativen ausreichend erläutert würden. Die Vergabe von Hormonen für unterschiedlichste Diagnosen in Zusammenhang mit dem Reproduktionszyklus wurde hier mehrfach als Beispiel genannt. Eine Mitarbeiterin kritisierte, dass „immer neue Pillen entwickelt werden, die immer mehr das Frauenbild achten, nämlich schön schlank und gute Haut und vierfaches Thromboserisiko“ (Anhang 2.1.1, P1). Hormone würden oft zur Behandlung von Menstruations- oder Wechseljahrsbeschwerden verschrieben, um Symptome durch eine hormonelle

Gleichschaltung des natürlichen Zyklus schnell zu lindern (Anhang 2.1.1, P1, P5 A). Dabei erhöhe die Vergabe von Hormonen gleichzeitig das Risiko für andere Erkrankungen, wie etwa Brustkrebs und Thrombosen (Anhang 2.1.1, P1).

Aus den einzelnen Berichten von Frauen* und Mädchen* als Patientinnen* in der klassischen Medizin ergibt sich für die Mitarbeiterinnen das größere Bild einer kollektiven weiblichen Erfahrung, welches den Einfluss von gesellschaftlichen Machtverhältnissen und struktureller Diskriminierung weiblicher Körper in der Medizin aufzeigt. Insbesondere kritisierten die Interviewten die Machthierarchie zwischen Ärzt*innen und Patientinnen*, welche auf der Autorität des medizinischen Wissens der Ärzt*innen im Vergleich zum individuellen Erfahrungswissen der Frauen* beruht und dazu führt, dass Frauen* sich im Gesundheitssystem fremdbestimmt, überfordert und machtlos fühlten. Die Bewusstwerdung der strukturellen Diskriminierung weiblicher Körper durch den medizinischen Diskurs stellt den Gründungsmoment der Frauen*Gesundheitsbewegung und -zentren dar, ist jedoch noch immer aktuell.

Ein weiterer Kritikpunkt der Mitarbeiterinnen war die Pathologisierung des weiblichen Körpers. Einerseits würden weibliche Körperfunktionen, wie die Menstruation oder die Menopause als grundlegend behandlungsbedürftig konstruiert. Eine Mitarbeiterin zitierte den medizinischen Diskurs über die Menopause folgendermaßen: “Frauen in und nach der Menopause sind kranke Menschen, die brauchen bis zum Ende ihrer Tage Hormone” (Anhang 2.1.2, P1). Andererseits trüge auch die hohe Zahl an Vorsorgeuntersuchungen bezüglich der weiblichen Reproduktionsorgane dazu bei, dass die Gesellschaft Frauen als das “kranke Geschlecht” betrachte und Frauen sich auch häufig so fühlten, so eine Mitarbeiterin (Anhang 2.1.2, P5). So werde etwa die Brust von vielen Frauen als gefährlich wahrgenommen, als Körperteil, welches jederzeit potenziell krank sein könnte und mit Sorge betrachtet werden müsse (Anhang 2.1.2, P5). In einem anderen Interview ging es um den Begriff “Brustkrebsgene”, mit welchem, so die Interviewte, die Krebserkrankung im gesellschaftlichen Diskurs dem weiblichen Geschlecht zugeordnet würde – unabhängig davon, dass genetische Veranlagungen für Tumorerkrankungen vollkommen geschlechtsunabhängig seien, tatsächlich sogar mehr Männer als Frauen daran erkrankten (Anhang 2.1.2, P2). Somit würde das Bild der kranken Frau gefestigt. Nicht nur die Brust, auch übermäßige Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft und die Impfung gegen HPV wurden als Beispiele für medizinische Kontrollen und Eingriffe genannt, welche zur Stigmatisierung von weiblichen Körpern beitragen (Anhang 2.1.2, P5). Eine

weitere Interviewpartnerin bezeichnet das Bild des kranken weiblichen Körpers als “sexistischen Dauerangriff”, welcher von der jüngeren Generation kaum mehr wahrgenommen, sondern als normal akzeptiert würde (Anhang 2.1.2, P1). Auch die Pharmaindustrie profitiere von diesem Bild, da so der Absatz für bestimmte Medikamente und Tests gesichert bleibe (Anhang 2.1.2, P1). Eine andere Mitarbeiterin kritisierte, dass Frauen häufig über mögliche Erkrankungen definiert würden und diese Perspektive als Selbstidentifizierung übernähmen. Sie erklärte, “dass ein Mensch der (...) eine Erkrankung hat, ja nicht grundsätzlich krank ist, (...) dass diese eine Erkrankung ihn nicht grundsätzlich ausmacht” (Anhang 2.1.2, P2). Eine Erkrankung zu haben, geschweige denn durch Vorsorgeuntersuchungen, die Gefahr einer Krankheit vermittelt zu bekommen, solle also nicht dazu führen, sich als kranker Mensch im Allgemeinen zu fühlen oder identifizieren zu müssen.

Die diskursive Konstruktion des weiblichen Körpers als potenziell krank und grundlegend behandlungsbedürftig wurde in drei der fünf Interviews benannt und kritisiert. Die Mitarbeiterinnen berichteten zum einen von Beispielen, wie das Bild des weiblichen als kranken Körpers durch die Pathologisierung der Reproduktionsfunktion sowie durch Vorsorgeuntersuchungen und Kontrollen allein des weiblichen Körpers im Diskurs manifestiert werde. Zum anderen stellten sie fest, dass diese Zuschreibung negative Auswirkungen auf das Leben von Frauen hat, wie etwa die Wahrnehmung des eigenen Körpers als Gefahr oder die Identifizierung als kranker Mensch. So kritisierten die Mitarbeiterinnen die Norm, dass Frauen sich kontinuierlich um ihre Gesundheit sorgen müssen, beispielsweise manifestiert in der jährlichen gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung, während es für Männer keine äquivalente Gesundheitsmaßnahme gibt, als eine Abbildung und gleichermaßen Festigung patriarchaler Machtverhältnisse durch die Aufrechterhaltung des Bildes der kranken Frau.

Zudem hinterfragten mehrere der Interviewten, welches Wissen über weibliche Körper als relevant anerkannt wird und benannten die dahintersteckenden Machtdynamiken. Während meist nur quantitative Studien den Standards des Wissenschaftsdiskurs genügen, würde das Wissen, welches Frauen* aus den persönlichen Erfahrungen mit ihrem Körper haben, in der Diagnostik und Behandlung vernachlässigt (Anhang 2.1.1, P2). Person 3 erklärte, dass der Unterschied zwischen den FGZs und den herkömmlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens jener ist, dass Frauen* und Mädchen* dort mit dem Wissen über ihren Körper und ihrem Körperempfinden ernst genommen würden (Anhang 2.1.1, P3). Zwei

Mitarbeiterinnen sprachen außerdem über die Gendermedizin als wichtigen Gegenpol zur Universalisierung des männlichen Körpers als Ausgangsmodell in der Medizin. Während lange Zeit medizinische Studien nur an Männern durchgeführt wurden, versuche die Gendermedizin den Einfluss von biologischen ebenso wie gesellschaftlichen Unterschieden zwischen den Geschlechtern in Forschung, Diagnosen und Behandlungen miteinzubeziehen. Wichtig sei diese, da die Diagnostik etwa für Herz-Kreislaufkrankungen bei Frauen* immer noch eingeschränkt sei, da von männlichen Modellen ausgegangen werde (Anhang 2.1.1, P2). Eine andere Interviewpartnerin erklärte, dass Frauen* oft anders auf Medikamente reagierten als Männer und die richtige Wirkung dadurch nicht sichergestellt sei (Anhang 2.1.1, P5).

Somit hinterfragen Frauen* Gesundheitszentren die Regeln des Diskurses innerhalb der Medizin. Indem sie das nicht-wissenschaftliche Erfahrungswissen von Frauen* zentrieren und gleichzeitig auf Fehler und einseitige Perspektiven in der wissenschaftlichen Forschung hinweisen, erfolgt eine machtsensible Wissenschaftskritik, wie Donna Haraway sie fordert (Haraway 1988). So führe die patriarchale Tradition der medizinischen Wissensproduktion über weibliche Körper zu einer Vernachlässigung der Spezifität des weiblichen Körpers als Ganzes, bei gleichzeitiger Reduktion von weiblicher Körperlichkeit auf die Reproduktionsorgane. Zum anderen setze sie sich aufgrund der machtvollen Position im Diskurs über das Wissen von Frauen* über ihren eigenen Körper hinweg. Diese Kritik richtet sich konkret an das Machtwirken innerhalb des Diskurses, die Hierarchie in der Wissensproduktion, sowie den patriarchalen Vorbehalt der Medizin bei angeblicher wissenschaftlicher Objektivität. Frauen* Gesundheitszentren sind also Orte, an denen die alleinige Autorität der Wissenschaft in Frage gestellt und andere Formen des Wissens aufgewertet werden. Dabei geht es nicht darum, den Nutzen von Wissenschaft und Medizin ebenso wie wissenschaftliche Formen des Erkenntnisgewinn generell in Frage zu stellen. So gaben die Mitarbeiterinnen an, in ihrer Arbeit selbst auf wissenschaftliche Studien angewiesen zu sein (Anhang 2.2.7, P2, P3, P4). Die medizinisch-wissenschaftlichen Perspektive wird jedoch als ein Teilaspekt eines größeren Wissenssystems verstanden. Kritisiert wird somit vielmehr die Art und Weise, wie Körper durch den medizinischen und wissenschaftlichen Diskurs aus einer männlichen Perspektive konstruiert und fremdbestimmt werden und wie sich diese Konstruktion auf die Selbstwahrnehmung und die Handlungsfreiheit von Frauen* auswirkt.²⁵

²⁵ Siehe Kapitel 2.4.2.

4.2.1.2 *Feministische Gesellschaftskritik*

Kritisiert wurde auch der gesellschaftliche Anspruch an weibliche Körper, genauso funktionieren und Leistung erbringen zu müssen, wie männliche Körper und dass die Medizin durch technische Lösungen dazu beitrage, den weiblichen dem männlichen Körper in seiner Leistungsfähigkeit anzugleichen. So solle die schnelle Medikamentierung meist vor allem dazu dienen, die Funktionsfähigkeit des weiblichen Körpers aufrechtzuerhalten, beziehungsweise möglichst schnell wieder herzustellen, sei es in Bezug auf die Reproduktionsfunktion oder als Arbeitskraft auf dem kapitalistischen Markt. “Das ist so ne Technisierung von Körperlichkeit, die findest du in allen Bereichen” stellte eine Mitarbeiterin fest (Anhang 2.1.3, P5). Während natürliche Körperfunktionen wie Menstruation und zyklusbedingte Beschwerden als Behinderung in Alltag und Beruf wahrgenommen würden, so erklärte eine andere Mitarbeiterin, würden vor allem junge Frauen* das schnelle Heilversprechen der Medizin heute kaum noch hinterfragen, sondern bereitwillig als Lösung für diese vermeintlichen körperlichen Einschränkungen betrachten (Anhang 2.1.1, P1). Sie erklärte: “Die klassische Medizin setzt immer mehr auf technische Lösungen, wie das die Gesellschaft überhaupt macht” (Anhang 2.1.1, P1). Weibliche Körperlichkeit würde heute der Funktionalität untergeordnet, sagte eine weitere Interviewpartnerin (Anhang 2.1.3, P2). So drängten Medizin und Gesellschaft Frauen* in die Abhängigkeit von Medikamenten, wie etwa Hormone oder Antidepressiva, um im patriarchal-kapitalistischen System funktionieren zu können. Strukturelle Ursachen für körperliche und psychische Belastungen von Frauen* wie prekäre Lebensumstände, Diskriminierung und Umweltfaktoren blieben derweil unangetastet (Anhang 2.1.1, P1). Anstatt den weiblichen Körper durch Medikamente den Erwartungen des patriarchalen Systems anzupassen, solle sich lieber das System zugunsten der Bedürfnisse von weiblichen Körpern ändern, forderte eine andere Mitarbeiterin im Interview (Anhang 2.1.3, P5). Gleichermäßen müsse das Bedürfnis nach Unterstützung durch andere, im Gegensatz zum modernen Ideal des Individualismus, normalisiert werden, so eine weitere Mitarbeiterin (Anhang 2.1.3, P2).

Die Mitarbeiterinnen verbanden die Kritik an der technisierten Behandlung und vorschnellen Medikalisierung weiblicher Körper also mit einer feministischen Gesellschaftskritik. Problematisiert wurde der Anspruch an Frauen* jederzeit in einem System funktionieren zu müssen, welches nicht auf ihre körperlichen Bedürfnisse achtet, sondern im Gegenteil fordert, dass Frauen* ihre Körper entsprechend modifizieren. Damit

benannten die Mitarbeiterinnen den gesellschaftlichen Anspruch an ständige Leistungsfähigkeit als eine Norm, durch welche weibliche Körper im Diskurs bewertet und geformt werden. Spezifisch weibliche Körperfunktionen und damit verbundene Einbrüche in der körperlichen Verfügbarkeit, wie etwa Menstruationsschmerzen, stellen in der patriarchalen Gesellschaft eine Abweichung von der männlichen Norm ständiger Leistungsbereitschaft da, welche beispielsweise durch die Einnahme von Hormonen zur Linderung von Beschwerden angestrebt wird. Aus der feministischen Perspektive von Frauen*Gesundheitszentren wird diese Norm sowie der Anteil des medizinischen Apparates an deren Festigung kritisiert und stattdessen eine Anpassung des Systems an die Bedürfnisse aller Körper gefordert.

4.2.1.3 Die Rolle der Scham

Alle fünf Mitarbeiterinnen erzählten im Interview außerdem, dass Scham in ihrer Arbeit eine große Rolle spiele. Sie berichteten, dass Frauen* in den Frauen*Gesundheitszentren in unterschiedlichen Situationen Scham für die eigene Körperlichkeit ausdrückten. Drei der Mitarbeiterinnen erwähnten, dass Frauen* und Mädchen* sich häufig für die eigene Menstruation schämten (Anhang 2.1.4, P1, P3, P5). Eine Mitarbeiterin, die vor allem im sexualpädagogischen Angebot des Zentrums mitarbeitet, berichtete von Schamgefühlen bei den Teilnehmenden im Umgang mit Bildern von Geschlechtsorganen, ebenso wie im Sprechen über Sexualität (Anhang 2.1.4, P1, P3, P5). Bei Diaphragma-Anpassungen sei häufig ein Thema, dass Frauen* sich für ihre Vulva schämten, da sie das Gefühl hätten, dass sie von allgemeinen Schönheitsvorstellungen abweiche (Anhang 2.1.4, P3). Zwei andere Mitarbeiterinnen berichteten, dass auch das Sprechen über den weiblichen Orgasmus, sowie das Benennen des Aufbaus der Vulva häufig schambehaftet seien (Anhang 2.1.4, P2, P5). Zwei Personen erzählten außerdem, dass Frauen oft Scham für Erkrankungen empfinden, so etwa für Myome, welche zu starken Blutungen nach den Wechseljahren führten (Anhang 2.1.4, P1, P4). Aus dem Gefühl heraus, dass der eigene Körper fehlerhaft oder krank sei, würden viele Frauen zögern, sich Hilfe zu suchen oder darüber zu sprechen (Anhang 2.1.4, P1). Insbesondere Krankheiten, die beim Geschlechtsverkehr übertragen würden, wären besonders schambehaftet, da hier Schuldgefühle bezüglich des eigenen Sexualverhaltens erschwerend hinzukämen (Anhang 2.1.4, P4). Aber auch in der Reproduktionsmedizin seien Frauen* einem enormen Druck ausgesetzt, im Sinne ihrer Fortpflanzungsfunktion funktionieren zu müssen, was bei ausbleibendem Erfolg zu einem immer größeren Gefühl des Scheiterns führte, berichtete

eine andere Person (Anhang 2.1.4, P1). Eine Mitarbeiterin beobachtete außerdem, dass Frauen* Scham insbesondere in Bezug auf die eigene körperliche Leistungsfähigkeit äußerten (Anhang 2.1.4, P5). So würde durch die ständige Bewertung von außen das Gefühl erzeugt, dass der Körper nicht funktioniere, wie er funktionieren soll, nicht aussehe, wie er aussehen soll. Frauen* würden daher versuchen, ihre eigene körperliche Leistungsfähigkeit an das männliche Ideal anzugleichen und empfänden Scham für das nicht-Erreichen dieser Norm (Anhang 2.1.4, P5). In einem weiteren Gespräch erzählte eine Mitarbeiterin, dass es unter jungen Frauen* ein wachsendes Bewusstsein für die Problematik von Schönheitsidealen gäbe und diese vermehrt reflektiert würden. Aus diesem Bewusstsein ergäbe sich jedoch auch der Druck, sich diesen Idealen entziehen zu können, sich schön finden zu müssen, obwohl die gesellschaftliche Prägung noch immer wirke und die theoretische Kritik und die praktische Wahrnehmung des eigenen Körpers oft nicht zusammenpassten. So ergebe sich eine neue Norm für deren nicht-Erfüllung Scham empfunden würde (Anhang 2.1.4, P3).

Scham als Teil der weiblichen Körpererfahrung, wie von Dolezal benannt, ist also auch in Frauen*Gesundheitszentren präsent und wird von den Mitarbeiterinnen als Wirkung patriarchaler Macht kritisiert (Dolezal 2015). Aus der Summe der Erfahrungen und Beobachtungen bezüglich weiblicher Körperscham ordneten die Mitarbeiterinnen dieses als strukturelles Problem ein und stellten Rückbezüge zu gesellschaftlichen Normen als Ursache für weibliches Schamempfinden her (Dolezal 2015, 53). Wirkmechanismen von Normen, welche die Materialität weiblicher Körper, etwa durch das Streben nach Schönheitsidealen oder der Umgang mit Erkrankungen, ebenso wie die Körperwahrnehmung und -empfindung von Frauen* beeinflussen, wurden in den Interviews reflektiert und problematisiert. Die genannten Beispiele für weibliche Körperscham lassen sich in die in Kapitel 2.4.5 vorgestellten Bereiche der weiblichen Körperscham einordnen: Erstens, die Scham, aufgrund zyklischer Leistungseinbrüche nicht der Norm des konstant leistungsfähigen männlichen, als universell menschlichem, Körper zu entsprechen. Zweitens, die Scham dem diskursiv definierten Weiblichkeitsideal nicht zu entsprechen, etwa in Bezug auf das Aussehen des gesamten Körpers oder der Geschlechtsteile, oder in Bezug auf Weiblichkeitsvorstellungen, welche die Sexualität betreffen. Auch Scham für Krankheit, als Abweichung von medizinisch als gesund deklarierten Normen oder das Ausbleiben einer Schwangerschaft bei Kinderwunsch wurde von den Mitarbeiterinnen angesprochen und kritisiert.

4.2.1.4 Diskussion

Im Zuge der Interviews wurde klar, dass die Arbeit der Frauen*Gesundheitszentren in eine feministische Gesellschaftskritik eingebettet ist. Durch den Kontakt mit vielen unterschiedlichen Frauen*, welche ihre Erfahrungen in Bezug auf Krankheit, Sexualität, Reproduktion und weitere Körperthemen mit den Mitarbeiterinnen besprechen, haben diese im Rahmen ihrer Arbeit ein umfangreiches Wissen über die subjektiven Körpererfahrungen von Frauen* angesammelt. Frauen*Gesundheitszentren sind somit ein Ort an dem, wie durch Kechaja beschrieben, Erfahrungswissen aus der *Community* versammelt und zu einem größeren Bild der existierenden gesellschaftlichen Zusammenhänge und Machtverteilungen verdichtet wird (Kechaja 2019).²⁶ Die Mitarbeiterinnen fungieren dabei als Medium der Wissensakquise: sie hören Erfahrungen und leiten davon eine feministische Gesellschaftskritik ab, welche wiederum das Leitbild ihrer Arbeit darstellt (Anhang 1.3, P2, P3). Kritisiert wurde in den Interviews die vorschnelle Behandlung weiblicher Körper, bei mangelnder Aufklärung und Sensibilität für Wissens- und somit Machthierarchien zwischen Ärzt*innen und Patientinnen*. In *Analytik der Macht* erklärt Foucault, eine "Möglichkeit der Herrschaft der Wahrheit zu entkommen" gäbe es "indem man das Wahrheitsspiel anders spielt, ein anderes Spiel, eine andere Partie oder mit anderen Trümpfen spielt" (Foucault 2011, 293). Ganz im Sinne Foucaults, wurden von den Mitarbeiterinnen auch die "Spielregeln" des medizinisch wissenschaftlichen Diskurses hinterfragt: So sprachen die Mitarbeiterinnen über die Einflüsse gesellschaftlicher Machtverteilung auf die Produktion von medizinischem Wissen, die Auswirkung der primär männlichen Perspektive in der Medizin ebenso wie die Hierarchisierung von unterschiedlichen Formen des Erkenntnisgewinns über den weiblichen Körper. Auch das Wirken von unterschiedlichen Normen, welche durch den Diskurs definiert werden, auf die Körper und das Leben von Frauen* wurde von den Mitarbeiterinnen angesprochen. Sie kritisierten einerseits die Norm der stetigen Leistungsbereitschaft als Anforderung an weibliche Körper, sowie die Rolle der Medizin, welche durch technologisierte medizinische Eingriffe eine Annäherung an die Norm verspricht. Andererseits kritisierten die Mitarbeiterinnen das Bild der Frau als das kranke Geschlecht sowie dessen Festigung durch die Pathologisierung von eigentlich normalen Körperzuständen sowie Vorsorgeuntersuchungen und Eingriffe in den weiblichen Körper durch das

²⁶ Siehe Kapitel 2.3.4.

Gesundheitssystem. Die Vielzahl an Erwartungen und Normen, welche auf weibliche Körper wirken, wurde im Zuge der Thematisierung von Körperscham deutlich. Laut Foucault wirkt Macht durch Normen, welche im Diskurs konstruiert werden und die Machtverhältnisse innerhalb des Diskurses abbilden (Foucault 2011, 76).²⁷ Die von den Mitarbeiterinnen angesprochenen Normen und ihre Wirkung auf Frauenkörper wurden also im medizinischen und gesellschaftlichen Diskurs gebildet. Die Mitarbeiterinnen benannten Situationen in denen Scham für unterschiedlichste Zustände, Erkrankungen, Aussehen und die Sexualität von Frauenkörpern empfunden wurde und stellten einen Zusammenhang zwischen der patriarchal geprägten Gesellschaft, gesellschaftlichen Erwartungen und weiblichem Schamempfinden her.²⁸ Damit herrscht ein großes Bewusstsein darüber, wie weibliche Körper durch den Diskurs konstruiert, diskriminiert und beherrscht werden.²⁹

In Bezug auf meine Forschungsfrage lässt sich somit festhalten, dass das Bewusstsein für patriarchale Macht, deren Einfluss auf weibliche Körperlichkeit und Wirkung durch den gesellschaftlichen ebenso wie den medizinischen Diskurs die theoretische Grundlage der Arbeit in Frauen*Gesundheitszentren bildet. Die Mitarbeiterinnen besitzen ein umfangreiches Wissen über die strukturelle Diskriminierung von Frauen* durch den gesellschaftlichen sowie medizinischen Diskurs über weibliche Körper. Diese feministische Kritik an der Machtwirkung des patriarchalen Narrativs im Diskurs stellt die Grundhaltung der Frauen*Gesundheitszentren dar, verbleibt als konkretes Wissen jedoch erst einmal auf Seiten der Mitarbeiterinnen des Zentrums. Diese sind als Frauen selbst Teil der marginalisierten Gruppe und fungieren durch ihre Arbeit als Multiplikatorinnen dieses Bewusstseins. Somit wird deutlich, dass Frauen*Gesundheitszentren einen Ort darstellen, an welchem Erfahrungswissen aus der Community der Frauen*, versammelt und so strukturelle Machtdynamiken sichtbar werden, woraus eine Kritik des Diskurses möglich wird. Während die Frauen*Gesundheitszentren in den Anfängen in erster Linie in Selbsthilfeformaten organisiert waren und somit alle Frauen gleichermaßen an dem Prozess der Bewusstwerdung beteiligt waren, ist dieses Bewusstsein sowie die Kritik am Diskurs heute in den Zentren institutionalisiert und wird durch die Mitarbeiterinnen in ihrer feministischen Grundhaltung im Kontakt mit Frauen* weitergetragen. Laut Kechaja können Mitglieder der marginalisierten Gruppe eine anleitende Funktion innerhalb der

²⁷ Eine ausführlichere Erläuterung findet sich in Kapitel 2.1.

²⁸ Siehe Kapitel 2.4.5.

²⁹ Siehe Kapitel 2.4.

größeren Community einnehmen und so anderen Menschen Räume eröffnen, in welchen ein Prozess der Bewusstwerdung möglich wird (Kechaja 2019, 81). Inwiefern jedoch durch die Arbeit der Frauen*Gesundheitszentren bei den Besucherinnen* ein Bewusstsein für strukturelle Machtdynamiken und daraufhin eine Kritik des Diskurses entsteht, bleibt zunächst offen. Dies könnte nur im Rahmen von Interviews mit den Besucherinnen* der Zentren erforscht werden und geht somit über die Möglichkeiten dieser Arbeit hinaus. Im Folgenden werde ich ermitteln, auf welche Weise in den Zentren die Produktion und Vermittlung von widerständigem Wissen als zweite Strategie des Empowerments durch Wissen erfolgt.

4.2.2 Die Produktion und Vermittlung von widerständigem Wissen

Die zweite Strategie des Empowerments durch Wissen stellt die Produktion und Vermittlung von widerständigem Wissen dar. Widerständiges Wissen meint Wissen, welches aus der Perspektive von Betroffenen oder marginalisierten Gruppen produziert wird und dem dominanten Narrativ innerhalb des Diskurses widersteht. Die marginalisierte Gruppe stellen in diesem Fall Frauen* dar, die durch die diskursive Konstruktion und Abwertung weiblicher Körperlichkeit in ihren Handlungen und Freiheiten eingeschränkt sind. Im Folgenden möchte ich untersuchen, welche Rolle widerständiges Wissen in Frauen*Gesundheitszentren spielt und auf welche Art und Weise widerständiges Wissen in den Zentren produziert und vermittelt wird.

4.2.2.1 Selbstermächtigung³⁰ durch Wissen

In den Interviews betonten mehrere Mitarbeiterinnen die Rolle von Wissen für die Wiederaneignung von Handlungsspielräumen und die Selbstermächtigung von Frauen* im Widerstand zum patriarchalen Narrativ über weibliche Körper. Mehrfach wurde geäußert, dass Wissen Macht bedeute und Herrschaft durch Wissen aufrechterhalten würde (Anhang 2.2.1, P1, P5). So sei einerseits Wissen über die eigene Körperlichkeit notwendig, um selbstbestimmte Entscheidungen bezüglich des eigenen Körpers zu treffen, etwa im Falle einer Erkrankung aber auch bei der Wahl der Verhütungsmethoden (Anhang 2.2.1, P5). Andererseits ermögliche Wissen Unabhängigkeit von anderen Instanzen und

³⁰ Selbstermächtigung, ebenso wie Selbstbestimmung verstehe ich im Sinne des Empowerment Gedankens nach Kechaja. Dabei bedeuten Selbstermächtigung/Selbstbestimmung internalisierte Machtstrukturen und einschränkende Handlungsweisen zu verlernen und stattdessen die eigene Perspektive auf die Welt und spezifische von der gesellschaftlichen Positionierung abhängige Erkenntnisse, und Körpererfahrungen als Handlungsrahmen zu zentrieren (Kechaja 2019, 79).

Wissensautoritäten, wie etwa der Medizin und ermögliche Maßnahmen der Selbsthilfe. Eine Mitarbeiterin betonte, dass niemand einen Körper besser kenne, als die Person, der der Körper gehöre und es daher wichtig sei dieses subjektive Wissen ernst zu nehmen, zu stärken und weiter auszubauen (Anhang 2.2.1, P5). Weiterhin erklärte eine weitere Person: “Ich finde, dass Wissen einfach was ist, was ganz stark Erklärung schafft, Kontrolle schafft, Verständnis für einen (selbst). Und dass es wirklich (...) eine Art von Sicherheit halt gibt, für das wer bin ich und wie bin ich und wie stehe ich in der Welt” (Anhang 2.2.1, P3). Das Wissen über Sexualität und Gesundheit, aber auch über psychische Zustände erweitere somit die Handlungsspielräume von Frauen* und Mädchen* indem sie Erklärung und Kontrolle ermöglichten (Anhang 2.2.1, P3). So könnten Frauen* und Mädchen* lernen, körperliche, aber auch mentale Zustände in Erklärungsmuster einzuordnen, anstatt sich selbst als falsch oder abweichend wahrzunehmen. Aber auch das eigene Verhältnis zu Krankheit könne sich durch Wissen verändern. So erklärte eine Mitarbeiterin, die Erkenntnis, dass Krankheit oft kein individuelles Problem sei, sondern strukturell begünstigt werde, zur politischen Dimension von Krankheit (Anhang 2.2.1, P1). Ebenso sei das Lernen über und Erkennen von struktureller Diskriminierung, wie etwa Rassismus oder Sexismus notwendig, um festzustellen, dass Gefühle der Abwertungen oder Scham nicht da sind, weil etwas mit mir als Individuum falsch ist, sondern aufgrund der Machtverteilung im System (Anhang, 2.2.6, P3). Die Mitarbeiterinnen stellten somit selbst einen Zusammenhang zwischen Wissen und Macht her und erklärten die Vermittlung von Wissen zur zentralen Strategie, um Frauen* in ihrer Selbstbestimmung und den davon abhängigen Handlungsmöglichkeiten zu stärken.

4.2.2.2 Informationsangebot

Die Bereitstellung von bereits existierendem Wissen in unterschiedlichsten Formaten stellt einen Grundpfeiler des Angebots von Frauen*Gesundheitszentren dar. Frauen*Gesundheitszentren bieten Informationen rund um den weiblichen Körper, Gesundheit und Sexualität in Form von Broschüren, Infoabenden und Vorträgen. Auf der Suche nach Gynäkolog*innen oder Therapeut*innen können Frauen* sich an den Ärzt*innenkarteien orientieren und so die Berichte über gute und schlechte Erfahrungen von anderen Frauen* nutzen. Viele Zentren stellen interessierten Frauen* zudem eine Infothek mit Büchern zur Verfügung, andere stellen auf ihrer Website oder in sozialen Netzwerken wie Instagram Informationen bereit (Anhang 2.2.4, P2, P3). Auch Filmvorführungen und öffentliche Infostände wurden als Formen des Wissenstransfers

genannt (Anhang 2.2.2, P1). Der Fokus liege hierbei auf “alternativen Infos”, so eine Mitarbeiterin, also Informationen, die im gesellschaftlichen Diskurs oder im Kontakt mit Ärzt*innen oft vernachlässigt würden (Anhang 2.2.4, P4).

Je nach Zentrum werden dabei unterschiedliche Themenschwerpunkte gesetzt: Während eines sich dezidiert mit Schwangerschaft und Geburt auseinandersetzt, liegt in einem anderen der Fokus auf sexueller Bildung und Verhütung und wieder ein anderes beschäftigt sich insbesondere mit der Frage nach Resilienz und Gesundheitsprävention (Anhang 2.2.2, P1-5). Auch theoretische Gesundheitsthemen wie mehrgenerationale Traumatisierung, Gendermedizin oder Geschlechterrollen werden im Rahmen von Veranstaltungen adressiert (Anhang 2.2.2, P2, P5). Dabei werden die Themen einerseits durch die Interessen und Erfahrungsgebiete der Mitarbeiterinnen* und Vereinsmitglieder gesetzt, wobei eine Mitarbeiterin betonte, dass insbesondere durch die neue Generation an Mitarbeiterinnen* neue Prozesse und Themen angestoßen würden (Anhang 2.2.3, P1). Andererseits kämen Impulse von außen: so würden gesellschaftliche Diskurse oder Themen aus den Beratungsgesprächen durch die Zentren aufgegriffen und bearbeitet, andere Themen wären an projektgebundene Fördergelder geknüpft (Anhang 2.2.3, P3, P4).

In diesen Formaten der direkten Wissensvermittlung kommt den Mitarbeiterinnen eine Expertinnenrolle zu: Im Rahmen ihrer Arbeit im Frauen*Gesundheitszentrum haben sie sich ein großes Wissensarchiv sowohl über Machtstrukturen als auch deren Auswirkungen auf das Leben, die Körper und die Gesundheit von Frauen* angeeignet. Darüber hinaus sind sie Verwalterinnen des Wissens, welches sich über die Jahre in den Frauen*Gesundheitszentren angesammelt hat: Sie hören die Erfahrungsberichte der Frauen* in Beratungen und Kursen, tauschen sich mit ihren Kolleginnen* und Mitarbeiterinnen* aus anderen Gesundheitszentren aus und arbeiten sich in spezifische aktuelle Themen ein. Dieses über die Jahre angesammelte Wissen ist von der machtkritischen, feministischen Grundhaltung der Frauen*Gesundheitsbewegung geprägt und wird allen interessierten Frauen* in unterschiedlichen Formaten zur Verfügung gestellt, sei es in Broschüren, Websites, Vorträgen oder anderen Veranstaltungen. Wissen aus dem internen Diskurs der Frauen*Gesundheitszentren wird somit von einer mehrwissenden an eine weniger-wissende Position weitergegeben.

4.2.2.3 Beratung

Weiterhin bieten alle Frauen*Gesundheitszentren Einzelgespräche zur Beratung bei Gesundheitsthemen an. Dabei gibt es einerseits Beratungsangebote zu psychischer

Gesundheit, Begleitung bei der Suche nach Therapeut*innen und in akuten Krisensituationen (Anhang 2.2.2, P3). Andererseits können gynäkologische Themen, wie etwa Endometriose, Myome, Eierstocksysten, Wechseljahrsbeschwerden, Prämenstruelles Syndrom oder Brustgesundheit besprochen werden (Anhang 2.2.2, P1, P4). Auch schwerere Diagnosen, wie Krebserkrankungen werden hier aufgefangen, besprochen und bei Bedarf erläutert, ebenso wie von Ärzt*innen empfohlene Therapien und mögliche Behandlungsalternativen (Anhang 2.2.2, P2, P3). Die Beratung solle den Frauen dabei vor allem als Hilfe dienen, informierte und selbstbestimmte Entscheidungen in Bezug auf Eingriffe in den eigenen Körper sowie den Umgang mit Erkrankungen zu treffen (Anhang 2.2.2, P2, P4). In der Beratung trafen oftmals Perspektiven aus der klassischen Medizin und der Naturheilkunde aufeinander, würden gegeneinander abgewogen und Möglichkeiten der Kombination erörtert (Anhang 2.2.2, P5). Die Beratung biete auch einen Raum, um Behandlungen und Therapien kritisch zu hinterfragen, so würden etwa Nutzen und Risiken bei der Vergabe von Hormonen oder die Notwendigkeit von spezifischen gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen besprochen (Anhang 2.2.2, P1, P5). Auch Fragen zu Kinderwunsch und Schwangerschaft, zu sexueller Identität und Verhütung ebenso wie Gewalterfahrungen können im Rahmen der Beratungsangebote besprochen werden (Anhang 2.2.2, P1, P3, P4, P5). Eine Mitarbeiterin beschrieb den Beratungskontext des Frauen*Gesundheitszentrums als Ort, an dem Frauen* und Mädchen* mit ihren Empfindungen sowie dem Wissen über ihren Körper ernst genommen werden (Anhang 2.1.1, P3). Mit Zeit und Flexibilität versuche man so, möglichst allen Frauen* in ihrer Unterschiedlichkeit gerecht zu werden, Machtunterschiede zu reflektieren und möglichst gering zu halten sowie das Erfahrungswissen der Frauen* zu wertschätzen (Anhang 2.1.1, P3).

In der Beratungssituation bearbeiten die Mitarbeiterinnen also gemeinsam mit den Unterstützung suchenden Frauen* deren Fragestellung. Das theoretische Wissen der Mitarbeiterinnen über bestimmte Themen und Ressourcen der Unterstützung wird dabei ebenso genutzt, wie die Erfahrungen der zu beratenden Frau* und ihr spezifisches Wissen über ihren eigenen Körper. So können Frauen* sich Wissen und damit Handlungsmacht über ihren Körper, über Behandlungsmöglichkeiten oder Formen der Selbsthilfe im Beratungsgespräch aneignen und auf ihre individuelle Situation beziehen. Auch hier ist die Mitarbeiterin in einer Expertinnen*rolle, das Wissen wird jedoch vielmehr im Gespräch und durch beidseitige Beteiligung der Beratenden und der Beratenen ermittelt. Somit ergibt

sich im besten Falle eine neue Perspektive auf Handlungsoptionen und den Umgang mit dem betreffenden Thema, sei es Sexualität, Krankheit oder psychische Krisen.

4.2.2.4 Selbsthilfegruppen

Eine Form der kollektiven Wissensproduktion stellen Kurse und Gruppen dar, welche von Frauen*Gesundheitszentren organisiert werden. Die meisten Zentren bieten den Rahmen für Selbsthilfegruppen, beispielsweise zu gynäkologischen Erkrankungen oder dem Erfahrungsaustausch zum Thema Wechseljahre (Anhang 2.2.6, P1-4). Eine Mitarbeiterin berichtete von einer Gruppe junger Frauen* in psychischen Krisen, welche sich durch das Frauen*Gesundheitszentrum gefunden hätte und sich dort regelmäßig trafe, um Probleme zu teilen und gemeinsam Lösungsstrategien zu finden (Anhang 2.2.6, P3). Das Frauen*Gesundheitszentrum in Stuttgart wiederum organisiert sich derzeit vor allem in Form von Gruppengesprächen. So werde wöchentlich unter dem Namen “Tender Tuesday” öffentlich zu einem Thema eingeladen, welches dann mit Vortrag oder sonstigem Input, vor allem aber als Gruppengespräch, behandelt würde (Anhang 2.2.6, P1). Hierbei würde meist der Austausch von Erfahrungswissen im Fokus stehen. In diesem Format seien die Frauen* selbst die Expertinnen*, ihre Erfahrungen bildeten die Wissensgrundlage anhand derer ein Thema erschlossen würde. Persönliche Berichte von einzelnen Frauen*, über ihre Erfahrungen oder ihren Umgang mit Krankheiten, Menstruation oder Geburt werden somit als wertvolles Wissen sowohl für das eigene Leben als auch für andere Frauen* wertgeschätzt und bekommen so eine Relevanz und Sichtbarkeit.

In Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen bieten die Frauen*Gesundheitszentren also lediglich den Rahmen für den Austausch von Frauen* untereinander zu unterschiedlichen Themen der Gesundheit und des Körpers. In diesem Format werden neue Perspektiven und Erkenntnisse aus der Gruppe heraus entwickelt. Erkenntnisgrundlage sind dabei die Erfahrungen der einzelnen Frauen*, welche sich in der Summe zu einem größeren Bild zusammenfügen. Durch das Teilen von Erfahrungen können die Frauen* so einerseits erkennen, dass viele Probleme, die als individuell empfunden werden, strukturelle Ursachen haben, und andererseits ihre Expertise und Ressourcen im Umgang mit den Problemen teilen. Dieses Format entspricht der Definition von Empowerment durch Wissen, wie in Kapitel 2.3.4 beschrieben: Betroffene tauschen Erfahrungen aus und entwickeln daraus eine größere Perspektive auf Ursache und Wirkung ihrer gesellschaftlichen Position, erkennen und kritisieren Machtstrukturen und nehmen eine neue Sichtweise auf die eigene Situation, das eigene Erleben und Leben ein. Dieser

Prozess entspricht Kechajas Idee der Befreiung (Kechaja 2019, 79), die auch Audre Lorde beschreibt: Die Verwandlung des Schweigens in Sprache, mit der die eigene Perspektive auf die Welt geteilt wird (Lorde 1984a, 22). Wissen wird hier also aus dem Kollektiv von der Randperspektive des Diskurses formuliert. Der Perspektive aus der Marginalität, gestärkt und geschützt durch die Community, beschreibt bell hooks als revolutionäres Potential (hooks 1989, 20). Im Sinne der Heilung nach Kechaja, wird in diesen Gruppen auch das Erfahrungswissen der Frauen* gewürdigt und so ihr Relevanzempfinden für die individuelle Perspektive gestärkt (Kechaja 2019, 79).

4.2.2.5 Selbsterfahrung

Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, das Lernen mit und über die eigene Körperlichkeit durch das Ausprobieren und Anschauen stellen historisch die Hauptstrategie der Frauen*Gesundheitsbewegung dar. Auch heute noch laden Frauen*Gesundheitszentren Frauen* dazu ein, sich auf unterschiedliche Art und Weise mit ihrem Körper zu beschäftigen. So bietet ein Zentrum neben Geburtsvorbereitungskurse auch Kreistänze und Yoga an, während ein anderes Frauen*Gesundheitszentrum zur Boxtherapie einlädt (Anhang 2.2.2, P2). Auch Formen der Selbstverteidigung für Frauen* und Mädchen* werden in Frauen*Gesundheitszentren in Kursen erlernt. Drei der fünf Mitarbeiterinnen berichteten außerdem, dass in ihren Zentren weiterhin Selbstuntersuchungen angeboten würden (Anhang 2.2.5, P1, P3, P4). „Der Wunsch danach (...) sich dem (eigenen Körper) nochmal zu nähern ohne Scham und Schuldgefühle, ohne abwertende Gedanken“ würde in den letzten Jahren gerade bei jungen Frauen wieder größer (Anhang 2.2.5, P3). Das Ertasten und Betrachten des eigenen Muttermundes³¹ oder der Vulva im Austausch mit einer Gruppe erwirke einen veränderten Blick auf den eigenen Körper, baue Scham ab und sei somit eine Form der Selbstermächtigung. “Wenn du das geschafft hast, den eigenen Muttermund zu sehen, und die anderen Muttermünder zu sehen, dann hast du ein anderes Bild von dir selbst” berichtet eine andere Mitarbeiterin (Anhang 2.2.5, P4). Bereits bei der Verwendung von Menstruationsschwämmen oder Menstruationscups erwirke die Auseinandersetzung mit dem eigenen Menstruationsblut sowie das Ertasten und Einsetzen der Produkte in die Vagina eine Veränderung des

³¹ Der medizinische Fachbegriff für Muttermund lautet Ostium uteri. Die Bezeichnungen der Begriffsfamilie Gebärmutter/Gebärmutterhals/Muttermund kann kritisiert werden, da sie diese bestimmte Organgruppe in erster Linie über ihre Gebärfunktion definiert. Im Folgenden verwende ich jedoch weiterhin den Begriff Muttermund, da der lateinische Fachbegriff selbst in informierten Kreisen kaum bekannt ist, und ich meine Arbeit so zugänglich wie möglich gestalten möchte.

Körpergefühls (Anhang 2.2.5, P4). Eine andere Mitarbeiterin berichtet davon, dass das Sprechen über Menstruationserfahrungen oft den Ausgangspunkt für eine Auseinandersetzung mit dem Körper in der Gruppe biete (Anhang 2.2.5, P5). Das Anpassen und Einsetzen des Diaphragmas erfordere ebenfalls eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, welche zur Selbstbefähigung und zum Wissen über den eigenen Körper beitrüge (Anhang 2.2.5, P3). So reflektierte eine Mitarbeiterin, dass die Anpassungen, bei denen erst sie das Verhütungsmittel einsetzt und die Frau* dann dabei anleite dies selbst zu tun, viel mit Wissen über den eigenen Körper zu tun haben und junge Frauen* oft gestärkt daraus hinaus gingen (Anhang 2.2.5, P3). Eine andere Mitarbeiterin erzählte von einer Gruppe, die im Rahmen des Frauen*Gesundheitszentrum Vulva-Abdrücke anfertigte (Anhang 2.2.5, P1) und eine weitere berichtete von einem Diavortrag mit Fotos von Klitorides in unterschiedlichen Erregungsstadien, welcher schon über viele Jahre hinweg immer wieder im Zentrum gezeigt würde und Anlass zum Sprechen über Sexualität und den weiblichen Orgasmus gebe (Anhang 2.2.5, P3).

In all diesen Formaten ist Wissen direkt mit der persönlichen körperlichen Erfahrung der Frauen* verknüpft. Frauen*Gesundheitszentren sind somit ein Ort, an welchem Frauen* die Möglichkeit haben, den eigenen Körper zu erleben, sei es in Kursen zur Selbstverteidigung oder bei Angeboten zur vaginalen Selbstuntersuchung. Durch die physische Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, mit Scham, Normvorstellungen und deren Auswirkungen auf das eigene Körpergefühl, können sie sich so Wissen über sich selbst, sowie den eigenen Körper aneignen. Gleichzeitig lernen sie die Perspektive zu hinterfragen aus der sie geprägt vom machtvollen Narrativ im gesellschaftlichen Diskurs ihren Körper bislang betrachtet haben. Das Betrachten, Untersuchen und Ausprobieren des eigenen Körpers bieten somit eine radikale Form der Entsagung patriarchaler Blick- und Machtverhältnisse. Auch dieser Prozess kann als Befreiung und Heilung im Empowerment Verständnis nach Kechaja betrachtet werden.³² Indem Frauen* sich Wissen über den eigenen Körper anhand des eigenen Körpers aneignen, lernen diesen besser zu lesen und zu erspüren, kreieren sie ein Gegennarrativ zur patriarchalen Be- und Abwertung weiblicher Körper. So entsteht eine Form des unterworfenen Wissens nach Foucault (Foucault 1980, 81), welches auch als widerständiges Wissen verstanden werden kann, dass im Diskurs sowie auf das individuelle Leben von Menschen zu wirken vermag.

³² Siehe Kapitel 2.3.4.

4.2.2.6 Wissensarchive

Als Quelle für Wissen, welches in den Frauen*Gesundheitszentren zirkuliert, nannten die Mitarbeiterinnen Erfahrungen, Netzwerk-Austausch und Fachmedien. Über die letzten vierzig Jahre seien in der Arbeit der Frauen*Gesundheitszentren viele Erfahrungen und Erkenntnisse gesammelt worden, welche einen wichtigen Teil der Wissensbestände ausmachten (Anhang 2.2.7, P3, P4). So würden Mitarbeiterinnen*, die schon lange dabei sind, ihr Wissen an neue Kolleginnen* weitergeben (Anhang 2.2.7, P3). Eine Mitarbeiterin erzählte, dass sie Anfangs über die dicken Ordner voller frauenspezifischem Wissen gestaunt habe und dass dieses auch Themen umfasse, welche in der klassischen Medizin gar nicht besprochen würden (Anhang, 2.2.4, P3). Eine andere erwähnte das Buch *Frauenkörper neu gesehen* (Méritt 2020), welches in den 80ern als Leitfaden für Selbstdiagnostik und -untersuchungen aus der Frauen*Gesundheitsbewegung entstand, als Grundlage für ihre Arbeit (Anhang 2.2.7, P4). So erzählte eine weitere Mitarbeiterin: “Wir haben alles erstmal selber ausprobiert, bevor wir das in Angebote umgesetzt haben” (Anhang 2.2.7, P5). Doch auch die Erfahrungen und das Wissen der Besucherinnen*, werden als Teil der Wissensbestände von Frauen*Gesundheitszentren betrachtet (Anhang 2.2.7, P3). Der Austausch mit anderen Frauen*Gesundheitszentren, deren bundesweiter Zusammenschluss sowie weitere Vereine oder NGOs, die sich mit Themen rund um Frauenkörper, Sexualität und Gesundheit auseinandersetzen, stelle einen weiteren wichtigen Teil der Wissensakquise dar (Anhang 2.2.7, P4). Auch Fachzeitschriften und wissenschaftliche Quellen würden immer wieder zu Rate gezogen, um spezifische Fragen zu klären und über aktuelle Themen auf dem Laufenden zu bleiben (Anhang 2.2.7, P3, P4).

Die Zentren sind somit ein Ort an dem, wie im gesellschaftlichen Diskurs, unterschiedliche Wissensformen versammelt und miteinander in Verbindung gebracht werden.³³ Dabei betonten die Mitarbeiterinnen die Relevanz von Erfahrungswissen aus der langjährigen Arbeit in den Frauen*Gesundheitszentren sowie den vielen persönlichen Erfahrungen von Besucherinnen* des Zentrums. Aber auch Wissen, welches durch den Austausch zwischen den Zentren und mit anderen Gruppen entsteht, also eine Art Netzwerkwissen, wurde für die Arbeit als grundlegend betrachtet. Hier wird die Rolle der Community für die Produktion von widerständigem Wissen deutlich (Kechaja 2019, 80). Patricia Hill Collins und bell hooks, beschreiben, wie widerständige Perspektiven

³³ Siehe Kapitel 2.1.

insbesondere durch den Austausch mit Gleichgesinnten, mit Mitgliedern der gleichen gesellschaftlichen Gruppe entstehen (Hill Collins 2000, 260; hooks 2000, 20). So wächst das Wissensarchiv insbesondere durch Verbindungen zwischen den Zentren, sowie mit anderen Gruppen und Projekten, die sich aus einer feministischen Perspektive kritisch mit dem Thema Frauenkörper auseinandersetzen. Gleichzeitig werden in den Gesundheitszentren jedoch auch wissenschaftliche Quellen und Diskurse aufgegriffen und aus einer kritischen Perspektive evaluiert. Dabei wird den wissenschaftlichen Erkenntnissen keine Wertigkeit abgesprochen, vielmehr werden andere Formen des Wissens, wie Erfahrungs- und Netzwerkwissen aufgewertet und als ebenso relevantes Wissen im internen Diskurs verhandelt.

4.2.2.7 Diskussion

Wissen wird in Frauen*Gesundheitszentren also auf unterschiedlichen Wegen produziert, geteilt und vermittelt. Aus den Erzählungen der Mitarbeiterinnen lassen sich vier Hauptformate der Wissensaneignung ableiten: die Vermittlung von Expertinnen*wissen durch Informationsangebote, die begleitete Wissensaneignung in Beratungssituationen, die Produktion von Wissen durch den Erfahrungsaustausch in Gruppengesprächen, sowie das Lernen durch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper. Frauen*Gesundheitszentren stellen somit den Raum dar, in welchem sich ein Gegennarrativ zum gesellschaftlichen Diskurs über Frauenkörper bilden kann. Im kleineren Rahmen als im gesamtgesellschaftlichen Diskurs wird hier, unter anderen Spielregeln Wissen produziert und verhandelt. In Frauen*Gesundheitszentren wird also nicht nur der bestehende Diskurs, seine Regeln und die dadurch wirkenden Machtverhältnisse kritisiert, sondern gleichermaßen durch die Produktion von widerständigem Wissen diesem aktiv Widerstand geleistet. „Ein anderes Spiel, eine andere Partie oder mit anderen Trümpfen“ spielen die Frauen*Gesundheitszentren das von Foucault beschriebene „Wahrheitsspiel“ (Foucault 2011, 293), indem sie andere Formen der Wissensproduktion, wie etwa das Erfahrungswissen der Frauen* zentrieren. So werden aus dem Bewusstsein für gesellschaftliche Machtverhältnisse marginalisierte Perspektiven gehört und gestärkt, und Wissen aus unterschiedlichsten Quellen als relevant anerkannt. Das so entstehende Wissenssystem kann als interner Diskurs der Frauen*Gesundheitszentren und -bewegung verstanden werden.

In allen vier Formen der Wissensaneignung sind es Frauen* welche aus ihrer Perspektive Erkenntnisse formulieren. Kechaja, aber auch feministische Perspektiven auf

Widerstand durch Wissen, betonen dass die Produktion von Wissen aus der Perspektive der Marginalisierten grundlegend für den Widerstand gegen diskriminierende Machtstrukturen und für ein Empowerment der Gruppe ist.³⁴ Sowohl die Mitarbeiterinnen* als auch die Besucherinnen* der Zentren gehören durch ihre geschlechtliche Identität zu der gesellschaftlichen Randgruppe derjenigen, die aufgrund der diskursiven Konstruktion weiblicher Körper diskriminiert wird. Im Rahmen der Frauen*Gesundheitszentren erfolgt die Produktion und Bereitstellung von widerständigem Wissen auf zwei Ebenen. Einerseits wird Wissen durch das Kollektiv der Mitarbeiterinnen*, welche sich im Rahmen ihrer Arbeit oder ihres Engagements mit Themen der Frauen*Gesundheit auseinandersetzen, produziert. Die Mitarbeiterinnen nehmen damit eine Expertinnen*position innerhalb der marginalisierten Gruppe ein und stellen ihr Wissen allen anderen Frauen* zur Verfügung. Sie bieten den Besucherinnen* Einblicke in das Wissenssystem der Frauen*Gesundheitszentren als Alternative zum gesellschaftlich dominanten Narrativ über Frauenkörper. Basierend auf einer feministischen Grundhaltung wird in diesem Diskurs Wissen produziert, welches den stereotypen Betrachtungen weiblicher Körperlichkeit, wie etwa dem Bild der Frau als das kranke Geschlecht widersteht und Machthierarchien und patriarchale Strukturen in der Medizin und Gesellschaft hinterfragt.

Andererseits bieten Frauen*Gesundheitszentren Räume und Situationen, in welchen die Besucherinnen* selbst sich entweder als Kollektiv im Gruppengespräch oder in der individuellen Beschäftigung mit dem eigenen Körper neue Perspektiven auf und neues Wissen über diesen aneignen können. In *Yearning - Race, Gender, and Cultural Politics* ruft bell hooks dazu auf: "to offer our ways (...) towards that revolutionary effort which seeks to create space, where there is unlimited access to the pleasure and power of knowing" (hooks 2015, 223). Im Sinne dieses Bemühens, Räume der grenzenlosen Freude und Macht durch Wissen zu schaffen, sind Frauen* in den Zentren dazu eingeladen selbst Teil des Diskurses zu werden, indem sie eigenes Wissen produzieren und es in diesen miteinbringen. Während der männliche Blick auf weibliche Körper den gesellschaftlichen sowie medizinischen Diskurs über weibliche Körperlichkeit dominiert, entsteht hier ein Gegennarrativ: Frauen* entwickeln eine eigene Erzählung über ihren Körper und teilen diese Perspektive mit anderen. Sie können dabei aus der marginalisierten Perspektive ein

³⁴ Siehe Kapitel 2.3.3 / 2.3.4.

selbstbestimmtes Narrativ über den eigenen Körper sichtbar machen und so den Gegendiskurs mitprägen.³⁵

4.2.3 Macht in Frauen*Gesundheitszentren

Foucault zufolge ist Macht überall. Somit finden sich auch Formen der Macht und ihrer Wirkung innerhalb der Frauen*Gesundheitszentren und der dort stattfindenden Verhandlung von Wissen. Daher gehe ich im folgenden Kapitel auf einige der in den Zentren wirkenden Machtdynamiken und deren Auswirkung auf die Strategien des Empowerments durch Wissen ein.

4.2.3.1 Wissenshierarchien

Durch das Expertinnen*wissen der Mitarbeiterinnen* entstehen zwangsläufig Wissenshierarchien in der Begegnung mit Besucherinnen* der Zentren. Die Mitarbeiterinnen* beziehen sich bei Informationsangeboten, ebenso wie in der Beratung auf dasjenige Wissen, welches im internen Diskurs der Frauen*Gesundheitszentren als wahr und richtig definiert wurde. Sie nehmen somit eine machtvollere Position innerhalb des Diskurses ein – eine Position, aus der sie Wissen formulieren, welches von den Besucherinnen* als glaubhaft anerkannt wird. Daher stellt sich die Frage, inwiefern diese machtvolle Position innerhalb der Zentren reflektiert wird und wie dieses Verhältnis sich auf Prozesse des Empowerments auswirkt.

In den Interviews bekräftigten alle Mitarbeiterinnen, dass Frauen*Gesundheitszentren möglichst hierarchiearme Räume sein sollten, in welchen nicht der Fokus auf dem Wissen der Mitarbeiterinnen, sondern vielmehr auf der Perspektive der Frauen* liege. Um dies zu gewährleisten, würde vor allem in Beratungssituationen, zuerst einmal der Frau* zugehört (Anhang 3.2, P2). Eine Mitarbeiterin erklärte: “Der Standort der Frau, die zu uns kommt, mit ihrem eigenen Körpergefühl, ihrem eigenen Wissen ist ausschlaggebend” (Anhang 3.2, P5). Die Mitarbeiterinnen selbst beharren nicht auf ihrem Expertinnenwissen, sondern bekräftigen vielmehr die Relevanz des Erfahrungswissens und der Perspektive der Frauen*, die in die Beratung oder zu Angeboten ins Zentrum kommen. Vor allem würden keine Handlungsanweisungen gegeben, sondern vielmehr gemeinsam mit den Frauen* über Optionen gesprochen und höchstens neue Perspektiven auf ein Problem aufgezeigt. Die Entscheidung darüber “wohin es gehen soll” (Anhang 3.2, P2),

³⁵ Siehe Kapitel 2.3.4.

sowohl in der Beratung als auch in Bezug auf ihr gesundheitliches Problem, trafen die Frauen* immer selbst. Trotzdem, so eine Mitarbeiterin, wäre es unvermeidbar, dass Wissenshierarchien entstünden. Besonders schwierig wäre der Spagat zwischen dem Anspruch „richtiges Wissen“ zu vermitteln, beispielsweise in Bezug auf den Mythos über die Existenz eines vermeintlichen „Jungfernhäutchens“ (Vaginale Corona),³⁶ und gleichzeitig die Frauen* in ihrem Wissensstand ernst zu nehmen (Anhang 3.2, P3). Häufig würden Frauen* und Mädchen* sich für ihr Nichtwissen schämen. Sie versuche diese Scham zu nehmen, indem sie das Nichtwissen einordne und erkläre, dass Unwissenheit von Frauen* über ihren eigenen Körper gesellschaftlich verankert und nicht durch die individuelle Unzulänglichkeit der Frau* begründet sei (Anhang 3.2, P3).

Somit wird deutlich, dass die Verhandlung von Wissen, sei es im gesamtgesellschaftlichen Kontext oder in der konkreten Beratungssituation immer von Machtbeziehungen geprägt ist. Der Versuch der Mitarbeiterinnen, diese Wissens- und Machtunterschiede klein zu halten, indem sie den Fokus auf die Perspektive der Frau* legen und die Entstehung von Wissenshierarchien gesellschaftlich einordnen, ist ein Indiz für die machtkritische und -sensible Grundhaltung der Frauen*Gesundheitszentren. Trotzdem lassen sich Machtwirkungen nicht vollends auflösen und führen immer wieder zu Situationen, in denen die Mitarbeiterinnen in einer machtvolleren Position sind als die Besucherinnen* des Zentrums. Diese Macht können sie jedoch nutzen, um das widerständige Wissen aus der Frauen*Gesundheitsbewegung als glaubhaft zu vermitteln, ebenso wie die persönlichen Erfahrungen der Frauen* als relevantes Wissen zu stärken. Angelehnt an Foucault muss diese Macht nicht notwendigerweise als negativer Einfluss verstanden werden (Foucault 1977a, 107). Vielmehr wird hier die von ihm beschriebene produktive Seite von Macht deutlich: die Mitarbeiterinnen können sie einsetzen, um Momente und Räume für Prozesse des Empowerments zu kreieren, etwa indem sie Frauen* dazu ermutigen die eigene Perspektive als relevant und wahr anzunehmen.

³⁶ Um mit dem Mythos aufzuräumen, dass der Vaginaleingang durch eine Haut verschlossen ist, welche beim ersten penetrativen Geschlechtsverkehr einreißt, wurde der Begriff Jungfernhäutchen oder Hymen durch den Begriff der Vaginalen Corona ersetzt. Anstelle einer verschließenden Haut befindet sich bei einigen Menschen dort eine ringförmige Membran, welche durch Bewegung, das Einführen von Tampons oder durch Penetration reißen oder von allein ausdünnen kann. Entgegen dem weit verbreiteten Glauben lässt sich anhand dieser Membran also nicht erkennen, ob eine Person schonmal penetrativen Sex hatte oder nicht. Dennoch bieten plastische Chirurg*innen auch in Deutschland eine Rekonstruktion der Membran an (Kosten ca. 2500€) (Méritt 2020, 90).

4.2.3.2 Generationenwechsel

Ein weiterer Aspekt der Macht innerhalb von Frauen*Gesundheitszentren ist die Frage nach der theoretischen Grundlage der Arbeit. Durch einen Generationenwechsel innerhalb der Frauen*Gesundheitszentren verändert sich auch der Diskurs, wird neues Wissen eingebracht und werden Wahrheiten und Normen neu verhandelt. Mehrere Mitarbeiterinnen berichteten, dass personelle Veränderungen zwischen den Generationen sowohl Potential für Konflikt als auch für Entwicklung innerhalb der Zentren hätten. Frauen*, welche schon seit der Gründung der Zentren in den 1980er Jahren dort aktiv waren, gingen nun in Ruhestand. Dafür kämen jüngere Frauen* nach und brächten neue Themen und Ansichten mit. Eine Mitarbeiterin erklärte, dass viele Themen relativ gleich blieben sich jedoch die Begriffe veränderten und darüber manchmal Missverständnisse entstünden (Anhang 3.1, P3). Zudem unterscheidet sich zwischen den Generationen, die jeweils durch unterschiedliche feministische Kämpfe geprägt wurden, insbesondere die Interpretation von Feminismus (Anhang 3.1, P3). Während die ältere Generation an der Kategorie „Frau“ zur Analyse von sexistischen Gesellschaftsstrukturen festhalte, würde die jüngere Generation die binäre Geschlechterordnung hinterfragen und versuchen Geschlechterrollen- und Kategorien zu dekonstruieren (Anhang 3.1, P1). Eine Mitarbeiterin, die sich selbst als Mitglied der älteren Generation bezeichnete, erklärte, dass es auch aus ihrer Generation viel Begeisterung für die neuen Themen und Fragestellungen gäbe, gleichzeitig jedoch auch Skepsis darüber, wie diese in die Praxis umgesetzt werden könnten (Anhang 3.1, P1). Andersherum würde aber auch die jüngere Generation viel von den Älteren und ihrem Erfahrungswissen lernen, etwa über hormonfreie Verhütung und andere Körperthemen, die in den letzten vierzig Jahren kaum an Aktualität verloren hätten.

In allen Interviews wurde deutlich, dass es im Zuge des Generationenwechsels zwar immer wieder auch zu Meinungsverschiedenheiten und Missverständnissen kommt, der Austausch zwischen den Generationen jedoch für beide Seiten als gewinnbringend empfunden wird. Eine Person erinnerte sich, dass sie die Auseinandersetzung mit der Perspektive ihrer neuen, jüngeren Kollegin anfangs als schwierig empfand, mittlerweile sei es aber „wunderschön“ (Anhang 3.1, P5). So würden beide Parteien viel voneinander lernen, neue Perspektiven ebenso wie Erfahrungswissen miteinander verbinden und somit auch die Arbeit der Frauen*Gesundheitszentren weiterentwickeln. Eine Mitarbeiterin stellte fest: „es kann ne ungeheure Dynamik entfalten, wenn sich so Dinge mischen: Denken, Generationen“ (Anhang 3.1, P1). Durch den Generationenwechsel innerhalb der Frauen*Gesundheitszentren veränderte sich somit auch der Diskurs, wurde neues Wissen

eingebraucht und bestehende Wahrheiten und Normen neu verhandelt.³⁷ Diskussionen über die Bedeutung von Feminismus, stellen den Grundkonflikt und somit auch eine Frage über die Deutungshoheit zwischen den unterschiedlichen feministischen Bewegungen und Strömungen dar. Insbesondere die Infragestellung von Geschlechterkategorien, sowie ein intersektionales Verständnis von Feminismus haben Auswirkung auf die Strategien der Zentren. So wurde im Zuge des Generationenwechsels auch die Frage diskutiert, an wen die Zentren sich mit ihrem Angebot richten und inwiefern eine Öffnung möglich ist.

Während in den Anfängen der Frauengesundheitsbewegung gezielt Räume von Frauen für Frauen geschaffen wurden, stellt sich vierzig Jahre später die Frage, inwiefern dieses Konzept noch aktuell ist. Der Generationenkonflikt um die theoretische Dekonstruktion von Geschlecht im Gegensatz zum Festhalten an der Kategorie „Frau“ wirkt sich also auch konkret darauf aus, wer in die Zentren eingeladen wird und somit auch darauf, wer Teil von Empowerment Prozessen werden kann. So setzen sich die Zentren heute, insbesondere durch den Input jüngerer Mitarbeiterinnen*, aber auch durch Kritik von anderen queer feministischen Gruppen mit Fragen der geschlechtlichen Vielfalt auseinander. In Freiburg fand eine Öffnung für das Thema der Transgeschlechtlichkeit bereits vor 10 Jahren statt, seitdem wurde das Beratungsangebot auch für Trans-, Inter- und non-binäre Menschen geöffnet, zudem gibt es das Angebot zur gynäkologischen Beratung für Transmänner (Anhang 3.3, P3). Die Mitarbeiterin bekräftigte jedoch auch, dass niemand weggeschickt würde, alle könnten kommen, wenn sie sich angesprochen fühlten – wenn sie erst einmal da wären, würde das nicht mehr hinterfragt. Dabei stelle sich jedoch die Frage, welche Menschen sich angesprochen fühle, wenn sich das Zentrum immer noch Frauen und Mädchen Gesundheitszentrum nenne, so laute die Kritik aus der queer feministischen Perspektive. Die Frage, ob und weshalb das Zentrum ein reiner Frauen* und Mädchen* Raum bleiben solle, würde derzeit im Prozess besprochen (ebd.). Für einen sicheren Umgang mit diesen Fragen auch in der Praxis, sei eine regelmäßige Auseinandersetzung wichtig, bekräftigte sie. Auch das feministische Frauen*Gesundheitszentrum Stuttgart beschäftigte sich seit der Übernahme durch die neue Generation intensiv mit der Frage nach der Öffnung des Raumes (Anhang 3.3, P1). Mittlerweile lädt die neue Gruppe alle Menschen, egal welchen Geschlechts zu ihren Veranstaltungen ein. Bei Gruppengesprächen, Beratung, sowie der Mitarbeit im Zentrum sind lediglich Cis-Männer

³⁷ Siehe Foucault zur Verhandlung von Macht im Diskurs in Kapitel 2.1.

ausgeladen, um das Entstehen patriarchaler Strukturen im Zentrum zu vermeiden. Trotzdem gäbe es immer wieder den Konflikt einerseits intersektional und transfreundlich agieren und informieren und daher Geschlecht zu dekonstruieren zu wollen, andererseits jedoch die Kategorie „Frau“ für die korrekte Darstellung von Informationen betreffend des geschlechtlichen Körpers beizubehalten (ebd.).

Während manche Frauen*Gesundheitszentren mittlerweile für Fragen der geschlechtlichen Vielfalt sensibilisiert sind und ihre Räume für Trans-, Inter- und nicht-binäre Menschen geöffnet haben, bleibt die Frage, wie sich diese Öffnung begrifflich ausdrücken lässt. Vier der fünf Zentren adressieren Frauen* und Mädchen* heute mit Sternchen, alle behalten den Begriff Frau jedoch explizit im Titel. Eine Mitarbeiterin erklärte, dass die Verwendung queer feministischer Begriffe für einige Menschen einladender wirke, andere Gruppen jedoch möglicherweise abschrecken könnte (Anhang 3.5, P3). Insbesondere aktivistische und akademische Begriffe wie Flinta*³⁸ und Cis würden bei Frauen, die aus der Arbeiterklasse kommen oder eine Fluchtgeschichte haben und nicht Teil des queer- und transfeministischen Diskurses seien, auf Unverständnis stoßen und Zugänge erschweren. Somit stehen die Frauen*Gesundheitszentren vor dem Dilemma, für wen der Zugang erleichtert werden soll, wenn die Maßnahmen für die unterschiedlichen Gruppen gegenteilige Effekte haben. Auch hier wird wieder deutlich, dass, wie durch Foucault beschrieben, Machtverhältnisse komplex und selten eindeutig sind (Foucault 1980, 93). Die Normalisierung und das Empowerment der einen Gruppe trägt zum Ausschluss einer anderen bei, Machtverhältnisse existieren somit auch innerhalb von sowie zwischen marginalisierten Gruppen.

4.2.3.3 Zugänge und Ausschlüsse

In den Interviews wurde deutlich, dass neben den verwendeten Begriffen auch andere Barrieren Einfluss darauf haben, welche Menschen die Angebote im Zentrum wahrnehmen können und somit Zugang zu Räumen und Prozessen des Empowerments durch Wissen haben und welche nicht. Um die Reproduktion patriarchaler Machtverhältnisse innerhalb der Zentren zu vermeiden, werden Cis-Männer in der Regel gezielt von den Zentren und dem dortigen Diskurs ausgeschlossen.³⁹ Wie jedoch verhält es sich mit der Dekonstruktion anderer gesellschaftlicher Machtverhältnisse, welche Gruppen erhalten Zugang oder

³⁸ Flinta* steht für Frauen, Lesben, Inter, Trans und Agender.

³⁹ Eine Ausnahme bildet das Frauengesundheitszentrum SIRONA e.V., hier dürfen Cis-Männer auch an Kursen zu Schwangerschaft und Eltern-werden teilnehmen (Anhang 3.4, P5).

werden durch die Strukturen der Zentren sowie durch gesellschaftliche Benachteiligung davon abgehalten?

Ausschlaggebend dafür, welche Frauen* ihren Weg in das Zentrum fänden sei vor allem die Themensetzung, erzählt eine Mitarbeiterin (Anhang 3.4, P1). Die politische und gesellschaftliche Auseinandersetzung mit Geschlecht würde vor allem junge weiße Akademikerinnen* anziehen. Ältere Frauen* aber auch Frauen* mit niedrigeren Bildungsabschlüssen würden hingegen von diesen Themen ausgeschlossen (ebd.). Um gezielt Frauen* aus dem nicht-akademischen Spektrum zu erreichen gäbe es Kooperationen mit anderen Gruppen, wie beispielsweise einem Mütterzentrum, einem internationalem Frauenzentrum oder durch Angebote in Geflüchteten Unterkünften (Anhang 3.4, P1, P2, P3, P5). Mehrere Mitarbeiterinnen gaben weiterhin an, dass sie in ihrer Arbeit versuchten, auf Rassismus Erfahrungen einzugehen und gleichermaßen für kulturelle Unterschiede im Umgang mit Krankheit, Körperlichkeit und Sexualität sensibel zu sein (Anhang 3.4, P2, P3, P5).

Auch klassistische Ausschlüsse wurden in den Interviews thematisiert. So berichtet eine Mitarbeiterin, dass Besucherinnen* aus sehr unterschiedlichen sozialen Herkünften ins Zentrum kämen, die meisten jedoch mindestens einen Realschulabschluss hätten und nur wenige von prekärer Armut betroffen seien (Anhang 3.4, P3). Dies mag einerseits daran liegen, dass die Zentren mit ihrem Angebot in bestimmten gesellschaftlichen Gruppen bekannter sind als in anderen. Auch die Kostenfrage könne für ärmere Frauen* und Mädchen* jedoch eine Barriere darstellen (Anhang 3.4, P5). Während in drei Zentren die Beratung für alle kostenlos ist oder zwischen 0-30€ dem Einkommen angepasst wird, kostet sie in einem anderen Zentrum 50€. Kursangebote und Workshops kosten in den meisten Zentren 3-100€, je nach Thema und Zeitumfang. Dabei stellte eine Mitarbeiterin fest, dass an kostenlosen Angeboten automatisch ein breiteres Publikum teilnehme (Anhang 3.4, P5). In den Interviews wurde deutlich, dass es vielen der Frauen*Gesundheitszentren an Geldern mangelt (Anhang 5.1, P3, P5). Dementsprechend ist es nur den Zentren, die großzügige Förderungen durch Stadt oder Land erhalten, möglich, Frauen* nahezu kostenlose Beratung und Kurse anzubieten. In Wiesbaden seien die Kurse zwar meist nicht kostenlos, durch die Stadtteile würden jedoch Bildungsgutscheine ausgestellt, welche für das Kursangebot des Frauen*Gesundheitszentrums genutzt werden könnten und so auch Frauen* mit geringerem Einkommen die Teilnahme an den Kursen ermöglichen (Anhang 3.4, P5). Die Frauen*Gesundheitszentren bemühen sich also, den Weg ins Zentrum auch ärmeren

Frauen* offen zu halten. Wie in fast allen gesellschaftlichen Bereichen stellt Armut jedoch auch hier noch immer ein Hindernis zur Teilhabe dar.

Behinderung stellt laut den Mitarbeiterinnen einen weiteren Ausschlussmechanismus dar. So äußerten mehrere Mitarbeiterinnen, dass unter den Besucherinnen* kaum Frauen* mit Behinderung seien (Anhang 3.4, P2, P3). Eine Mitarbeiterin erklärte, dass in ihrem Zentrum insbesondere die Infrastruktur fehle, die blinde und hörgeschädigte Frauen* bräuchten, um die Angebote des Zentrums wahrzunehmen (Anhang 3.4, P2). Auch Frauen* im Rollstuhl fänden nur selten ihren Weg in die Frauen*Gesundheitszentren, zum Teil seien die Gebäude nicht barrierefrei. An Lösungen würde zwar gearbeitet, es fehle jedoch das Geld und die Möglichkeiten, um in neue barriereärmere Räume umzuziehen oder die existierenden Räumlichkeiten baulich anzupassen (Anhang 3.4, P3).

Gesellschaftliche Machtstrukturen wirken sich auf die Prozesse des Empowerments in den Zentren also insofern aus, als dass gesellschaftlich benachteiligte Gruppen, wie Transfrauen und -Männer, Inter- oder nicht-binäre Menschen, Frauen* mit Migrationsgeschichte, geringem Einkommen oder Frauen* mit Behinderung zusätzliche Barrieren auf dem Weg ins Zentrum überwinden müssen. Dies mag einerseits durch die Verwendung exklusiver Sprache ebenso wie das Auslassen Geschlechtsneutraler Begriffe geschehen. Für andere Frauen* stellen Armut, Behinderung oder Sprachbarrieren Hürden dar. Insbesondere Frauen* und Mädchen*, die von Mehrfachdiskriminierung betroffen seien, fänden kaum ihren Weg ins Zentrum, so eine Mitarbeiterin (Anhang 3.4, P3). In manchen Fällen gibt es bereits Strategien um diese Gruppen gezielt anzusprechen und einzuladen, etwa durch Kooperationen oder den Abbau finanzieller Hürden. Trotzdem wurde deutlich, dass für Frauen*, die gesellschaftlich bessergestellt sind und Diskriminierung lediglich aufgrund ihres Geschlechts erleben, die Teilnahme an Beratung, Kursen und Gruppen deutlich einfacher und naheliegender ist. Somit ist also auch der Diskurs innerhalb der Frauen*Gesundheitszentren, von der gesellschaftlichen Position und Perspektive derjenigen Frauen* geprägt, die zu den Angeboten des Zentrums Zugang finden. Da Frauen*, die von intersektionaler Diskriminierung betroffen sind, in diesem Diskurs also schlechter vertreten sind, als etwa weiße Cis-Frauen ohne Behinderung, werden gesellschaftlichen Machtverhältnisse auch in den Prozessen des Empowerments durch Wissen reproduziert und wirken sich somit auch darauf aus, welche Perspektiven innerhalb des Diskurses der Frauen*Gesundheitszentren Gehör finden.

4.2.3.4 Diskussion

Macht spielt also auch innerhalb der Frauen*Gesundheitszentren eine Rolle, nicht ausschließlich im negativen Sinne, sondern vielmehr in der Art und Weise, wie Foucault sie beschrieben hat. Macht ist immer und überall, prägt alle Lebensbereiche und Beziehungen⁴⁰: In Form von Wissenshierarchien in Situationen der Beratung, der Verhandlung der theoretischen Ausrichtung zwischen den Generationen oder der Frage wer zu den Wissenssystemen der Frauen*Gesundheitszentren Zugang erhält. So können Hierarchien und gesellschaftliche Machtstrukturen kaum vollends aufgelöst oder aufgefangen werden, sondern wirken sich im Endeffekt immer darauf aus, wer wie einen Prozess des Empowerments durchläuft. Deutlich wurde jedoch auch, dass die Auseinandersetzung mit Machtfragen innerhalb der Zentren immer wieder zu Reflektion führt und so eine Entwicklung der Zentren ermöglichen kann. So kann beispielsweise die Wissenshierarchie in der Beratungssituation auch genutzt werden, um neue Perspektiven aufzuzeigen, ohne der betreffenden Frau* ihre Selbstdefinition des eigenen Körpers abzusprechen. Weiterhin beschäftigen die Frauen*Gesundheitszentren sich durchaus mit der Frage danach, wie Wissenshierarchien abgebaut, unterschiedliche Perspektiven vereint und Zugänge erleichtert werden können. Inwiefern diese Reflektionen zum Erfolg führen und welche Maßnahmen es bräuchte, um Ausschlüsse innerhalb der Zentren zu verhindern beziehungsweise ob dies jemals möglich wäre, müsste in einer Weiterführung dieser Arbeit mit anderer Methodik untersucht werden.

4.2.4 Wirkung von Empowerment

Im letzten Schritt untersuche ich, auf welche Art und Weise die in den Frauen*Gesundheitszentren angewandten Strategien des Empowerments durch Wissen ihre Wirkung entfalten. Was macht die Aneignung von widerständigem Wissen, die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, die Produktion eigenen Wissens und die Beteiligung am Diskurs mit den Frauen*, die die Zentren besuchen und inwiefern überträgt sich dieses Wissen in den gesellschaftlichen Diskurs? Wie in Kapitel 2.3.4 beschrieben, kann Empowerment auf individueller sowie struktureller Ebene wirken. Durch die Produktion von widerständigem Wissen, welches dem dominanten, diskriminierenden Narrativ im gesellschaftlichen Diskurs widersteht, können zum einen bestehende Wahrheiten und Normen als Werkzeug der Machtausübung in Frage gestellt werden und

⁴⁰ Siehe Kapitel 2.1.

neue Perspektiven an Einfluss gewinnen (Foucault 1977b, 82). Zum anderen kann widerständiges Wissen, sowie die Erkenntnis über Strukturen der Unterdrückung Individuen neue Handlungsmöglichkeiten aufzeigen und so zu deren Selbstermächtigung beitragen (Kechaja 2019, 79).

4.2.4.1 Individuelle Ebene

Gefragt nach den Erfolgen, die ihre Arbeit erziele, antworteten mehrere Mitarbeiterinnen, dass sich diese schwer messen ließen. Trotzdem schilderten sie einige Beobachtungen, in welchen sie aus ihrer Perspektive Erfolge erkennen. So gäbe es immer wieder positives Feedback von den Frauen* wie beispielsweise, dass sich durch die Teilnahme an Angeboten des Zentrums für sie neue Perspektiven ergeben hätten (Anhang 4.1, P1, P5). Eine Mitarbeiterin berichtete, dass Frauen* manchmal erst Jahre später rückmelden würden, dass das Frauen*Gesundheitszentrum sie geprägt habe und sie heute das Wissen darüber “sich anders zu fühlen” an ihre Kinder weitergäben (Anhang 4.1, P5). Eine andere Mitarbeiterin erzählte, dass Frauen* mit chronischer Erkrankung oft längere Begleitung benötigten, anderen nur ein einziges Gespräch als Anstoß reichen würde (Anhang 4.1, P2). Die Tatsache, dass mache Frauen* immer wieder kämen, zeige laut einer Mitarbeiterin, “dass wir wirksam sind und dass wir einiges bewegen können, wir sind zwar total klein aber ich meine, wir leben” (Anhang 4.1, P4).

Die Angebote der Frauen*Gesundheitszentren haben das Ziel, Frauen* in ihrer Selbstbestimmung zu fördern (Anhang 4.1.1, P1-P5). Genau dies würde durch die Aneignung neuen Wissens, durch das Entdecken neuer Perspektiven auf Gesellschaft und das eigene Leben möglich (ebd.). Dabei sei der Erfahrungsaustausch wichtig, um festzustellen, dass es meist nicht an einem selbst liege, wenn es einem nicht gut gehe (Anhang 4.1, P3). Dieses Wissen verändere etwa das Verhältnis zum Krank-sein und mache Frauen* deutlich, dass Krankheit kein individuelles Problem sei, sondern strukturell begünstigt würde (Anhang 4.1, P1). Auch klassisches Körperwissen, Psychoedukation ebenso wie Wissen über strukturelle Diskriminierung schaffe neue Perspektiven für Frauen* (Anhang 4.1, P3). So würden Angebote des Zentrums Anstöße für Veränderung geben und Frauen* ihre bisherigen Lebenswege, Einstellungen aber auch Beziehungen hinterfragen lassen (Anhang 4.1, P1, P5).

Weiterhin ermögliche insbesondere die physische Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper eine neue Wahrnehmung desselben, frei von Scham und negativen Gefühlen. Bei der Diaphragma Anpassung sei es ein Erfolg, wenn junge Frauen* ihre

Scham überwinden, erzählte eine Mitarbeiterin: “Die wachsen dann so und kriegen so ein Standing für sich” (Anhang 4.1, P3). Ähnliches berichtet eine andere Mitarbeiterin von Angeboten zur Selbstuntersuchungen des Muttermundes: Wenn Frauen* es geschafft hätten den eigenen Muttermund zu sehen, hätten sie ein neues schamfreieres Bild von sich selbst (Anhang 4.1, P4). Der veränderte Blick auf sich selbst und die Gesellschaft gäbe den Frauen neue Handlungsmacht (Anhang 4.1, P1, P4). Der größte Erfolg sei somit, wenn Frauen* durch die Auseinandersetzung mit ihrem Körper an den Punkt kämen, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen, wenn Scham abgebaut werde oder Mädchen* für Themen, die vorher Tabu waren, eine Sprache fänden (Anhang 4.1, P3). Frauen* und Mädchen* lernten dadurch Grenzen zu setzen und in Angeboten zu entscheiden, hier möchte ich mitmachen oder das ist mir zu viel ebenso wie statt Scham Stolz für den eigenen Körper und die eigenen Fähigkeiten zu empfinden (Anhang 4.1, P3, P4).

Die Aneignung und die Produktion von widerständigem Wissen in Frauen*Gesundheitszentren wirken somit in erster Linie, in dem sie es Frauen* ermöglicht, eine neue Perspektive einzunehmen. Im Austausch mit anderen, etwa in Gruppengesprächen aber auch durch die Inputs der Mitarbeiterinnen oder in der Auseinandersetzung mit sich selbst, können sie einerseits diskriminierende Strukturen erkennen und andererseits die eigene Sicht auf die Welt und sich selbst als wertvolles Wissen schätzen lernen. Normen und Wahrheiten, welche durch das patriarchale Narrativ im Diskurs definiert werden, verlieren somit ihre Macht über das einzelne Individuum, es passiert eine *Befreiung* (Kechaja 2019, 79). Anstatt durch unerfüllbare Normen und Scham als Sanktionsmittel in den eigenen Handlungen und Freiheiten eingeschränkt zu sein, lernen Frauen* ihre eigene Perspektive als wahr und sich selbst, sowie die eigene Körperlichkeit als richtig und normal anzuerkennen, dies entspricht Kechajas Vorstellung von *Heilung* (ebd.). Im Sinne der hier verwendeten Konzeption von Empowerment, gewinnen Frauen* auf diese Weise also die selbstbestimmte Definitionsmacht über den eigenen Körper zurück.

Die Tatsache, dass einige Frauen* immer wieder kommen, mit unterschiedlichen Problemen oder auch über Jahre hinweg den Kontakt halten, zeigt, dass die Besucherinnen* sich an diesem Ort gut aufgehoben fühlen. Laut einer Mitarbeiterin stellt das Zentrum einen Raum dar, in dem Frauen* und Mädchen* “selbstbestimmt für sich eintreten können,” an dem alle so angenommen werden, wie sie sind und mit dem, was sie brauchen (Anhang 4.1, P3). Diese Atmosphäre in der die weiblichen* Perspektive, ebenso

wie die Unterschiedlichkeit von Frauen* wertgeschätzt werden, bildet den von Kechaja und hooks beschriebenen Rahmen, in dem ein Prozess des Empowerments stattfinden kann (hooks 2015a, 19; Kechaja 2019, 81). Durch die Ermutigung, ihre Geschichte zu erzählen und mit anderen zu vergleichen, beginnen Frauen* diskursiv konstruierte Wahrheiten und Normen und deren Auswirkung auf ihr Leben zu hinterfragen und neue Wahrheiten für sich zu finden.

Doch auch die Mitarbeiterinnen selbst berichteten, dass sie durch ihre Arbeit in den Frauen*Gesundheitszentren eine Stärkung erführen (Anhang 4.2., P1, P3, P4). So wirke sich die Arbeit positiv auf die Mitarbeiterinnen aus, ermögliche den Austausch mit anderen Frauen* und führe so zu einer Politisierung und einem Mehr an Wissen und Verständnis. Durch ihre Arbeit kämen immer neue Themen auf und auch für die Mitarbeiterinnen selbst würden so Veränderung und Prozesse des Hinterfragens angestoßen (Anhang 4.2, P1). Somit kann auch das Arbeiten in den Zentren eine empowernde Wirkung zeigen, welche sich weiterhin durch die Mitarbeiterinnen als Multiplikatorinnen* dieses empowernden und widerständigen Wissens weiterträgt.

4.2.4.2 Strukturelle Ebene

Neben der Selbstermächtigung von Individuen kann Empowerment auch auf einer strukturellen Ebene wirken. Einerseits bildet sich erst durch den Austausch und das Sprechen über die spezifische Perspektive in der marginalisierten Gruppen ein Bewusstsein für diese und ein Zugehörigkeitsgefühl zu dieser. Andererseits kann der gesellschaftliche Diskurs durch die Produktion von widerständigem Wissen und das Sprechen darüber aus der marginalisierten Perspektive beeinflusst, neue Normalitäten definiert und so Machtverhältnisse verschoben werden.⁴¹ Durch die Beteiligung am Diskurs und entsprechenden Möglichkeiten der Einflussnahme kann so die betroffene gesellschaftliche Gruppe als Ganzes an Definitionsmacht gewinnen.⁴² Ebenso wie individuelles Empowerment lässt sich jedoch kaum messen, wie Machtverhältnisse sich weshalb im Diskurs verschieben, wie Narrative an Einfluss gewinnen oder verlieren. Trotzdem sprachen die Mitarbeiterinnen darüber, inwiefern, ihrer Wahrnehmung nach, die Arbeit der Frauen*Gesundheitszentren eine Wirkung nach Außen zeige.

Drei der Mitarbeiterinnen äußerten, dass ihr Frauen*Gesundheitszentrum in der jeweiligen Stadt einen guten Ruf hätte und mittlerweile nicht nur von den Besucherinnen*,

⁴¹ Siehe Kapitel 2.3.1.

⁴² Siehe Kapitel 2.3.4.

sondern auch der städtischen Öffentlichkeit sowie Ärzt*innen geschätzt würden (Anhang 4.3, P1-P3). Durch Veranstaltungen und Öffentlichkeitsarbeit würde eine breite Masse an Menschen erreicht, so dass sich das Zentrum als Bestandteil der städtischen Institutionen etabliert habe. Als Beispiel nannte eine Mitarbeiterin das Festival des Stuttgarter Frauen*Gesundheitszentrum zu Frauen*Gesundheit und anderen Körperthemen, an dem über einen Monat hinweg rund 1000 Menschen teilgenommen hätten (Anhang 4.3, P1). Auch durch städtische Förderung seien die Zentren im Stadtbild präsenter geworden (Anhang 4.3, P1, P3). Eine andere Mitarbeiterin berichtet, dass insbesondere durch Fernsehbeiträge eine Öffentlichkeit für ihr Zentrum entstanden wäre (Anhang 4.3, P2). So sei das Zentrum mittlerweile auch bei Ärzt*innen bekannt, welche ihren Patientinnen* die Begleitung durch das Frauen*Gesundheitszentrum ans Herz legen würden. Auch hätten Ärzt*innen, im Hinblick auf die Beratung von Frauen* im Umgang mit Endometriose, Interesse an der Zusammenarbeit mit dem Frauen*Gesundheitszentrum geäußert (ebd.). Im Falle von Endometriose, einer Erkrankung von der zwar jede zehnte Person mit Uterus betroffen ist, die jedoch durch die Medizin bislang kaum erforscht wurde, wird das Erfahrungswissen der Frauen*Gesundheitszentren also von Vertreter*innen der Medizin als relevantes, ebenbürtiges Wissen wahrgenommen. Diese Dynamik kann durchaus als Einfluss auf den Diskurs verstanden werden, wie Foucault ihn beschreibt⁴³ – die im Diskurs machtvolle Position der Medizin und Wissenschaft erkennt an, dass das Wissen der Frauen*Gesundheitszentren einen relevanten Mehrwert hat und reflektiert womöglich sogar die eigene Unwissenheit in Bezug auf manche Krankheiten und Themen des weiblichen Körper. Im besten Falle erlangen Ärzt*innen so die Erkenntnis, dass patriarchalen Strukturen noch immer die medizinischen Perspektive prägen und beginnen diese zu reflektieren.

Durch die Vernetzung mit anderen Gruppen und Institutionen ist das widerständige Wissen der Frauen*Gesundheitszentren zudem in einen kritischen Diskurs eingebunden und verfügt so über eine größere Reichweite. So berichteten alle Mitarbeiterinnen, dass ihre Zentren in Netzwerken organisiert seien (Anhang 4.4.- P1-P5). Einerseits sind alle Frauen*Gesundheitszentren unter einem Dachverband, dem *Bundesverband der Frauengesundheitszentren e.V.* versammelt. Andererseits gäbe es auch viele Kooperationen und Austausch mit externen Stellen. Zwei Mitarbeiterinnen berichteten, dass ihre Zentren Teil von landesweiten Netzwerken zu Frauen*- und

⁴³ Siehe Kapitel 2.3.1.

Mädchen*gesundheit in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen seien (Anhang 4.4, P2, P4). Weiterhin gehören laut der Mitarbeiterinnen auch krankheitsspezifische Netzwerke, wie etwa zu Endometriose oder Depressionen, zum erweiterten Wirkungskreis der Frauen*Gesundheitszentren (Anhang 4.4, P2). Auch andere Organisationen, welche in der jeweiligen Stadt zu frauen*spezifischen Themen arbeiten oder Beratung anbieten, wurden als Kooperationspartner genannt. Viele Zentren arbeiteten zudem mit Schulen in ihrer Stadt zusammen und stellten dort Bildungsangebote für Mädchen* zur Verfügung. Außerdem gäbe es in Köln eine langjährige Kooperation mit der Fachhochschule (Anhang 4.4, P3, P4). Kritische Perspektiven auf Frauen*gesundheit und Körperthemen werden somit nicht allein in Frauen*Gesundheitszentren verhandelt. Diese stellen zwar historisch eine wichtige Stimme des kritischen Diskurses über weibliche Körper dar, sind darüber hinaus jedoch auch mit anderen Gruppen und Institutionen im Austausch. Somit findet der kritische Diskurs in einem größeren Netzwerk von Akteur*innen statt und strahlt immer wieder auch in andere Bereiche der Gesellschaft hinein. Die Kooperation mit der Fachhochschule zeigt, dass auch hier widerständiges Wissen aus der Frauen*Gesundheitsbewegung den Eintritt in den akademischen Diskurs schafft, dort als relevante Perspektive anerkannt und gehört wird. Auch die Kooperation mit Schulen und anderen städtischen Einrichtungen, machen deutlich, dass die Produktion widerständigen Wissens durch die Frauen*Gesundheitszentren nicht an einem isolierten Ort stattfindet, sondern punktuell gesellschaftlich eingebunden ist und gehört wird.

In Bezug auf den gesamtgesellschaftlichen Diskurs lassen sich nur schwer konkrete Ergebnisse oder Machtverschiebungen festmachen, dennoch berichteten die Mitarbeiterinnen von Entwicklungen, die auf einen gewissen gesellschaftlichen Einfluss der Zentren schließen lassen. Eine Mitarbeiterin stellte fest: „Ich glaube, dass ich oft unterschätze, welchen Einfluss wir dann doch haben. (...) Ich glaube es ist so ein Paradox, es hat irgendwie keinen, weil wir superklein sind, im Vergleich zu riesigen anderen Dingen und es hat irgendwie auch einen großen, irgendwie dann doch“ (Anhang 4.3, P3). Damit beschreibt sie die Ambivalenz zwischen dem Gefühl kaum laut genug sein zu können, um dem dominanten Narrativ als „riesigen anderen Dingen“ zu widerstehen, und den dagegen klein scheinenden Erfolgen, in Form des Empowerments von einzelnen Frauen*. Viele einzelne empowernte Frauen* können jedoch als Gruppe ein starkes Gegennarrativ entwickeln, dass durchaus Einfluss auf die Gesellschaft nehmen kann. So erklärte eine weitere Mitarbeiterin: „Die Selbstermächtigung über den eigenen Körper schafft die Stärke

der Bewegung“ (Anhang 4.3, P1). Eine andere Mitarbeiterin sagte außerdem, dass sie hoffe, dass Frauen*, die im Frauen*Gesundheitszentrum neue Perspektiven auf den eigenen Körper gewonnen hätten, ihr Wissen auch multiplizierten (Anhang 4.3, P5). So könnten etwa Frauen* die in der kommunalen Politik tätig seien und das Frauen*Gesundheitszentrum besucht hätten, ihre neuen Perspektiven auf politischer Ebene einfließen lassen. In diesem Sinne wird Macht auch im Alltag, auch durch die Aneignung von widerständigem Wissen durch einzelne Frau* verhandelt. Alle drei Mitarbeiterinnen beschreiben sowohl den Moment des Empowerments der individuellen Frau* als auch die Aneignung von Macht durch die marginalisierte Gruppe der Frauen*: Sie beschreiben die Rückeroberung der Deutungshoheit über den eigenen Körper als kollektives Widerstehen patriarchaler Macht- und Wissensverhältnisse. Laut Foucault steht das Wissen der einzelnen Person im Kleinen immer auch mit größeren Wissenssystemen in Austausch. So wird Wissen und damit Macht auch im individuellen Erleben verhandelt (Foucault 1977a, 123). Somit ist das Empowerment einzelner Menschen mit Diskriminierungserfahrung direkt mit der strukturellen Verteilung von Macht verbunden. Durch die Veränderung im Kleinen, kann sich also eine tatsächliche Verschiebung von Machtverhältnissen vollziehen, weil Frauen* sich fortan nicht mehr dem patriarchalen Narrativ, sowie der Isolation durch den Sanktionsmechanismus der Scham unterordnen müssen und diese Erkenntnis an andere Frauen* weitergeben können.

Durch die öffentliche Sichtbarkeit in der Stadt, durch Zusammenarbeit mit Einrichtungen aus Medizin und Wissenschaft, durch Workshops an Schulen aber auch durch das Empowerment einzelner Frauen* kann das widerständige Wissen der Frauen*Gesundheitszentren also auch auf die Gesellschaft als Ganzes wirken. Eine Veränderung zeige sich darin, dass bestimmte Themen, die lange Zeit durch die Frauen*Gesundheitszentren adressiert wurden, heute im gesamtgesellschaftlichen Diskurs anders besprochen würden als noch vor vierzig Jahren. Heute sei beispielsweise die Kritik an hormoneller Verhütung oder an Menstruationsscham ebenso wie die Relevanz von Gendermedizin im Diskurs über Frauenkörper deutlich weiterverbreitet als noch vor einigen Jahren (Anhang 4.3, P1, P2, P3). Eine Mitarbeiterin stellte eine Veränderung im Diskurs um Bi- und Homosexualität fest (Anhang 4.3, P3). Im Vergleich zu den 2000er Jahren seien die Beratungen zum Coming-out von lesbischen Frauen* und Jugendlichen in den Zentren deutlich gesunken, Homosexualität würde mittlerweile als Selbstverständlichkeit betrachtet und in der Beratung kaum mehr hinterfragt oder problematisiert. Inwiefern die Verschiebungen in Normalitätsvorstellungen hinsichtlich

von Sexualität, aber auch in der Betrachtung weiblicher Körper durch den Diskurs aus der Arbeit der Frauen*Gesundheitszentren entstanden ist, lässt sich nicht endgültig bestimmen. Sicher ist aber, dass Frauen*Gesundheitszentren eine ausdauernde Stimme darstellen, welche bereits über viele Jahre hinweg diskriminierenden Narrativen über Körper, über Sexualität und Gesundheit von Frauen* widersprochen haben und so im Kleinen und Größeren dem dominanten Narrativ im Diskurs Widerstand leisten.

4.3 Fazit

Gegründet wurden die ersten Frauengesundheitszentren, um Frauen* in ihrem Selbstbestimmungsrecht über ihren eigenen Körper zu stärken und von Institutionen wie der Medizin und dem damit verbundenen patriarchalen Blick auf Körper unabhängiger zu machen. Seit den Anfängen in den 1970er Jahren, als Beratungen noch in Wohnzimmern und Selbstuntersuchungen in Räumen der Volkshochschule stattfanden, haben die Zentren sich weiterentwickelt und sind zu festen Institutionen in den jeweiligen Städten geworden. Die meisten Zentren sind heute in der Vereinsform organisiert, werden nicht mehr rein ehrenamtlich geführt, sondern haben festangestellte Mitarbeiterinnen*, denen als Verwalterinnen* und Vermittlerinnen* des Wissens eine besondere Rolle zukommt. Viele Themen aus den Anfängen der Frauengesundheitsbewegung sind noch immer aktuell, aber auch neue Themen und Fragestellungen sind über die Jahre dazu gekommen. Anhand der Konzeption von Empowerment durch Wissen nach Foucault, Kechaja, hooks, Lorde und Hill Collins habe ich untersucht, inwiefern Frauen*Gesundheitszentren heute Orte für eben diesen Prozess darstellen, welche Strategien des Empowerments angewandt werden, wie Machtverteilungen innerhalb der Zentren das Empowerment von Frauen* beeinflussen und welche Wirkungen von Empowerment letztendlich erzeugt werden können. Laut des hier verwendeten Konzepts entsteht Empowerment durch die Bewusstseinsbildung über diskriminierende Narrative und Machtdynamiken, sowie die Produktion von widerständigem Wissen aus der Perspektive der marginalisierten Gruppe.⁴⁴

Empowerment durch Wissen

Um Machtverhältnisse und deren Wirken auf die einzelne Person zu verändern, ist es notwendig diese innerhalb des Diskurses zu erkennen, so lautet die erste Strategie des

⁴⁴ Siehe Kapitel 2.3.4

Empowerments durch Wissen.⁴⁵ In den Interviews wurde deutlich, dass die Mitarbeiterinnen der heutigen Frauen*Gesundheitszentren über ein umfassendes Bewusstsein über patriarchale Macht und deren Wirkweise im Diskurs über weibliche Körper verfügen. Der Prozess, in welchem Frauen* sich ihrer Unterdrückung durch den Diskurs über weibliche Körper bewusst wurden und begannen diesen zu kritisieren, fand insbesondere in den Anfängen der Frauengesundheitsbewegung statt und führte zur Gründung der Frauengesundheitszentren. Heute scheint dieser Prozess weitestgehend abgeschlossen – das kollektive Bewusstsein der Bewegung über Macht und Diskriminierung stellt nun die Grundlage der Arbeit in den Frauen*Gesundheitszentren dar. So kritisierten die Mitarbeiterinnen in den Interviews diverse Normvorstellungen, durch welche weibliche Körper bewertet und geformt werden, nicht zuletzt durch die medizinische Perspektive, welche ein machtvolleres Narrativ im Diskurs rund um Frauenkörper darstellt. Diese Kritik ist in den Frauen*Gesundheitszentren institutionalisiert und findet durch die Arbeit der Mitarbeiterinnen ihre Anwendung. Die beiden vorgestellten Strategien des Empowerments können somit als aufeinanderfolgende Phasen des Prozesses verstanden werden, die sowohl von einer Gruppe als Ganzes, als auch von Individuen durchlaufen werden. Die Community der gesundheitsbewegten Frauen* als Ganzes hat die Phase der Bewusstwerdung schon lange abgeschlossen, während die Strategie der Produktion von widerständigem Wissen als anschließender Schritt noch immer andauert. Für Individuen kann jedoch auch heute noch dieser Prozess der Bewusstwerdung stattfinden, wenn Frauen* als Besucherinnen* in den Zentren durch den Erfahrungsaustausch in Selbsthilfegruppen oder anderen Gesprächsformaten ihre eigene Position im patriarchalen Machtgefüge erkennen und feststellen: es liegt nicht an mir, sondern am System.⁴⁶

Die Hauptstrategie der Frauen*Gesundheitszentren ist heute die Produktion und Weitergabe von widerständigem Wissen. Während zu Beginn der Frauengesundheitszentren widerständiges Wissen insbesondere aus dem Kollektiv heraus, sowie durch das Ausprobieren am eigenen Körper formuliert wurde, beziehen die Zentren sich mittlerweile auf das umfangreiche Wissensarchiv, das sich über die Jahre gebildet hat.⁴⁷ Zwar sind Selbsthilfegruppen und Selbstuntersuchungen, die in den Anfängen die Hauptstrategie der Wissensvermittlung darstellten, noch immer ein Teil des Angebots von

⁴⁵ Ebd.

⁴⁶ Siehe Kapitel 4.2.2.1.

⁴⁷ Siehe Kapitel 4.2.2.6.

Frauen*Gesundheitszentren. Mindestens ebenso relevant wie diese Wissensformate sind heute jedoch die Beratung sowie das Bereitstellen von Informationen durch Workshops, Infoveranstaltungen und Broschüren, Formate in denen Wissen nicht allein aus der Perspektive der betroffenen Frauen* formuliert, sondern von den Mitarbeiterinnen* an diese weitergeben wird. Auch dieses Format der Wissensvermittlung kann als Strategie des Empowerments durch widerständiges Wissen verstanden werden. Frauen* erhalten Einblick in das Wissenssystem der Frauen*Gesundheitszentren, lernen so neue Perspektiven auf Körper, Sexualität und Gesundheit kennen und können anhand dessen eigene Vorstellungen und internalisierte patriarchale Narrative hinterfragen. Auch im Beratungskontext werden Frauen* ermutigt, ihr eigenes Wissen ernst zu nehmen und selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. Zwar wird hier Wissen nicht ausschließlich von den besuchenden Frauen* selbst formuliert, sondern vielmehr durch die Mitarbeiterinnen* vermittelt, das vermittelte Wissen entspringt jedoch der feministischen Perspektive der marginalisierten Community und lädt die Frauen* zur weiteren Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper und somit der Entwicklung eigener Perspektiven auf diesen ein. Frauen*Gesundheitszentren ermutigen Frauen* dazu, sich mit ihren Wissensarchiven auseinanderzusetzen, diese auf das eigene Leben anzuwenden und selbst Teil des Gegendiskurses zu werden. Sie schaffen Raum für die Lust und Macht von Wissen an den Rändern des Diskurses – so wie bell hooks die Möglichkeit eines Widerstandes durch Wissen beschreibt (hooks 2015b, 223).

Dennoch wird in Bezug auf die Weitergabe von Wissen durch die Mitarbeiterinnen*, ebenso wie in der Beratung deutlich, dass sich die Rollenverteilungen in den Frauen*Gesundheitszentren, durch die Weiterentwicklung der Zentren verändert haben. Anstelle einer selbstorganisierten Gruppe von Frauen*, die sich mit dem eigenen Körper auseinandersetzen wollten, sind die Zentren heute eher eine Anlaufstelle für Frauen* die Beratung, Informationen oder Unterstützung für unterschiedliche Themen suchen. Während die Zentren in den Anfängen ausschließlich ehrenamtlich organisiert waren, arbeitet heute in allen Zentren mindestens eine Person mit einer festen Anstellung. Durch die Schaffung von Festanstellungen gewann die Arbeit an Kontinuität und konnte über viele Jahre hinweg weiterwachsen. Aufgrund der Position der Mitarbeiterin*, die über das Wissen der Frauen*Gesundheitszentren verfügt, sich tagein- tagaus damit beschäftigt und

im Rahmen ihrer Arbeit neues Wissen kreiert, ergibt sich jedoch auch unweigerlich eine Wissens- und somit Machthierarchie zwischen Mitarbeiterinnen* und Besucherinnen*.⁴⁸

Machtverhältnisse sichtbar machen

Verstehen wir Macht jedoch im Sinne Foucaults als Struktur, die sich in allen Beziehungen und sozialen Interaktionen wiederfindet,⁴⁹ wird deutlich, dass formalisierte Hierarchien sich nicht notwendigerweise negativ auf mögliche Prozesse des Empowerments auswirken müssen. Vielmehr scheinen feste Strukturen innerhalb der Zentren Kontinuität und Klarheit zu bringen, welche den Zugang zu Prozessen des Empowerments durch Wissen erleichtern können. Bereits in den 1970er Jahren argumentierte Jo Freeman in ihrem Essay *The Tyranny of Structurelessness*, dass formale Strukturen in Gruppen der Frauenbewegung dazu beitragen, ohnehin schon existierende Hierarchien sichtbar und nachvollziehbar zu machen (Freeman 1972, 152). Aufgrund ihrer Sichtbarkeit können diese Hierarchien dann besser adressiert werden. In den Frauen*Gesundheitszentren geschieht dies etwa, indem Mitarbeiterinnen* ihre Position und ihren vermeintlichen Wissensvorsprung im Gespräch mit anderen Frauen* einordnen.⁵⁰ Weiterhin argumentiert Freeman, dass die formale Strukturierung von Gruppen den Zugang für andere interessierte Menschen erleichtere (Freeman 1972, 153). So kommen heute vermutlich mehr Menschen mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Positionierungen zur Beratung oder Weiterbildung in die Frauen*Gesundheitszentren als in dem Format der Selbsthilfegruppe aus den 1980ern. Außerdem ermöglicht die heutige strukturierte Arbeitsweise es den Zentren, gezielt auf bestimmte Gruppen, wie etwa Frauen* mit Flucht- oder Migrationsgeschichte zuzugehen und somit auch Personen zu erreichen, die sonst aufgrund ihrer gesellschaftlichen Positionierung nur schwer Zugang finden. Um an den Rändern der Gesellschaft Raum für widerständige Perspektiven zu schaffen, also die Menschen miteinzubeziehen und einzuladen, die aufgrund von Mehrfachdiskriminierung im Diskurs kaum Gehör finden, ist die strukturelle Entwicklung der Zentren also ein wichtiger Schritt.

Möglichkeiten eines intersektionalen Empowerments

Dennoch wurde deutlich, dass die Zentren nicht alle Frauen* gleichermaßen erreichen und insbesondere mehrfachdiskriminierte Personen kaum Zugang finden. Zwar gibt es bereits

⁴⁸ Siehe Kapitel 4.2.3.1.

⁴⁹ Siehe Kapitel 2.1.

⁵⁰ Siehe Kapitel 4.2.3.1.

Maßnahmen, um Hürden abzubauen, indem Angebote kostenlos gestaltet werden, Mitarbeiterinnen* für Rassismus sensibilisiert und physische Barrieren abgebaut werden.⁵¹ Trotzdem ist noch viel zu tun. Laut der Weiterentwicklung von Kimberlé Crenshaws Konzept der Intersektionalität durch Gabriele Winker und Nina Degele addieren unterschiedliche Formen der Diskriminierung sich nicht einfach auf, sondern verweben sich miteinander zu einer neuen spezifischen Form der Marginalisierung (Crenshaw 1989; Winker und Degele 2015). Eine schwarze Frau* mit Behinderung erlebt nicht bloß Sexismus, Rassismus und Ableismus getrennt voneinander, sondern deren Verschmelzung und gegenseitige Manifestation. Dementsprechend kann ein Empowerment von Menschen, die von intersektionaler Diskriminierung betroffen sind, sich auch nicht lediglich auf eine Form der Diskriminierung wie etwa Sexismus beziehen, sondern muss die spezifische Wirkweise aller auf einer Person vereinten Diskriminierungsformen berücksichtigen. Laut Maria Kechaja können zwar gezielt Räume geschaffen werden, um Gruppen und Individuen einen Prozess des Empowerments zu ermöglichen (Kechaja 2019, 82), wie etwa in Angeboten des Austausches und der Selbsterfahrung, welche von Mitarbeiterinnen in den Frauen*Gesundheitszentren geleitet werden. Jedoch erklärt Kechaja es zur Voraussetzung, dass die raumgebende und anleitende Person die gleichen Erfahrungen gemacht hat, wie die Menschen, die sie anleitet. Um sichere Räume für ein Empowerment von mehrfachdiskriminierten Frauen* zu schaffen, müssten in den Frauen*Gesundheitszentren also auch gezielt Räume von und für Menschen mit Erfahrungen von Mehrfachdiskriminierung angeboten werden. Um ein intersektionales Empowerment von Frauen* zu ermöglichen, müssten die Mitarbeiterinnen* der Zentren sich also auch weiterhin intensiv mit der eigenen Positionierung sowie der Frage beschäftigen, inwiefern das widerständige Wissen der Zentren durch diese geprägt ist und wer in den Zentren sonst noch zu Wort kommen muss, um ein intersektionales Empowerment von Frauen* zu ermöglichen.

Widersprüche aushalten

Neben den strukturellen Veränderungen haben über die Jahre auch mehrere Generationenwechsel die verhandelten Themen, ebenso wie die Arbeitsweise und Strategien der Frauen*Gesundheitszentren beeinflusst. Mit jeder neuen Generation von Mitarbeiterinnen* ebenso wie Besucherinnen* wurden neue Fragestellungen eingeführt,

⁵¹ Siehe Kapitel 4.2.3.3.

alte Strategien hinterfragt und die Ausrichtung der Zentren als Ganzes neu verhandelt. In den Interviews wurde insbesondere auf den aktuellen Generationenwechsel Bezug genommen, frühere Veränderungen in den Zentren, wie die Frage nach der Thematisierung von Lesbisch-sein als Aspekt der Frauen*gesundheit, wurden nicht besprochen. Die jüngsten Veränderungen in den Teams der Frauen*Gesundheitszentren brachten insbesondere die Frage nach der Dekonstruktion des binären Geschlechtersystems sowie nach Zugängen für Trans-, Inter- und non-binären Menschen auf.⁵² Während auch Mitarbeiterinnen*, die in der zweiten Welle der Frauenbewegung politisiert wurden, sich auf Fragen der Geschlechterdekonstruktion einließen und den Austausch als durchaus positiv bewerteten, blieb offen, wie sich diese theoretischen Fragestellungen in der Praxis umsetzen lassen.⁵³

Ein grundsätzlicher Konflikt liegt also in unterschiedlichen Strategien des Widerstands gegen patriarchale Machtstrukturen im Rahmen der Frauen*Gesundheitszentren. Dieser Konflikt entspricht Mai-Anh Bogers Theorie der trilemmatischen Inklusion (Boger 2019). Laut Boger kommen viele Gruppen, die sich gegen Diskriminierung einsetzen an den Punkt eines strategischen Trilemmas. Sie benennt drei universelle Ziele von Anti-Diskriminierung: Empowerment,⁵⁴ Normalisierung und Dekonstruktion, und erklärt, dass niemals alle Ziele gleichzeitig erreicht werden können (Boger 2019, 18). Bezogen auf den Fall der Frauen*Gesundheitszentren sind diese Ziele also Frauen* in der Andersartigkeit ihrer Körpererfahrung zu stärken und diese sichtbar zu machen (Empowerment), die Norm des männlichen Körpers zu kritisieren und weibliche* Körper als ebenso normal zu etablieren (Normalisierung) sowie die binäre Geschlechterordnung mit ihrer entsprechenden Markierung von geschlechtlichen Körpern zu dekonstruieren (Dekonstruktion). Durch die Schaffung von Räumen, welche explizit Frauen* vorbehalten sind, können diese zwar in ihrer anderen Körpererfahrung gestärkt und für die Anerkennung von weiblichen Körpern als gleichwertig normale Körper gekämpft werden, dafür muss jedoch an geschlechtlichen Kategorien festgehalten werden, Dekonstruktion ist nicht möglich. Wenn wiederum das binäre Geschlechtersystem dekonstruiert und somit alle Körper als gleichwertig verstanden werden, indem die Zentren für alle Menschen geöffnet werden, kann nicht auf spezifisch weibliche Körpererfahrungen, seien sie biologisch oder gesellschaftlich begründet, und den damit

⁵² Siehe Kapitel 4.2.3.2.

⁵³ Ebd.

⁵⁴ Auch Boger versteht Empowerment als Formierung einer Bewegung, welche aus der marginalisierten Perspektive Wissen produziert (Boger 2019, 41).

verbundenen Diskriminierungen eingegangen werden. Der Kampf für die Aufwertung von weiblichen Körpern in ihrer grundlegenden Andersartigkeit, dekonstruiert wiederum die Vorstellungen von Normalität, der Frauenkörper kann nicht normalisiert werden.⁵⁵ Laut Boger sind diese Widersprüche unauflösbar und müssen ausgehalten werden (Boger 2019, 15). Die Mitarbeiterinnen der Frauen*Gesundheitszentren berichteten, dass Widersprüche in Theorie und Praxis die Arbeit der Frauen*Gesundheitszentren bislang nicht gelähmt hätten, sondern vielmehr dazu führten, dass Strukturen, Arbeitsweisen und theoretische Ausrichtungen immer wieder diskutiert und reflektiert würden. Welche Strategie gewählt wird, hängt letztendlich davon ab, welchen Zielen Priorität eingeräumt wird, sie kann sich jedoch auch immer wieder ändern – abhängig davon, welche Perspektive im zentrumsinternen Diskurs dominiert.

Die Kritik des Diskurses sowie das Empowerment von Frauen* durch Wissen in Frauen*Gesundheitszentren kann als Strategie der Stärkung weiblicher* Körper in ihrer Andersartigkeit verstanden werden, also eine Strategie des Empowerments und der Dekonstruktion von Normalitätsvorstellung. Seit ihrer Gründung wehren Frauen*Gesundheitszentren sich gegen die abwertenden Zuschreibungen des patriarchalen Narrativs über Frauenkörper sowie der daraus resultierenden Fremdbestimmung. Frauen*Gesundheitszentren widersetzen sich dieser Erzählung, indem sie Frauen* und Mädchen* durch die Vermittlung von Wissen darin stärken, ihren Körper als richtig und normal wahrzunehmen und eine eigene positive Erzählung über diesen zu entwickeln. Das widerständige Wissen der Frauen*Gesundheitsbewegung ist ein Wissen aus der Perspektive der Menschen, die einen weiblichen* Körper besitzen. Es zentriert das Selbstbestimmungsrecht der Frauen* und kritisiert die Bewertung und Beschämung von Frauen*köpern durch den männlichen Blick. Dabei werden Frauen*, darin gestärkt so zu sein, wie sie sind und ihre Körper als normal und richtig wahrzunehmen.

Fürsorge anstelle von Verwundbarmachung

Frauenkörper werden durch den Diskurs als schwächer, kränker, verletzlicher konstruiert. Das Bild, das Frauen*Gesundheitszentren dem entgegenstellen, zeigt nicht dessen Gegenteil, welches dem unabhängigen männlichen Körper entsprechen würde, sondern betont vielmehr, dass Stärke aus der Gemeinschaft und Sorge umeinander wächst. In ihrem Buch *Politische Körper – von Sorge und Solidarität* unterscheidet Jule Govrin die

⁵⁵ Für eine Ausführung der Theorie der trilemmatischen Inklusion siehe (Boger 2019).

ontologische Verwundbarkeit aller Körper von der strukturellen Verwundbarmachung der als Anders markierten Körper (Govrin 2022, 68). Govrin fordert ein Ende der Verwundbarmachung sowie die Anerkennung der Gleichheit aller Körper anhand ihrer Verwundbarkeit und ihrem Bedürfnis nach Sorge und Solidarität (Govrin 2022, 189). Durch ihre Kritik tragen Frauen*Gesundheitszentren dazu bei die Verwundbarmachung von weiblichen Körpern durch den Diskurs sichtbar zu machen, durch die Produktion und Vermittlung widerständiger Perspektiven versuchen sie dieser Verwundbarmachung entgegenzuwirken und Frauen* in der Selbstbestimmung über ihre Körper, sowie deren positive Selbstwahrnehmung zu stärken. Gleichzeitig praktizieren Frauen*Gesundheitszentren eine Normalität der Sorge und Solidarität, indem sie Frauen* bei Entscheidungsfindungen unterstützen und Anlaufstelle bei Krisen sind. In unterschiedlichen Gruppenangeboten haben Frauen* außerdem die Chance sich auszutauschen, Gemeinsamkeiten und Verbindungen zu entdecken und so aus dem Zugehörigkeitsgefühl zu einer größeren Community Kraft zu schöpfen. So wird deutlich, dass Körper nie unabhängig voneinander existieren, sondern aufeinander und die gegenseitige Fürsorge angewiesen sind. Somit tragen Frauen*Gesundheitszentren zur Dekonstruktion der Normalität des kapitalistisch, individualistischen Ideals von unabhängigen und selbstgenügsamen Körpern bei und fordern eine Normalität, in der alle Körper in ihrer Unterschiedlichkeit wertgeschätzt und unterstützt werden.

In dieser Arbeit habe ich mich mit der diskursiven Konstruktion des weiblichen als besonders verletzbaren und fehlerhaften Körper beschäftigt, während viele andere Formen der körperbezogenen Diskriminierung unerwähnt geblieben sind. Die Erkenntnisse darüber, auf welche Weise Macht im Diskurs auf weibliche Körper wirkt und dass die Aneignung von widerständigem Wissen Frauen* in der Wahrnehmung ihres Körpers und den damit einhergehenden Handlungsmöglichkeiten empoweren kann, können jedoch auch auf die diskursive Abwertung anderer Körper angewendet werden. Eine detaillierte Erörterung der Frage wie Empowerment durch Wissen in Bezug auf weitere als Anders markierte Körper, oder gar die intersektionale Verschränkung von unterschiedlichen Markierungen aussehen kann, stellt ein weiteres spannendes Forschungsvorhaben dar. Die Anwendung meines Konzepts des Empowerments durch widerständiges Wissen hat sich jedoch als hilfreich erwiesen, um Möglichkeiten des Widerstandes gegen diskriminierende Narrative im Diskurs und des Empowerments von Individuen und Gruppen im Kontext der Frauen*Gesundheitszentren sichtbar zu machen. Wissen über den eigenen Körper, Wissen

darüber, wie Machtverhältnisse auf ihn wirken, stellen den Ausgangspunkt für eine Verschiebung von der Fremd- hin zu Selbstbestimmung marginalisierter Gruppen dar. Diesen Ausgangspunkt schaffen die Angebote der Frauen*Gesundheitszentren: sie stellen Orte dar, an denen ein Empowerment durch Wissen stattfinden kann

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

Ausblick

Empowerment lässt sich nicht messen. Ebenso wie Macht vollzieht es sich meist im Stillen, ist ein Prozess, der zuerst bei einzelnen Menschen stattfindet und sich schließlich durch viele kleine Veränderungen auch in größeren Strukturen auswirkt, in den Wahrheiten, die eine Gesellschaft strukturieren, in der Verteilung von Handlungs- und Einflussmöglichkeiten. Auch wenn die Stimme der Frauen*Gesundheitszentren im Vergleich zu anderen machtvollen Institutionen im gesellschaftlichen Diskurs verschwindend klein erscheint, bieten sie einzelnen Frauen* die Möglichkeit sich der eigenen Perspektive auf sich selbst und die Welt zu ermächtigen und so neue Handlungs- und Einflussmöglichkeiten auf ihre Umwelt zu erlangen. Aus dem Empowerment der einzelnen Frauen*, dem widerständigen Wissen im Kleinen wächst die Möglichkeit Strukturen im Größeren zu verändern. Die „Selbstermächtigung über den eigenen Körper, schafft die Stärke der Bewegung“ (Anhang 2.1.4, P1). Auch ich habe im Rahmen dieser Arbeit festgestellt, dass Wissen Macht bedeutet und sich mein Blick auf den eigenen Körper durch die intensive Auseinandersetzung mit meiner Fragestellung verändert hat. Ausgehend von der Frage, welches Wissen über die Autorität verfügt, die Realität maßgeblich zu prägen, hat sich auch mein Wissensverständnis im Zuge dieser Arbeit erweitert. Den Prozess, den Molly Nilsson in ihrem Song My Body auslöst verstehe ich als das Erlangen dieser neuen Perspektive auf den eigenen Körper – das Verlernen des abwertenden Blick von Außen und die Aneignung von neuem widerständigen Wissen anhand der eigenen Erfahrungen und des eigenen Körperwissen. So kommt Molly Nilsson zu dem Schluss:

„I love my body (...) It fights for me. And it nurtures my mind (...) It's the only thing that keeps me alive. Now that's what I call love.“ (My Body, Molly Nilsson)⁵⁶

⁵⁶ Hier nachzuhören <https://www.youtube.com/watch?v=IYXjPymvTkI&t=2129s> .

Literaturverzeichnis

- Bartky, Sandra Lee. 1990. *Femininity and Domination*. New York: Routledge.
- Boger, Mai-Anh. 2019. *Politiken Der Inklusion*. Münster: edition assemblage.
- Bonn, Julia, und Inga Zimprich. 2019. „Practices of Radical Health Care: Materialien Zur Gesundheitsbewegung Der 70er Und 80er Jahre“. : 1–82.
- Boston Women’s Health Course Collective. 1971. *Our Bodies, Our Selves: A Courseby and for Women*. Boston: New England Free Press.
- Brons, Lajos. 2015. „Othering, an Analysis“. *Transcience, Journal of Global Studies* 6(1).
- Butler, Judith. 1997. *Zur Ästhetik des sozialen Raumes Körper von Gewicht*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Clough, Sharyn. 2004. „Having It All: Naturalized Normativity in Feminist Science Studies“. *Hypatia: A Journal of Feminist Philosophy* 19(1): 102–18.
- Crenshaw, Kimberle. 1989. „Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics“. *University of Chicago Legal Forum* 1989(1): 139–67.
<http://chicagounbound.uchicago.edu/uclfhhttp://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>.
- Crossley, Nick. 1996. „Body-Subject/Body-Power: Agency, Inscription and Control in Foucault and Merleau-Ponty“. *Body and Society* 2(2): 99–116.
- Defert, Daniel, und Francois Ewald. 2002. *Michel Foucault. Schriften in Vier Bänden. Dits et Ecrits. Band III 1976-1979*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Deveux, Monique. 2016. „Feminism and Empowerment : A Critical Reading of Foucault“. *Feminist Studies* 20(2): 223–47.
- Dolezal, Luna. 2015. „Body Shame and Female Experience“. In *The Body and Shame: Phenomenology, Feminism, and the Socially Shaped Body*, hrsg. Hilge Landweer und Isabella Marcinski. Rowman & Littlefield Publishing Group, 45–68.
- Fahs, Breanne. 2016. *New Scientist Out for Blood*.
- Feministisches Frauen*gesundheitszentrum. „Unsere Geschichte“.
- Foucault, Michel. 1977a. *Der Wille Zum Wissen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- . 1977b. „Die Ordnung Des Diskurses“.
- . 1980. *Power/Knowledge: Selected Interviews & Other Writings 1972-1977*. hrsg. Colin Gordon. New York: Pantheon Books, New York.
- . 2011. *Analytik Der Macht*. hrsg. Daniel Defert. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- . 2013. „The Subject and Power“. *Ethische und politische Freiheit* 8(Summer 1982): 777–95.
- Frank, Sarah E. 2020. „Queering Menstruation: Trans and Non-Binary Identity and Body Politics“. *Sociological Inquiry* 90(2): 371–404.
- Frauen- und MädchenGesundheitsZentrum Freiburg e.V. „Unsere Mitarbeiterinnen“.
- Freeman, Jo. 1972. „The Tyranny of Structurelessness“. *Berkeley Journal of sociology* 17: 151–64.
- Gahlings, Ute. 2016. *Phänomenologie Der Weiblichen Leiberfahrungen*. Freiburg: Verlag Karl Alber.
- Gläser, Jochen, und Grit Laudel. 2009. *43 Experteninterviews Und Qualitative Inhaltsanalyse: Als Instrumente Rekonstruierender Untersuchungen*. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
http://books.google.com/books?id=2a1fZ8YU0_oC&pgis=1.

- Govrin, Jule. 2022. *Politische Körper - Von Sorge Und Solidarität*. Berlin: Matthes & Seitz Berlin.
- Grosz, Elizabeth. 1994. *Volatile Bodies*.
- Haraway, Donna. 1988. „Situated Knowledges : The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective“. *Feminist Studies* 14(3): 575–99.
- Harding, Sandra. 2016. *Whose Science? Whose Knowledge? Whose Science? Whose Knowledge?* Cornell University Press.
- Hartsock, Nancy. 1990. „Foucault on Power: A Theory for Women?“ *Feminism/Postmodernism*: 157–75. <https://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=HuAoe4phOgEC&pgis=1>.
- Herges, Katja. 2019. „Body Fluids and Fluid Bodies: Trans-Corporeal Connections in Contemporary German Narratives of Illness“. *Humanities* 8(1): 55.
- Hill Collins, Patricia. 2000. *97 American Journal of Sociology Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*. 2. Aufl. New York: Routledge.
- Hofmeister, Arnd. 2003. „Überlegungen Zum Verhältnis von Leiblichkeit, Subjektivität Und Handlungsfähigkeit“. *Forum Kritische Psychologie* 46: 63–81.
- hooks, bell. 1989. „Choosing the Margin as a Space of Radical Openness“. *Framework: The Journal of Cinema and Media* 36: 15–23.
- . 2000. *Feminism Is for Everybody*. Cambridge: South End Press.
- . 2015a. *53 Journal of Chemical Information and Modeling Feminist Theory: From Margin to Center*. New York, London: Routledge.
- . 2015b. *Yearning - Race, Gender, and Cultural Politics*. hrsg. Gloria Watkins. Routledge.
- Kechaja, Maria. 2019. „Was Ist Empowerment?“ In *Diskriminierungs-Kritische Schule Einführung in Theoretische Grundlagen*, hrsg. Andreas Foitzik und Lukas Hezel. Weinheim: Beltz, 77–83.
- King, Angela. 2004. „The Prisoner of Gender: Foucault and the Disciplining of the Female Body“. *Journal of International Women's Studies* 5(2): 29–39.
- . 2018. „Frauen Entscheiden Für Sich Selbst“. In *Feminismen - Die Deutsche Frauenbewegung in Globaler Perspektive*, hrsg. Ina Kerner u. a. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main, 83–117.
- Kline, Wendy. 2010. *Bodies of Knowledge : Sexuality, Reproduction, and Women's Health in the Second Wave*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Kobayashi, Audrey. 1994. „Coloring the Field: Gender, „Race,“ and the Politics of Fieldwork“. *Professional Geographer* 46(1): 73–80.
- Krieger, Nancy. 2016. „Living and Dying at the Crossroads: Racism, Embodiment, and Why Theory Is Essential for a Public Health of Consequence“. *American Journal of Public Health* 106(5): 832–33.
- Kristeva, Julia. 1982. *POWERS OF HORROR An Essay on Abjection*. New York: Columbia University Press.
- Lauterbach, Jutta, Doris Scharf, und Dagmar Schultz. 1977. „Es Geht Um Unseren Körper Als Ganzen“. *Courage* 11: 13–18.
- Leidinger, Christiane. 2018. „Gesundheitsförderndes Wissen Über Kämpfe Sozialer Bewegungen“. *Sozial Extra* 3: 55–58.
- Libbon, Stephanie E. 2007. „Pathologizing the Female Body : Phallocentrism in Western Science“. *Journal of International Women's Studies* 8(4): 79–92.
- Lorde, Audre. 1984a. „Die Verwandlung von Schweigen in Sprache Und Handeln“. In *Sister Outsider*, Hanser, 35–41.
- . 1984b. „Uses of the Erotic: The Erotic as Power“. *Sister Outsider*: 53–59.

- Mangelsdorf, Marion, Kerstin Palm, und Sigrid Schmitz. 2013. „Körper(-Sprache) – Macht – Geschlecht“. *Freiburger Zeitschrift für Geschlechterstudien* 19(2): 5–18.
- Maschewsky-Schneider, Ulrike. 1996. Frauen — das kranke Geschlecht? Mythos und Wirklichkeit *Frauen — Das Kranke Geschlecht? Mythos Und Wirklichkeit*. Opladen: Leske + Budrich.
- Mauerer, Gerlinde. 2010. *Frauengesundheit in Theorie Und Praxis*. hrsg. Gerlinde Mauerer. Bielefeld: transcript Verlag.
- Méritt, Laura. 2020. *Frauenkörper Neu Gesehen*. Orlanda Verlag GmbH.
- Meuser, Michael. 2010. „Körperdiskurse Und Körperpraxen Der Geschlechterdifferenz“. In *Soziologische Geschlechterforschung Eine Einführung*, hrsg. Brigitte Aulenbacher, Michael Meuser, und Birgit Riegraf. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 125–40.
- Meuser, Michael, und Ulrike Nagel. 1991. „ExpertInneninterviews - Vielfach Erprobt, Wenig Bedacht : Ein Beitrag Zur Qualitativen Methodendiskussion“. *Qualitativ-empirische Sozialforschung : Konzepte, Methoden, Analysen*: 441–71.
- . 2010. „ExpertInneninterview“. *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung*: 376–79.
- Mohseni, Maryam. 2018. Pädagogik in Differenz- und Ungleichheitsverhältnissen *Pädagogik in Differenz- Und Ungleichheitsverhältnissen*. Springer Fachmedien Wiesbaden. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-658-21833-1_9.
- Munch, Shari. 2008. „The Women ’ s Health Movement“. *Social Work in Health Care* 1389(April 2014): 37–41.
- Oakley, Ann. 2009. „Women , Health , and Knowledge : Travels through and beyond Foreign Parts“. *Health Care for Women International* 14(4): 327–44.
- Przybylo, Ela, und Breanne Fahs. 2018. „Feels and Flows: On the Realness of Menstrual Pain and Crippling Menstrual Chronicity“. *Feminist Formations* 30(1): 206–29.
- Reverby, Susan M. 2002. „Feminism & Health“. *Health and History* 4(1): 5–19.
- Sanyal, Mithu M. 2019. *Vulva - Die Enthüllung Des Unsichtbaren Geschlechts*. 4. Aufl. Berlin: Verlag Klaus Wagenbach.
- Sawicki, Jana. 1991. *Disciplining Foucault - Feminism, Power and the Body*. hrsg. Linda J. Nicholson. New York: Routledge.
- Sayers, Janet Grace, und Deborah Jones. 2015. „Truth Scribbled in Blood: Women’s Work, Menstruation and Poetry“. *Gender, Work and Organization* 22(2): 94–111.
- Shildrick, Margrit. 2015. *Leaky Bodies and Boundaries - Feminism, Postmodernism and (Bio)Ethics*. 2. Aufl. Routledge.
- Shildrick, Margrit, und Janet Price. 1996. „Breaking the Boundaries of the Broken Body“. *Body and Society* 2(4): 93–113.
- Thompson, Vanessa E., Sarah Klosterkamp, und Alexander Vorbrugg. 2021. „Feldforschung Als Soziale Praxis: Ansätze Für Ein Verantwortungsvolles Und Feministisch Inspiriertes Forschen“. In *Handbuch Feministische Geographien - Arbeitsweisen Und Konzepte*, hrsg. Autor*innenkollektiv Geographie und Geschlecht. Opladen, Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich, 76–96.
- Wells, Susan. 2008. „Our Bodies, Ourselves: Reading the Written Body“. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 33(3): 697–723.
- Winker, Gabriele, und Nina Degele. 2015. *Intersektionalität : Zur Analyse Sozialer Ungleichheiten*. 2. Aufl. transcript.
- Witz, Anne. 2000. „Whose Body Matters? Feminist Sociology and the Corporeal Turn in Sociology and Feminism“. *Body and Society* 6(2): 1–24.
- Young, Iris Marion. 1990. *Throwing Like a Girl: And Other Essays in Feminist Philosophy and Social Theory*.

Anhang

Interviewleitfaden

Erzählaufforderung	Inhalte / Nachfragen
<p><u>Person</u></p> <p>Erzähl mir zu Anfang gerne etwas darüber, wie du zum FGZ gekommen bist und was deine Rolle hier ist.</p>	<p>Was ist dein beruflicher Hintergrund?</p> <p>Wie und wann bist du zum FGZ gekommen?</p> <p>Was sind deine Aufgaben?</p> <p>Was war die Motivation, dort mitzumachen?</p> <p>Wie lange bist/warst Du dabei?</p>
<p><u>Zentrum</u></p> <p>Kannst du ein bisschen über die Geschichte und Entwicklung des FGZ erzählen?</p>	<p>Warum gibt es das FGZ?</p> <p>Was ist das (feministische) Leitbild des Zentrums?</p> <p>Hat es sich seit der Gründung verändert?</p> <p>Haben sich die Themen über die Jahre verändert?</p> <p>Auf welche Weise reflektiert ihr eure Arbeit und deren Ziele?</p>
<p><u>Angebot</u></p> <p>Kannst du nun beschreiben, wie sich eure Arbeit genau gestaltet?</p>	<p>Wer kommt zu euch? (Alter, sozialer Status, Migrationshintergrund?) Wie werden Frauen auf euch aufmerksam?</p> <p>Mit welchen Problemen und Fragen kommen die Frauen* zu euch?</p> <p>Wird über Körper/lichkeit gesprochen? Unter den Frauen? Gegenüber den Mitarbeiterinnen?</p> <p>Mit welchen Körperbildern kommen die Frauen* zu euch? Welche Generationenunterschiede gibt es da?</p> <p>Was sind die Unterschiede zwischen dem FGZ und herkömmlichen Gesundheitseinrichtungen?</p> <p>Wie geht ihr mit anderen Formen struktureller Diskriminierung um: Gibt es spezifische Angebote für Frauen* die z.B. von Rassismus, Klassismus, Ableismus betroffen sind?</p>

<p><u>Wissen</u></p> <p>In den 70er Jahren wurden die ersten FGZs von Frauen mit dem Wunsch gegründet, wieder mehr Autonomie über ihren Körper und das Wissen über diesen zu erlangen.</p> <p>Welche Rolle spielen diese Überlegungen in eurer Arbeit heute?</p>	<p>Auf welche Wissensbestände bezieht ihr euch?</p> <p>Wie werden die kommuniziert? Aktualisiert?</p> <p>Wie geht ihr mit Wissenshierarchien um? In Beratungen nehmt ihr vermutlich eine Expert*innenrolle ein, wie wirkt sich das aus?</p>
<p><u>Wirkung</u></p> <p>Kannst du mir erzählen, in welchen Bereichen eurer Arbeit ihr Erfolge seht?</p>	<p>Welche Wirkung hat euer Angebot für einzelne Frauen*?</p> <p>Welchen Einfluss hat eure Arbeit auf den öffentlichen Diskurs rund um die Themen Frauen*körper und Gesundheit?</p> <p>Auf welche Art und Weise messt ihre eure Erfolge?</p> <p>Wie wirkt sich die Arbeit auf die Mitarbeiterinnen aus?</p> <p>An welchen Stellen gibt es Probleme?</p>
<p><u>Ausblick</u></p> <p>Zum Schluss würde ich gerne noch wissen, was du dir für die Zukunft des FGZ und deiner Arbeit dort wünschen würdest?</p>	
<p>Gibt es noch etwas, was wir nicht besprochen haben, dir aber wichtig ist? Möchtest Du noch etwas erzählen?</p>	

Kurzfragebogen

Alter	
Geschlechtl. Identität	

Analyseergebnisse

1. HINTERGRUNDINFORMATIONEN

1.1 Beruflicher Hintergrund und aktuelle Rolle der Personen	
P1	Seit 28 Jahren im FGZ, beruflicher Hintergrund Heilpraktikerin mit Fokus auf Frauenerkrankungen. Frühe politische Sozialisation im linken, fortschrittlichen Spektrum zu Wohnraum, Atomenergie, Feminismus kam erst später dazu.
P2	Kommt ursprünglich aus der Wissenschaft, Doktorin der Humanbiologie, Schwerpunkte: Gendermedizin, Frauengesundheit und Gewalt. Außerdem Diplompädagogin.
P3	Aktiv in der Mädchenarbeit, macht Bildungsangebote, Empowerment, Beratung, Diaphragma Anpassungen. Ist zusätzlich seit 2 Jahren im Leitungsteam, Verantwortlich für Bildungsbereich und geschäftsführende Aufgaben Studierte Gesundheitspädagogin. Anfangs keine politische Motivation für Arbeit, politisches Bewusstsein für die Thematik kam erst mit der Stelle.
P4	Sonderpädagogin und Diplompädagogin. Ist seit dem Studium in der Frauenbewegung aktiv, schrieb Diplomarbeit über Ehrenamt in Frauenberatungsstellen.
P5	Erzieherin, Gerätemechanikerin, Heilpraktikerin.

1.2 Geschichte und Struktur des Zentrums	
P1	In den Anfängen schlossen sich Frauen zusammen, die nicht von männlichen Ärzten behandelt werden wollten, sich ihrer Körper und deren Definition selbst ermächtigen wollten. Ziel: Körper und Krankheiten mit weniger Scham betrachten.
P2	Zentrum ist 2004 aus rundem Tisch zu Frauen*Gesundheit entstanden, seit 2005 gibt es Fördermittel für Miete, seit 2012 für eine halbe Stelle + Honorarstellen, mittlerweile gibt es eine ganze Stelle und mehrere Minijobs.
P3	Zentrum wurde 1990 mit der Motivation gegründet, Selbsthilferäume zu schaffen Gründungsmotivation: Frauen wollen mehr Wissen über den eigenen Körper, sich dieses selbst aneignen. Durch Selbstuntersuchung, Erfahrungsaustausch mehr lernen zu Gesundheit, Krankheit, Körper. Zentrum war lange Zeit ehrenamtlich strukturiert, ab 1997 erster städtischen Zuschuss für halbe Stelle. Später Gelder für Mädchenprojekte, mehr Fokus auf psychischer Gesundheit. Gutes Team, Wunsch, dass das Team so bleibt.
P4	Gründung: Einzelne Frau war unzufrieden, suchte nach Mitstreiterinnen und fand durch Stadt Revue Gruppe zu Frauengesundheit. Erste Themen waren: Vollwerternährung, Selbstuntersuchung, Menstruationsbeschwerden, große Brüste, alternative zur Pille, Akkupunktur. Anfänglich nur Austausch, dann kam die Idee das Wissen weiterzugeben. Erste finanzierte Stellen gab es ab 1987 durch ABM Maßnahmen. Finanzierung meist durch ABM Stellen, zwischenzeitlich landeskoordinationsstelle Frauen und Gesundheit, dadurch Gelder vom Land NRW Heute gibt es eine halbe Stelle, Miete und Sachkosten werden durch Stadt finanziert. Mitarbeiterinnen fühlen sich heute wertgeschätzt, gesehen, wollen gerne ehrenamtlich, minijobmäßig mitarbeiten. Kooperation mit FH / Seminare an FH zum Thema Frauengesundheitsbildung.

P5	<p>Zentrum wurde aus linker Szene gegründet. Allgemeiner Wunsch nach kollektivem Arbeiten, Raum für berufliche Freiheit und Raum für Körperlichkeit.</p> <p>Halbe Stelle wird heute von der Stadt finanziert.</p> <p>Kursleiterinnen arbeiten auf Honorarbasis, es gibt jeden Tag Kurse sowie 4 Stunden Bürozeit.</p> <p>Vieles läuft über Ehrenamt.</p> <p>Gründungsmitglieder kamen aus sehr unterschiedlichen Backgrounds, daher Bezeichnung ursprünglich nicht als feministisch.</p> <p>Anspruch nicht hierarchisch zu arbeiten, ist allerdings gescheitert.</p> <p>Gutes Team, keine Konflikte während Corona.</p>
----	---

1.3 Leitbild des Zentrums	
P2	<p>Parteilichkeit für Frauen, Mädchen, nicht binäre Personen. Schutz vor Diskriminierung auch Rassismus, Ableismus. Abwägung von schulmedizinischem Nutzen sowie zusätzlichen Angeboten aus Naturheilkunde.</p>
P3	<p>Wertschätzung und Anerkennung der Unterschiedlichkeit von Mädchen und Frauen, sowie unterschiedlichen Diskriminierungserfahrungen, Ziel: Ressourcen stärken. Anspruch jeder Einzelnen gerecht zu werden: In Workshops und in Beratung, Räume zu bieten, in denen Frauen und Mädchen so sein können, wie sie sind. Darin unterstützen und bestärken.</p> <p>Bewusstsein für gesellschaftliche Dimension von Geschlecht.</p> <p>Frauen und Mädchen werden ernst genommen, auch mit ihrem Wissen über ihren Körper und ihren Körperempfindungen. Zeit und Flexibilität, um auf Frauen und Mädchen einzugehen.</p> <p>Versuch Machtunterschiede zu reflektieren und möglichst gering zu halten. Erfahrungswissen der Frauen ernst nehmen.</p>

2. STRATEGIEN DES EMPOWERMENTS DURCH WISSEN

2.1 Bewusstsein für und Kritik an Machtstrukturen und Diskurs

2.1.1 Kritik am Medizinischen System	
P1	<p>Medizinisches System ist rassistisch, sexistisch und basiert auf Hierarchie. Medizinische Versorgung ist wichtig, aber Ausstattung und Behandlung sind an Profit orientiert.</p> <p>Technische Lösungen werden in Medizin bevorzugt (klassischer Neoliberalismus) anstatt Ursachen mit politischen Maßnahmen zu bekämpfen.</p> <p>Ganzheitliche Medizin wird nicht ernst genommen.</p> <p>Kritik von jungen Frauen: Unzufriedenheit mit Umgang in klassischer Medizin, z.B. Empfehlungen zu hormonellen Behandlungen. Hormonelle Verhütung wird viel hinterfragt: Vor- und Nachteile ebenso wie Verzahnung mit Patriarchat</p> <p><i>“dass immer neue Pillen entwickelt werden, die immer mehr das Frauenbild achten, nämlich schön schlank und gute Haut und vierfaches Thromboserisiko“</i></p> <p>Brustkrebs Risiko erhöht sich durch Hormontherapie, Tendenz in der klassischen Medizin stellt also indirekt tödliche Gefahr für Frauen dar.</p> <p>Umweltfaktoren verändern, anstatt Symptome der individuellen Frau zu behandeln.</p> <p>Druck durch Reproduktionsmedizin: Frauen werden bei unerfülltem Kinderwunsch durch Medizinische Institutionen beschämt</p>
P2	<p>Kritik, dass nur bestimmte Formen von Studien als Wissen anerkannt werden. Erfahrungen und Wissen der Patientinnen selbst wird nicht ernstgenommen.</p> <p>Alternative Medizin wird kaum durch Krankenkassen finanziert, Nachfrage ist jedoch groß.</p>

	<p>FGZ als Gegenpol zu klassischer Medizin. Kritik an Hierarchie in der klassischen Medizin, wird zwar weniger hierarchisch, ist es aber immer noch. Gendermedizin: Diagnostik immer noch eingeschränkt, da von männlichen Modellen ausgegangen wird, z.B. bei Herzkreislauf Erkrankungen und Fibromyalgie. Durch Lobbyarbeit von FGZs langsam mehr Aufmerksamkeit für Gendermedizin, langsamer Wandel in klassischer Medizin hin zu mehr Bewusstsein für Genderunterschiede.</p>
P3	<p>Unterschied zwischen FGZ und Institutionen des Gesundheitssystem: Bewusstsein für gesellschaftliche Dimension von Geschlecht. Frauen und Mädchen werden ernst genommen, auch mit ihrem Wissen über ihren Körper und Körperempfindungen. Zeit und Flexibilität, um auf Frauen und Mädchen einzugehen. Versuch Machtunterschiede zu reflektieren und möglichst gering zu halten. Erfahrungswissen der Frauen ernst nehmen.</p>
P4	<p>Überforderung von Frauen in klassischem Gesundheitssystem, Angst vor "Verstümmelung", Operationen. In Beratung wiederkehrendes Dilemma: Erkrankung vs. Folgen invasiver Behandlung (auch Hormontherapie).</p>
P5	<p>Schnelles Heilversprechen der Medizin, Symptome sollen schnell gelindert werden, im Gegensatz dazu: Körper erfühlen und kennenlernen. Technisierung der Körper, Hormone zur Behandlung von Menstruationsbeschwerden anstelle von Menstruations- oder Wechseljahresurlaub Kombination von klassisch medizinischen und naturheilkundlichen Perspektiven daraus kritischer Blick auf invasive Methoden wie Hormontherapie, sanftere Ansätze sind möglich, immer Abwägung von Nutzen und Risiken. Welches alternative Wissen haben Frauen selbst, z.B. aus Herkunftsländern? Notwendigkeit von umfassender Aufklärung, bevor Entscheidung über Therapie getroffen werden kann. Druck auf Frauen zu funktionieren, drängt sie in Medikamenten Abhängigkeit, z.B. Antidepressiva. Frauen reagieren anders auf Medikamente als Männer, Medikamente sollten helfen. Vor allem Frauen mit Sprachbarriere wissen häufig nicht, weshalb sie was nehmen.</p>

2.1.2 Kritik an Pathologisierung des weiblichen Körpers

P1	<p>Bild des weiblichen Körpers als krank ist ein "Frontalangriff, sexistischer Dauerangriff", der von der jungen Generation nicht wahrgenommen wird. Klassische Medizin pathologisiert die Menopause. Medizinische Menopausengesellschaft definiert das Bild, dass Frauen in den Wechseljahren Hormontherapie brauchen "Frauen in und nach der Menopause sind kranke Menschen, die brauchen bis zum Ende ihrer Tage Hormone." Pharmaindustrie schafft sich Kundinnen durch krankes Frauen Bild</p>
P2	<p>Frauen werden als schwaches, verletzliches Geschlecht dargestellt, daher ist das Ziel des FGZs Frauen in ihrem Selbstwertgefühl, Resilienz und Selbstfürsorge zu stärken. Eine Erkrankung zu haben, heißt nicht ein kranker Mensch zu sein "dass ein Mensch der eigentlich eine Erkrankung hat, ja nicht grundsätzlich krank ist, (...) dass diese eine Erkrankung ihn nicht grundsätzlich ausmacht." Begriff „Brustkrebsgene“ trägt zu Pathologisierung bei. Genveränderung bringt Risiko für Krebs aber nicht unbedingt Brustkrebs, schiebt Krankheit dem weiblichen Geschlecht zu. Stigmatisierung der Frau als krank.</p>
P5	<p>Heute wird weibliche Körperlichkeit der Funktionalität untergeordnet z.B. Pille, verhindert</p>

	<p>Wahrnehmung des eigenen Zyklus, Menstruation wird als Behinderung in Alltag, Beruf wahrgenommen.</p> <p>Brust gilt als gefährlich, potenziell krank.</p> <p>Wechseljahre sollten nicht als Krankheit verstanden werden, daher Angebot im FGZ zum Übergang in Wechseljahre.</p> <p>Viele Vorsorgeuntersuchungen geben Frauen das Gefühl krank zu sein, daher notwendige zu hinterfragen ob alle Vorsorgeuntersuchungen nötig sind, wie z.B. in Schwangerschaft, aber auch HPV Impfung.</p> <p>Viele Untersuchungen bringen auch viele Diagnosen, frage ob alle Diagnosen immer sinnvoll sind.</p>
--	---

2.1.3 Gesellschaftskritik / Kritik am gesellschaftlichen Diskurs	
P1	Junge Generation betrachtet klassische Medizin oft als Lösung, übt wenig Kritik daran.
P2	Kritik an Individualismus, Norm alles alleine schaffen zu müssen. Alle Menschen brauchen Unterstützung, das sollte normalisiert werden.
P5	<p>Heute gibt es ein größeres Bewusstsein, dafür was Gewalt ist. Andererseits wirken immer noch alte Paradigmen in Bezug auf Mutterschaft / Gewalt in Erziehung. Anspruch an Mütter zu funktionieren. Aber auch generelle Anspruchshaltung, dass Frauen auch in patriarchaler Welt funktionieren müssen, schnell wieder anfangen zu arbeiten.</p> <p>Zu Anfang der Frauengesundheitsbewegung viel Auseinandersetzung mit dem Annehmen der eigenen Körperlichkeit. Damals war Menstruationsblut ein Symbol der Macht und Stärke, heute wird weibliche Körperlichkeit der Funktionalität untergeordnet.</p> <p><i>“Das ist so ne Technisierung von Körperlichkeit, die findest du in allen Bereichen”</i></p> <p>Frauen sind mehr auf medizinische Interventionen angewiesen, weil sie in patriarchaler Welt funktionieren müssen.</p> <p>System geht nicht auf Bedürfnisse von Frauen, zyklischem Leben, nicht gleichbleibender Leistungsbereitschaft ein. Die Folgen sind Erschöpfung, Depression, Burnout in Wechseljahren, auch Schwangerschaftsdepressionen.</p>

2.1.4 Welche Rolle spielt Scham?	
P1	Häufig Scham für Blutung nach den Wechseljahren, 30% aller Frauen haben Myome, diese führen zu starken Blutungen, was immer noch tabuisiert ist, suchen sich Hilfe im Zentrum. <i>„Selbstermächtigung über den eigenen Körper schafft die Stärke der Bewegung“</i> ; sie bekämpft Scham z.B. in Bezug auf Menstruation oder andere biologische Gegebenheiten des weiblichen Körpers, die tabuisiert werden.
P2	Frauen empfinden häufig Scham für Körperlichkeit, daher ist das Ziel sich selbst annehmen zu können in körperlicher Unterschiedlichkeit. Je nach Hintergrund der Frauen auch Scham in Bezug auf Sexualität, viele haben keine Sprache für den eigenen Körper / Sexualität. Hinterfragen von Begriffen wie <i>„Schamlippen“</i> .
P3	<p>Scham spielt in der Arbeit eine große Rolle: besonders in sexualpädagogischer Arbeit, häufig Scham im Umgang mit Bildern von Geschlechtsorganen, bei Bezeichnungen sowie dem Sprechen darüber.</p> <p>In Diaphragma Anpassungen verändert sich die Scham nach dem ersten Besuch oft, wird weniger. Dabei kommt Scham von Schönheitsvorstellungen der Vulva, aber auch Scham für Menstruation.</p> <p><i>“Ich hab oft das Gefühl die wachsen dann so und kriegen so ein Standig für sich und haben dann am Ende so das Gefühl: Boah, ich hab das geschafft. Weil die schaffen das irgendwie alle.”</i> Scham wird weniger, dafür Stolz.</p>

	Körperbilder von Mädchen und jungen Frauen haben sich in den letzten 5 Jahren verändert. Mehr Bewusstsein, das Unterschiedlichkeit von Körpern okay ist, Bewusstsein für Problematik von Schönheitsidealen, Reflektion darüber. Gleichzeitig steigt der Druck diesem Bewusstsein zu entsprechen, obwohl Körperbilder immer noch internalisiert sind. Druck sich schön finden zu müssen, erzeugt Scham bei Nichterfüllung.
P4	Häufig Scham und Schuldgefühle für Erkrankungen, besonders im Zusammenhang mit Sexualverhalten. Beim Sprechen über Klitoris, Sexualität und Orgasmus von Frauen. Leichter Umgang der Mitarbeiterinnen mit Sexualität erleichtert Umgang für Frauen. Sexualpädagogik zum Anfassen hilft gegen Scham.
P5	Mitarbeiterin kommt aus Generation in der Menstruation noch stärker beschämt wurde Sie nimmt heute weniger Scham für Körperlichkeit wahr. Dafür mehr Scham dafür, nicht leistungsfähig zu sein, dass der Körper nicht funktioniert, wie er soll, nicht schön genug ist. Ständige Bewertung von außen verstärkt Scham, macht es schwierig eigene Identität zu finden.

2.2 Produktion und Vermittlung von widerständigem Wissen

2.2.1 die Rolle von Wissen

P1	Herrschaft wird durch Wissen aufrechterhalten. Nach Neuausrichtung zwar vor allem Frauen ohne Ausbildung im Gesundheitsbereich, Wissen wird aber auf Grundlage des eigenen Körpers und dem Austausch von Erfahrungen generiert. Beispiel vaginale Selbstuntersuchung als Selbstermächtigung. Wissen verändert das Verhältnis zum krank sein, ermöglicht Verständnis das Krankheit oft kein individuelles Problem ist, sondern strukturell begünstigt wird. Politische Dimension von Krankheit: Umweltfaktoren verändern, anstatt nur Symptome der individuellen Frauen zu behandeln.
P3	Wissen spielt immer noch eine wichtige Rolle in der sexuellen Bildung. Wissen entsteht z.B. durch Erfahrungsaustausch. Psychoedukation ermöglicht es, eigene psychische Zustände einordnen zu können. Wissen erweitert Handlungsmöglichkeit, schafft Erklärung und Kontrolle. Klassisches Körperwissen, genauso wie Wissen über Rassismus und andere Formen struktureller Diskriminierung. Wissen: es liegt am System nicht an mir. <i>“Ich finde, dass Wissen einfach was ist, was ganz stark, Erklärung schafft, Kontrolle schafft, Verständnis für einen. Und das es wirklich ich finde schon eine Art von Sicherheit halt gibt, für das wer bin ich und wie bin ich und wie stehe ich in der Welt.”</i>
P5	Wissen schafft Handlungsräume “Wissen ist Macht” Wissen über eigene Körperlichkeit ist notwendig für Entscheidungen Wissen macht unabhängig, ermöglicht Selbsthilfe. Trotzdem möglich Unterstützung zu suchen. <i>“Ich gebe mich in kein Verhältnis, in dem jemand anderes anfängt über mich zu bestimmen, weil er mehr Wissen hat, aber das hat er nicht, weil die einzige die meinen Körper kennt, bin ich selber”</i>

2.2.2 Angebote und Themen

P1	Themen von jungen Frauen:
----	---------------------------

	<p>PCOS, Endometriose. Hormonelle Behandlungen. Evaluierung von Angeboten der klassischen Medizin, z.B. Mammographiescreening und Alternativvorschläge / Angebote, manches ist sinnvoll anderes nicht. Aufklärungsangebote zur alternativen Behandlung von Erkrankungen wie Blasenentzündung und Selbsthilfe. Aufklärung zu Verhütung, Blasenentzündung, schmerzhafte Regelblutung, Filmvorführungen.</p>
P2	<p>Themen: Resilienz, Fürsorge, Umgang mit Ärzt*innen, seit Corona viel psychische Gesundheit. Beratung zu Gesundheitsthemen, Begleitung zu und Vermittlung von Arztgesprächen, Erklären von Diagnosen und Therapien. Veranstaltungen, Workshops, Weiterbildung zu Frauengesundheit für andere Beratungsstellen. Boxtherapie. Selbsthilfegruppe zu Endometriose. Thema Mädchengesundheit soll in Kooperation mit Schulklassen weiter ausgebaut werden.</p>
P3	<p>Mädchenberatung rückte zuletzt in den Fokus. Auch Themen der psychischen Gesundheit sind heute präsenter. Angebot: Frauenberatung – klassische Beratung, gynäkologische Beratung, Beratung zu psychischen Krisen, Unterstützung bei Therapiesuche. Verhütungsberatung und Diaphragma Anpassung. Mädchenarbeit: Beratung zu psychischen Themen, sexuelle Orientierung, geschlechtliche Identität. Bildungsangebote, Gewaltprävention, Veranstaltungen und Workshops, Angebote in Schulen.</p>
P4	<p>Themen: Myome, Eierstockszysten, Wechseljahre, Verhütung, natürliche Verhütung, Brustgesundheit, psychische Erkrankungen, social freezing. Broschüren zu Menstruationsbeschwerden und PMS von anderen Zentren, eigene Broschüre zu Lesben und Kinderwunsch und zu Menstruation. Umgang mit Menstruation: Urlaub wie in Spanien auf ärztliches Attest schafft neue Abhängigkeiten. Früher gab es in der Stadt verteilt Orte an denen menstruierende Menschen unterstützt wurden. Angebot: Beratung, Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung, Entscheidungshilfe, Broschüren, Workshops, Vorträge. Bereitstellen von Broschüren, nicht alle Frauen haben Kapazitäten, sich selbst zu informieren. Begleitung von Frauen zu Arztterminen, Erklären von Fremdwörtern, Diagnosen, Befunden.</p>
P5	<p>Themen: Schwangerschaft und Geburt, weil Hebammen an Gründung des Zentrums beteiligt waren. Auch Tod wird thematisiert, Sternenkinder, Fehlgeburten, Tod von Angehörigen, eigener Tod. Angebot: Elternkurse, Rückbildungskurse, Babyyoga, Geburtsvorbereitung, Wechseljahreskurse, Kräuterkurse, Geburtsaufarbeitung, Kreistänze. Veranstaltungen zu Gendermedizin, Arzneimittel und Frauen, Unterschiede in Reaktionen auf Medikamente. Veranstaltung zu mehrgenerationaler Traumatisierung, Geburt, Kriegserfahrung. Stillkampagne. Beratung zu gynäkologischen Themen zwischen klassischer Medizin und Naturheilkunde.</p>

2.2.3 Themensetzung

P1	Themen werden durch Interessen der Mitfrauen* gesetzt. Bsp. Geburt. Ebenso wie durch Anfragen von außen.
P2	Themensetzung durch Schwerpunkte der Mitarbeiterinnen: Naturheilkunde, Gender Studies, Boxtherapie.
P3	Gesellschaftliche Diskurse werden aufgegriffen, Themen aus Beratung werden aufgegriffen.

P4	Aktive Frauen haben Einfluss auf Themensetzung, aber auch was wird finanziert, z.B. Lesbengesundheitsprojekt.
P5	Neue Themen kommen mit neuer Generation.

2.2.4 Wege des Wissenstransfers	
P1	Infobroschüren zu Themen der Frauengesundheit werden viel nachgefragt.
P2	Wissenstransfer durch Veröffentlichungen, Veranstaltungen, Ausbildungen von Multiplikatorinnen in Beratungsstellen, Jugendarbeit, Psychatrie, zu Anfang vor allem durch Infothek, außerdem viel Beratung von Brustkrebspatientinnen.
P3	Veranstaltungen, Infoabende, Fortbildungen, Elternabende, Austausch mit Lehrkräften, Homepage, Instagram.
P4	Bereitstellen von „alternativen Infos“.

2.2.5 Physische Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper	
P1	Angebote zur physischen Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper “Körper erkunden”: vaginale Selbstuntersuchung, Einsetzen und Anpassen der Portiokappe. Anfertigung von Vulva-Abdrücke, physische Auseinandersetzung mit eigenem Körper erwirkt veränderten Blick auf diesen “weil das kann man gar nicht genau sagen, was macht das genau, das macht aber was in der Welt.”
P3	Selbstuntersuchungen werden wieder durchgeführt, Hinführung an das Thema in Viva la Vulva-Workshops, zuletzt wieder größere Nachfrage von Frauen, die den eigenen Körper kennenlernen wollen, ohne Scham oder Schuld. Verhütungsberatung und Diaphragma Anpassung, hat viel mit Wissen über eigenen Körper zu tun, führt zu Selbstbefähigung, junge Frauen gehen gestärkt daraus hinaus. <i>“Der Wunsch danach (...) sich dem (eigenen Körper) nochmal zu nähern ohne Scham und Schuldgefühle, ohne abwertende Gedanken sondern so der Wunsch danach sich nochmal mehr damit auseinanderzusetzen”</i>
P4	Diaphragma Anpassung, Selbstuntersuchung, Brustastuntersuchung, Diavortrag Klitoris und Veränderung beim Orgasmus, vaginale Selbstuntersuchung “Wenn du das geschafft hast, den eigenen Muttermund zu sehen und die anderen Muttermünder zu sehen dann hast du ein anderes Bild von dir selbst”, baut Scham ab. Ist wieder im Kommen, Auch Menstruationsschwämme und -cups verändern das Körpergefühl, durch direkten Kontakt mit Menstruationsblut, Teilen von Erfahrungen mit Menstruation als Zugang.
P5	Häufig Zugang zum Sprechen über eigene Körperlichkeit über Erfahrungen mit Menstruation, oder Stress, ebenso wie Meditation.

2.2.6 Gruppengespräche / Selbsthilfe	
P1	Themen werden meist als Gruppengespräch behandelt und dann bei Bedarf in Beratungsgesprächen ausgeführt. Durch Neuausrichtung ist Beratung weniger geworden, dafür Fokus auf gesellschaftlichem Umgang mit weiblichem Körper. Dann wiederum gibt es Veranstaltungen, wo Betroffene von Krankheit berichten, wo Erfahrungswissen ausgetauscht wird. Ausbildung ist für Austausch nicht nötig.
P2	Boxtherapie, Selbsthilfegruppen zu Endometriose.
P3	Empowerment Gruppe für junge Frauen mit psychischer Belastung, sind große Unterstützung füreinander. Heißt Empowerment statt Selbsthilfegruppe, um Zugang für junge Frauen zu erleichtern.

P4	Wechseljahrsgruppen, Selbsthilfegruppen zu unterschiedlichen Diagnosen. Bewertung von Frauenärzt*innen als Politikum, Austausch von Erfahrungen mit Arztbesuchen.
----	--

2.2.7 Entstehung der Wissensarchive	
P2	Immer wieder neue Recherche. Austausch mit anderen FGZs.
P3	Wissen aus Fachzeitschriften, wissenschaftliche Quellen, Erfahrungswissen aus der langen Arbeit der FGZs, Wissen der Kolleginnen, Wissen bei Therapiesuche durch andere Frauen (Kartei), Fachaustausch, Vernetzung, Arbeitskreise. Ordner voller frauenspezifischen Wissens sind in Zentren gebündelt, zu Themen die auch Ärzt*innen nicht hatten.
P4	Informationsquelle Bücher, auch als Leitmotiv Frauenkörper neu gesehen, Anitdiät Bücher, Wissen über Hormone, Begriffe (z.B. weibliche und männliche Hormone) Wissen aus 40 Jahren Arbeit in FGZs, Informationen aus Forschung, NGOs, bundesweite Zusammenschlüsse, Arbeitskreis Frauengesundheit, häufig nicht einfach zu entscheiden auf wen verlass ist.
P5	Haben alles erst selbst ausprobiert, dann andere Frauen angeboten. <i>“Wir haben alles erstmal selber ausprobiert, bevor wir das in Angebote umgesetzt haben.”</i>

3. ASPEKTE VON MACHT IN FRAUEN*GESUNDHEITZENTREN

3.1 Generationenwechsel	
P1	Fühlt sich als Brücke zwischen alter und neuer Generation. Fragt sich manchmal, ob sie noch dorthin gehört und merkt dann, dass ihre Perspektiven zwar anders sind, aber trotzdem wichtig für den Austausch. Über persönliche Kontakte wurde ein Kreis von jungen Frauen akquiriert, die sehr andere Perspektiven mitbrachten, betrachten sich z.B. nicht als Feministinnen, wollen Männer miteinbeziehen. Wird von P1 alles angenommen, solange gynäkologische Behandlung und Beratungen weitergehen können. Neue Generation bringt neue Fragen mit: Frauenrolle und Geschlecht, neue Inputs und neue Energie. Gleichzeitig Austausch mit alter Generation zu vormaligen Frauenthemen, wie Wechseljahre, Pille. Mittlerweile gibt es 80 „Mitfrauen“ Neuer Wind durch die neue Generation, mehr Kapazitäten für aufwendige, große Veranstaltungen, z.B. 31 Tage lang <i>“We all came out of a Pussy”</i> mit ca. 1000 Teilnehmenden. <i>“es kann ,ne ungeheure Dynamik entfalten, wenn sich so Dinge mischen: Denken, Generationen.”</i> Durch den Generationenwechsel sind neue Fragen in den Fokus geraten, hat sich der theoretische Rahmen erweitert. Dekonstruktion von Geschlecht hat <i>„revolutionäres Potential“</i> im Vergleich dazu, immer wieder Formen des Sexismus zu belegen. Begeisterung aus der älteren Generation für neue Fragen. Trotzdem Skepsis gegenüber der Umsetzbarkeit in der Praxis.
P2	Mittlerweile sind auch jüngere Frauen dabei. Generationenwechsel erleichtert Zugänge, junge Frauen können von jungen Frauen beraten werden. Bereicherung durch Austausch, andere Themen von jüngerer Generation rücken in den Fokus.
P3	Es gibt zwar eine klare feministische Haltung, was genau feministisch heißt, wird aber unterschiedlich interpretiert, insbesondere zwischen den Generationen. Viele Themen bleiben gleich, Begriffe ändern sich jedoch. Dadurch kommt es zu

	Begriffsverwirrung zwischen den Generationen.
P4	mit neuer Generation (durch Praktikantinnen) kommen neue Themen. Fragen wie: Dekonstruktion von Geschlecht? Wer ist Frau? Auseinandersetzung mit der alten Generation. Aktuell ist die große Frage, wie geht es weiter?
P5	neue Themen durch neue Generation, Prozesse, Reflektion. Austausch mit jüngerer Kollegin war anfangs schwierig, mittlerweile sei es <i>“wunderschön”</i> . Beide Seiten lernen voneinander: neue Perspektiven und altes Erfahrungswissen. <i>“das macht viel, sehr viel Spaß.”</i>

3.2 Umgang mit Wissenshierarchien	
P2	Den Frauen wird vor allem zugehört, dann werden weitere Informationen gegeben. Es gibt Unterstützung bei Entscheidungen, die jedoch die Frauen selber treffen. Zentral: Wille der Frauen ist im Fokus, als Gegenpol zur Hierarchie in der klassischen Medizin. <i>„Ja wir sind ja erstmal dafür da zuzuhören. Das heißt, das ist ja erstmal das aller Wichtigste, wenn man nicht bestimmend eingreift. Und dann zu hören, was gibt es für Probleme und dann zu sagen, das und das ist der Stand, das und das können wir anbieten und das und das können wir aufgrund von Erfahrungen, auch aufgrund von evidenzbasierter Medizin, zum Beispiel, sagen. Und damit dann aber auch wirklich es stehen zu lassen. Das heißt auch wenn wir Frauen länger in Beratung haben, sie länger begleiten. Dann immer wieder zu gucken, was ist jetzt gerade der Stand. Und was möchten sie jetzt gerne. Das heißt die Entscheidung, wohin es gehen soll, die treffen sie immer selber.“</i>
P3	Umgang mit Wissenshierarchien stellt Zwickmühle dar: <i>“Richtiges”</i> Wissen der Beraterinnen muss vermittelt werden, gleichzeitig soll die Wissenshierarchie möglichst klein bleiben. Es wird versucht, Scham über Nichtwissen nehmen, indem es gesellschaftlich eingeordnet wird, beispielsweise durch den Bezug auf eigenes Nichtwissen der Mitarbeiterin zu früherem Zeitpunkt. Die <i>“Verantwortung für Unwissenheit in Bezug auf Körper gesellschaftlich verankern, nicht individuell.”</i>
P4	Im Gegensatz zu klassischer Medizin Anspruch an flache Hierarchien und Zeit. Dass die Lösungssuche mit den Frauen gemeinsam erfolgt, durch Unterstützung, Bereitstellung von Informationen, so dass diese letztendlich selbstbestimmt entscheiden können. Der Versuch <i>“Schuldfragen abzuwiegeln, Eigenbilder ein bisschen zu korrigieren.”</i> Anspruch Wissenshierarchien zu vermeiden. Nicht Expertin zu sein, sondern Hilfestellung zur Entscheidung geben, Wissenstransfer leisten. Wissenshierarchien mit neuer Generation verhindern: in Austausch kommen, gegenseitige Perspektiven und Erfahrungen austauschen.
P5	Unterstützen in Entscheidungsprozess, Information. Ein angstfreier Raum soll geschaffen werden. <i>“Der Standort der Frau, die zu uns kommt mit ihrem eigenen Körpergefühl, ihrem eigenen Wissen, ist ausschlaggebend.”</i>

3.3 Wer ist Frau?	
P1	Unterscheidung in Cis- und andere Frauen war früher kein Thema, Mitarbeiterin bezieht sich auf biologisch weiblichen Körper und dessen patriarchale Diskriminierung. Gruppen sprechen das Zentrum auf Intersektionalität und Transfreundlichkeit an. Der Konflikt ist: das Bedürfnis die Kategorie Frau beizubehalten, um Informationen korrekt darzustellen, gegenüber der Bestrebungen den Begriff Frau zu dekonstruieren, inklusiver zu gestalten. Welche Rolle spielt Biologie? Hormone haben Einfluss auf Krankheiten. Mitarbeiterin fürchtet, dass viel Wissen verloren geht durch Unschärfe in Bezug auf Geschlecht.

	<p>Durch den Generationenwechsel sind neue Fragen in den Fokus geraten, hat sich der theoretische Rahmen erweitert. Dekonstruktion von Geschlecht hat „<i>revolutionäres Potential</i>“ im Vergleich dazu, immer wieder Formen des Sexismus zu belegen. Begeisterung aus der älteren Generation für neue Fragen. Trotzdem Skepsis gegenüber der Umsetzbarkeit in der Praxis.</p> <p>Diskussion über die Öffnung des Raumes, als nicht mehr nur Frauenraum, Diskussion darüber, wer Frau ist. Alle dürfen mitmachen auch Transmänner, außer Cis-Männer um die Reproduktion patriarchaler Strukturen zu vermeiden, zu Veranstaltungen dürfen alle kommen.</p>
P3	<p>FGZ erkennt Vielfalt von geschlechtlichen Identitäten an. Es gibt Beratung für Frauen (Trans und Cis) Mädchen (Trans und Cis), gynäkologische Beratung für Transmänner, Beratung für jüngere Transmenschen zu geschlechtlicher Identität. Diese Angebote werden nach außen kommuniziert. Menschen können kommen, wenn sie sich angesprochen fühlen, das wird nicht mehr hinterfragt.</p> <p>Trotzdem gibt es transfeministische Kritik, an der Bezeichnung Frauen* und Mädchen*räume. Die Frage ist, wer ist damit angesprochen? Durch längere Beschäftigung mit der Frage, hat das FGZ heute einen sichereren Umgang damit, dafür ist eine regelmäßige Auseinandersetzung wichtig.</p> <p>Vor 10 Jahren gab es eine Öffnung für Transthemen, Beratung für Transjüngliche auch zu gynäkologischen fragen.</p> <p>Das Selbstverständnis, „für wen sind wir da“ hat sich gewandelt. Name wird aktuell in Prozess besprochen: Mädchen* und Frauen*raum?</p>
P4	<p>Mit neuer Generation (durch Praktikantinnen) kommen neue Themen. Fragen wie: Dekonstruktion von Geschlecht? Wer ist Frau? Auseinandersetzung mit der alten Generation. Aktuell ist die große Frage, wie geht es weiter?</p>

3.4 Zugänge und Ausschlüsse	
P1	<p>Durch die Neuausrichtung sind manche Frauen weggefallen, gehen nun direkt in die Praxis der Heilpraktikerin.</p> <p>Zurzeit werden vor allem junge weiße Akademiker*innen erreicht. Das hat viel mit Sprache und Themensetzung zu tun. Kooperationen mit anderen Gruppen als Möglichkeit, um auch andere Frauen* zu erreichen. Z.B. Frauen mit Flucht- und Migrationserfahrung aus dem Mütterzentrum können mit der Dekonstruktion von Geschlecht wenig anfangen, werden von intellektuellen Debatten abgeschreckt.</p> <p>Die Frage bleibt, wie Zugänge erleichtert werden können. Dafür ist Offenheit in Diskussionsprozessen notwendig.</p> <p>Kooperationen, um niedrigschwellige Angebote zu schaffen und mehr Frauen zu erreichen.</p>
P2	<p>Zu Anfang kamen vor allem einzelne Frauen, die durch Veranstaltungen aufmerksam geworden sind. Durch Angebote in Gruppen / Kooperationen gibt es besseren Zugang auch für geflüchtete Frauen. Es kommen Junge, aber auch Frauen im höheren Alter. Es gibt auch Beratung für Trans- und Interpersonen.</p> <p>Generationenwechsel erleichtert Zugänge, junge Frauen können so von jungen Frauen beraten werden. Bereicherung durch den Austausch, andere Themen von jüngerer Generation.</p> <p>Zugang für Frauen mit Behinderung fehlt, es gibt zwar einen Eingang für Frauen, die mit dem Rollstuhl unterwegs sind, dieser wird aber nicht viel genutzt. Insbesondere Frauen mit Seh- und Höreinschränkungen haben kaum Zugang zu den Angeboten.</p> <p>Die Beratung ist kostenlos, höchstens gegen Spende. So wird das Angebot niedrigschwellig. Versuch auf Rassismuserfahrungen einzugehen, dafür sensibel zu sein, kultursensibel zu sein.</p>
P3	<p>Größere Reichweite durch Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, z.B. Abende in</p>

	<p>Unterkünften für geflüchtete Menschen.</p> <p>Altersspanne der Frauen, die kommen liegt zwischen 12 bis über 60 (Pubertät bis Wechseljahre), aus sehr unterschiedlicher sozialer Herkunft. Die meisten Mädchen haben mindestens einen Realschulabschluss, nur weniger sind von prekärer Armut betroffen.</p> <p>Rassismusbetroffene kommen weniger, am schwersten zu erreichen sind Mädchen mit Behinderung, dafür sind die Räumlichkeiten schlecht erreichbar. Außerdem kommen wenige Mädchen mit Mehrfachdiskriminierung.</p>
P4	<p>Es kommen vor allem Frauen, die mit klassischer Medizin unzufrieden sind.</p> <p>Frauen in sozialen Berufen tragen Infos über das FGZ an ihre Klientinnen weiter, z.B. im Betreuten Wohnen.</p> <p>Es kommen nicht nur Frauen aus Köln, auch Koblenz, Neuwied, da es kein FGZ in Rheinlandpfalz oder Thüringen gibt.</p> <p>Einige kommen über Schulprojekte ins Zentrum.</p>
P5	<p>Teilweise gibt es auch Angebote für Väter, was von den anderen FGZs kritisiert wurde, bis Freiburg auch sein Angebot geöffnet hat.</p> <p>Frauen mit Migrationshintergrund z.B. aus Afghanistan haben anderes Wissen, anderen Zugang zu Körperthemen.</p> <p>Je nach Kursen, kommen unterschiedliche Frauen. Durch die Zusammenarbeit mit Stadtteilen, wie durch Gutscheine für Kurse, die Zusammenarbeit mit dem Mädchentreff oder dem internationalen Frauenzentrum kommt ein breiteres Spektrum an Frauen.</p> <p>Kosten sind sonst häufig ein Ausschlusskriterium. Wenn Kurse kostenlos sind, kommt ein breiteres Spektrum an Frauen.</p> <p>Viele alleinerziehende Frauen kommen, ansonsten ein breites Spektrum von Bildungsabschlüssen.</p> <p>Zentrum setzt sich intern mit Rassismus auseinander.</p>

3.5 Begriffe

P1	<p>Der Begriff Cis kann für Frauen mit Migrationshintergrund und Sprachbarriere verwirrend sein.</p>
P3	<p>Empowerment gruppe für Frauen mit psychischer Belastung, heißt empowerment statt Selbsthilfegruppe um den Zugang für junge Frauen zu erleichtern.</p> <p>“Wie spreche ich was an, wen spreche ich mit was an” Begriff Flinta* wird nicht benutzt, weil es ein aktivistisch-akademischer Begriff ist, den viele nicht kennen und der Zugänge verwehrt, abschreckt.</p>

4. WIRKUNG VON EMPOWERMENT

4.1 Individuelle Wirkung

P1	<p>Wissen verändert das Verhältnis zum krank sein, Verständnis das Krankheit oft kein individuelles Problem ist sondern strukturell begünstigt wird. Politische Dimension von Krankheit: Umweltfaktoren müssen verändert werden, anstatt Symptome der individuellen Frauen zu behandeln.</p> <p>Individuelles Feedback, zeigt dass Arbeit sinnvoll und wirkungsvoll ist. Ein anderer blick macht Menschen selbstbewusster in ihren Entscheidungen.</p> <p>Frauen kommen in intensiven Austausch, werden politisiert, viele Themen werden angestoßen, erfahren dadurch eine Stärkung für den eigenen Lebensweg, eigene Beziehungen.</p>
P2	<p>Erfolg liegt darin, dass Frauen immer wieder vorbeikommen. Manche kommen nach dem</p>

	<p>Besuch von Veranstaltungen für eine individuelle Beratung. Außerdem gibt es erhöhte Nachfrage nach Referentinnen zu Gesundheitsthemen.</p> <p>Chronisch erkrankte Frauen brauchen längere Begleitung, andere Frauen haben nur ein einziges Gespräch, quasi als Anstoß.</p>
P3	<p>In Diaphragma Anpassungen verändert sich die Scham nach dem ersten Besuch oft, wird weniger. Dabei kommt Scham von Schönheitsvorstellungen der Vulva, aber auch Scham für Menstruation.</p> <p><i>“Ich hab oft das Gefühl die wachsen dann so und kriegen so ein Standig für sich und haben dann am Ende so das Gefühl: Boah, ich hab das geschafft. Weil die schaffen das irgendwie alle.”</i> Scham wird weniger, dafür Stolz.</p> <p>Wissen spielt immer noch eine wichtige Rolle in der sexuellen Bildung. Wissen entsteht z.B. durch Erfahrungsaustausch.</p> <p>Psychoedukation ermöglicht es, eigene psychische Zustände einordnen zu können.</p> <p>Ein Erfolg ist, wenn Scham abgebaut wird, wenn Mädchen eine Sprache finden für vorherige Tabus, wenn Grenzen gesetzt werden.</p>
P4	<p>Arbeit zeigt Erfolg, wenn Frauen im Prozess selbstbestimmte Entscheidungen treffen.</p> <p>Wenn Frauen nach Jahren mit einem anderen Problem wiederkommen.</p> <p><i>“Dann fühle ich auch, dass wir wirksam sind und das wir einiges bewegen können und wir sind zwar total klein aber ich meine wir leben.”</i></p> <p>Zur vaginalen Selbstuntersuchung: <i>“Wenn du das geschafft hast, den eigenen Muttermund zu sehen und die anderen Muttermünder zu sehen, dann hast du ein anderes Bild von dir selbst”</i>, baut Scham ab.</p> <p>Spaß an Erfahrungsaustausch.</p> <p><i>“Das verändert ja auch das eigene Körper Bild, wenn ich neue Informationen kriege.”</i></p> <p>Infos über zyklisches Leben von Frauen schafft Verständnis für eigenen Körper.</p> <p>Diavortrag Klitoris hat Einfluss auf Körper Bild, wissen über Orgasmus.</p>
P5	<p>Frauen bleiben teilweise über Jahre, kommen ursprünglich für ein Thema und nehmen dann noch andere Angebote wahr.</p> <p>Jahre später ziehen Frauen und Kinder das Fazit, dass das Zentrum sie geprägt hat, dass Frauen Wissen an ihre Kinder weitergegeben, haben das Wissen darüber <i>“sich anders zu fühlen”</i>.</p> <p>Austausch gibt Anstöße für Veränderung, manchmal erst mit über 50. Manche Frauen hinterfragen ihren eigenen Lebensweg mit Mitte 30, entwickeln neue Ideen und Projekte durch Anstöße aus den Angeboten des Zentrums.</p>

4.1.1 Selbstbestimmung

P1	<p>„Die Selbstermächtigung über den eigenen Körper schafft die Stärke der Bewegung.“ So wird z.B. Scham in Bezug auf Menstruation abgebaut</p>
P2	<p>Selbstbestimmung als zentrales Thema des Zentrums, z.B. Recht auf Schwangerschaftsabbruch, Recht auf Informationsangebote dazu.</p> <p>Frauen* sollen selbst bestimmen, was mit ihrem Körper gemacht wird und was nicht. FGZs unterstützen in diesen Entscheidungen durch Aufklärung, Bereitstellung von Wissen und Begleitung.</p> <p>Den Frauen wird vor allem zugehört, dann werden weitere Informationen gegeben. Es gibt Unterstützung bei Entscheidungen, die jedoch die Frauen selbst treffen. Zentral: Wille der Frauen ist im Fokus, als Gegenpol zur Hierarchie in der klassischen Medizin.</p>
P3	<p>Selbstbestimmung ist zentral, Mädchen und Frauen finden im FGZ einen Raum in dem sie <i>“selbstbestimmt für sich eintreten können, indem sie entscheiden können, was passiert, was</i></p>

	<i>nicht passiert, was sie brauchen.”</i>
P4	Bewertung von Frauenärzt*innen als Politikum, Austausch von Erfahrungen mit Arztbesuchen.
P5	Ziel ist die Förderung von Selbstbestimmung, Frauen sollen selbst informierte Entscheidungen treffen und grenzen Ziehen als bewusster Prozess.

4.2 Wirkung auf Mitarbeiterinnen	
P1	Viel unbezahlte Arbeit, Anträge zur Finanzierung werden immer wieder abgelehnt. Mitfrauen kommen in intensiven Austausch, werden politisiert, viele Themen werden angestoßen, erfahren dadurch eine Stärkung für den eigenen Lebensweg, eigene Beziehungen.
P3	Arbeit wirkt sich positiv auf die Mitarbeiterinnen aus: Praktikantinnen werden politisiert, setzen sich mit eigenen Vorstellungen auseinander. In der Arbeit ist ständige Reflektion nötig. Arbeit ist stärkend, auch durch das gute Team. <i>“Von der Grundsubstanz her, hat es eher was stärkendes und stabilisierendes und voll erdendes hier zu arbeiten.”</i>
P4	Eigentlich sollte es keine unbezahlte Arbeit geben. Prekäre Arbeitssituation: <i>“eigentlich muss man sich das leisten können, hier zu arbeiten”</i> Mitarbeiterin arbeitet noch in einer anderen Beratungsstelle, um genug Geld zu verdienen. Mitarbeiterinnen fühlen sich wertgeschätzt, gesehen, wollen gerne ehrenamtlich, minijobmäßig mitarbeiten.

4.3 Strukturelle Wirkung	
P1	Informationsangebote auch für Männer. Das gezielte Ansprechen von vorherigen “Frauthemen” hat Innen- und Außenwirkung. Präsenz in der Stadt, aber auch Förderung durch die Stadt zeigt Außenwirkung. Kritik über lange Jahre hinweg verändert den Diskurs, wie etwa in Bezug auf die Pille, Tampons, Free Bleeding. <i>„Ja, also was ich klasse finde, das finde ich genial die machen ja in Stuttgart ganz viel so Sachen wie Vulva abdrücke, das ist genauso wichtig wie früher diese Selbstuntersuchung, weil nur da drüber bist du nicht so beherrschbar. Wenn du siehst, ah es gibt Frauen da sind die inneren Venuslippen länger und kürzer und es ist so oder so und ich kann Schambehaarung haben oder auch nicht und du löst dich ein stückweit von diesem gar nicht bewussten Bild. Dafür ist Stuttgart glaube ich nen genial positives Beispiel. Weil das kann man gar nicht genau sagen, was macht das genau, das macht aber was in der Welt.“</i>
P2	FGZ hat einen guten Ruf in der Stadt, es gibt Aufmerksamkeit durch Fernsehbeiträge. Ärzt*innen wünschen sich Kooperation, Begleitung von Patientinnen durch FGZ. Durch die Lobbyarbeit von FGZs, gibt es heute mehr Aufmerksamkeit für Gender Medizin, einen langsamen Wandel in der klassischen Medizin hin zu mehr Bewusstsein für Gender Unterschiede. Kliniken und Arztpraxen schicken Frauen zum FGZ und haben ein Interesse an Zusammenarbeit, z.B. zum Thema Endometriose, nachdem das Zentrum eine Broschüre herausgeben hat. Haben ein Interesse auf niedrigschwelliger Ebene weiterzuarbeiten
P3	Das FGZ ist immer weiter gewachsen, hat mehr Förderung bekommen und heute ein gutes Standing in der Stadt. Coming out Beratung ist in den letzten 20 Jahren weniger geworden, Mitarbeiterin sieht eine Veränderung des Diskurses zu Bi- und Homosexualität. Feedback zu Genderformulierung als Indikator für die Außenwirkung des FGZs: hat gewisse Autorität als Institution. Einfluss der FGZs auf Diskurs zu Diaphragma und hormonfreie Verhütung (Lobby Arbeit)

	<i>“ich glaube das ich oft unterschätze welchen Einfluss wir dann doch haben. ... Ich glaube es ist son Paradox, es hat irgendwie keinen, weil wir superklein sind, im Vergleich zu riesigen anderen Dingen und es hat glaube ich irgendwie auch einen großen, irgendwie dann doch.”</i>
P5	Fortbestehen und Weiterentwicklung durch neue Generation des Zentrums ist ein Erfolg. Prozesse werden erst Jahre später spürbar. Die Außenwirkung ist daher schwer zu messen. Frage, ob das Zentrum nach außen politischer sein sollte. Einzelne Frauen, die in politischen Zusammenhängen aktiv sind, wurden durch das Zentrum geprägt, setzen ihre Erfahrungen vielleicht auch in der Politik um.

4.4 Netzwerke	
P1	Bundesverband der Frauengesundheitszentren, viel Netzwerk und Lobbyarbeit
P2	Netzwerk und Gremienarbeit zu Krisen rund um die Geburt, Gender und Depression, Niedersächsisches Netzwerk Frauen- und Mädchengesundheit, Netzwerk Endometriose.
P3	Vernetzung mit den anderen Frauen*Gesundheitszentren: Austausch von Infos und Veranstaltungskonzepten. Aktuelle Kooperation mit dem Geburtshaus.
P4	Netzwerk in NRW zu Frauengesundheit, zu den Themen Gender Medizin, geschlechtssensible Diagnostik, Wechseljahre. Insbesondere viel Austausch als Landeskooperationsstelle Frauen und Gesundheit. Kooperation mit Fachhochschule Köln / Seminare an der FH zum Thema Frauengesundheitsbildung.
P5	Vernetzung mit anderen Gruppen, Frauen werden, je nach Thematik an andere Stellen weitervermittelt.

5. AUSBLICK

5.1 Probleme	
P2	Zeitmangel als größtes Problem.
P3	Mehr Finanzierung würde mehr Angebote ermöglichen. Steigende Zahl an Anfragen durch Corona, höhere psychische Belastung von Frauen und Mädchen (20% mehr Anfragen im Frauenbereich, 60% im Mädchenbereich).
P5	Unsichere Finanzierung, unsichere Zukunft.

5.2 Wünsche	
P1	Wunsch nach Dialog und Verständnis für unterschiedliche Perspektiven.
P3	Wunsch das Nachfrage groß bleibt, dass Frauen und Mädchen weiter mehr wissen wollen. Wunsch, dass die Arbeit irgendwann obsolet wird.
P4	Wunsch, dass es weitergeht.
P5	Wunsch nach mehr finanzieller Sicherheit. Wunsch nach offenem Umgang, Austausch und Wertschätzung zwischen Generationen. Großes Bewusstsein für Körperthemen aktuell soll genutzt werden, sich weiterzuentwickeln, darf nicht zu dogmatisch werden.

Eidesstattliche Erklärung

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich meine Master-Thesis zum Thema: „Frauen*Gesundheitszentren als Orte des Empowerments durch Wissen“ selbstständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel, als die angegebenen benutzt habe. Alle Stellen, die von Autor*innen wörtlich oder sinngemäß übernommen sind, habe ich durch Angabe von Quellen als Zitat kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder in Teilen noch insgesamt einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ich bin damit einverstanden, dass ein Exemplar meiner Master-Thesis zur Einsicht ausgelegt wird.

Köln, den 10. Dezember 2022

Marlene Pick