
Dana Mahr und Livia Prüll

Körperliche Selbstermächtigung aus dem 3D-Drucker?

Feministische Kulturen als ›Parallelwelten‹ und der Kampf um gesellschaftliche Teilhabe seit 1970

TransHackFeminism

Im August 2014 trafen sich in der post-kapitalistischen Kommune Calafou (Barcelona) die Aktivist_innen des *GynePunk-Movement* zur ersten internationalen *TransHackFeminist Convergence*. Ziel dieses Treffens war es, Feminist_innen, Trans*- und Queer-Menschen aller Geschlechter zusammenzubringen und gemeinsam frei zugängliche und befreiende Technologien sozialen Widerspruchs und sozialer Teilhabe auszutauschen, zu verstehen und neue zu entwickeln (Colonia ecoindustrial postcapitalista 2014). Hierzu gehörten Praktiken des Gender-Hackings mit *home-brew* Hormontherapien, die selbstbestimmte Examination des eigenen Körpers mittels gynäkologischer *open-source*-Hilfsmittel sowie die Erarbeitung von viral verbreitbaren Anleitungen zur Identifikation und Erstversorgung von Geschlechtskrankheiten. Fokussiert werden sollte dieses Know-How auf ein soziales Ziel: Den Zugriff auf reproduktive Gesundheitsvorsorge auszuweiten und partizipatorisch zu rekonfigurieren und zwar mit einem besonderen Fokus auf vulnerable Gruppen wie Sexarbeiter_innen und Immigrant_innen. Von der *GynePunk*-Bewegung wird die *open-source*-Aneignung von medizinischen Techniken und digitalen Technologien als ein Gegenmodell zur hierarchisch-paternalistisch organisierten Gesundheitskultur in neoliberalen Gesellschaften verstanden. Zugleich ordnet sie sich in die avantgardistische Bewegung des Biohackings ein und kommuniziert ihr Handeln im Modus des *nie Dagewesenen*, *Gegenkulturellen* und *Revolutionären* (Lewis 2006; Wohlsen 2011; Jen 2015). So charakterisiert beispielsweise die Aktivist_in Klau Kinky im Interview mit dem ehemaligen *WIRED*-Journalisten Dough Bierend die Identität der Bewegung wie folgt: »Das (...) Kriterium, das ich anwenden würde, um sich als GynePunk zu bezeichnen, ist es, seinen Körper zurückzufordern (Übers. d. A.)« (Bierend 2015).

Doch ist das Motiv der Rückeroberung des eigenen Körpers (Chardronnet 2015) wirklich so eng an die Ablehnung gegenwärtiger Formen medizinischer Gouvernamentalität und der kapitalistischen Wirtschaftsform

gekoppelt, wie es die Rhetorik der Aktivist_innen suggeriert? Wie abhängig ist ihre Kultur der technisch induzierten Teilhabe von webbasierten Kommunikationstechniken und alternativen Besitzformaten wie open-source oder creative commons? Kurzum: Steht der Aktivismus der *GynePunks* nicht eher in einer vielschichtigeren historischen Tradition – und wenn ja: wie verändert dies unseren Blick auf den digitalen/DIY-Gesundheitsaktivismus im frühen 21. Jahrhundert? Im vorliegenden Beitrag möchten wir Antworten auf diese Fragen finden. Zunächst stellen wir das Projekt *GynePunk* in einen breiteren (historischen) Kontext, indem wir erörtern, wie Menschen, die im Rahmen der Werte und Normenzuordnung der Gesellschaft als >anders< gelten und medizinische Dienstleistungen brauchen, in Aushandlungsprozesse mit der Medizin treten. Anschließend befassen wir uns mit den *GynePunks* selbst und gehen dabei asynchron komparativ vor: Wir vergleichen den Aktivismus sowie die Wissenskultur des *GynePunk-Movement* mit derjenigen des frühen *Women's Health Movement* der 1970er Jahre. Dabei suchen wir nicht nur nach Schnittmengen, Differenzen und Traditionen auf der Ebene konkreter Praxis, sondern versuchen auch, eine Perspektive auf deren Verzahnung mit sozialen Hintergrundannahmen zu gewinnen. Wir möchten verstehen, warum in scheinbar so unterschiedlichen medizinischen Regulierungskulturen wie dem Paternalismus der 1960er Jahre und den post-feministischen Präventionsregimen der Gegenwart funktional analoge Selbstermächtigungsbewegungen entstehen konnten.

Im ersten Abschnitt des Beitrags geht es dementsprechend um >andere< Menschen und deren Parallelwelten, wobei wir auch einen historischen Exkurs vornehmen werden. Danach werden wir einen knappen Abriss der frühen Geschichte des *Women's Health Movement* geben, da sie interessante Analogien zum *GynePunk-Movement* aufweist (1). Im Anschluss werden wir die *GynePunks* mit den Aktivist_innen der 1970er Jahre vergleichen und zwar unter anderem am Beispiel der diskursiven und praktischen Aneignung des Spekulum, eines schnabelförmigen Instruments zur Untersuchung der Scheidenhaut und der Cervix, das eine ambivalente, mit Repression und Paternalismus, aber auch Befreiung versehene Geschichte hat (2) (Irigaray 1985). Auf dieser Grundlage werden wir in einem dritten Schritt allgemeine Überlegungen über die Rolle technisch induzierter Formen der Partizipation und der (weiblichen) Selbstermächtigung an den Schnittstellen von digitaler und analoger Gesellschaft anstellen. Dabei geht es um die Frage, inwiefern derartige Technologien den Lebenskontext der Akteurinnen subjektiv entscheidend verbessern – im Sinne der Ermöglichung von Eigenentscheidungen in bisher abgeriegelten Bereichen (3).

›Andere‹ Menschen und gesellschaftliche ›Parallelwelten‹

Die Frage danach, wer die *GynePunks* eigentlich sind, fordert unweigerlich zu grundsätzlichen Überlegungen heraus. Diese betreffen das Verhältnis von Menschen zur naturwissenschaftlichen Medizin und ihren Repräsentant_innen und die Art und Weise, wie Menschen sich in ganz speziellen Fällen mit medizinischen Themen, Theorien, Massnahmen und Handlungsanweisungen arrangieren. Unternehmen wir diesen Schritt, werden wir die *GynePunks* mit ihren besonderen Anliegen gut einordnen können.

Zunächst muss festgehalten werden, dass es der naturwissenschaftlichen Medizin um 1850 gelang, in Westeuropa und den USA die Deutungsmacht in Fragen von Gesundheit und Krankheit zu erhalten (Labisch 1991). Mithilfe des wiederholbaren und kontrollierten Experiments im Rahmen einer der Vorgabe nach unvoreingenommenen Naturbetrachtung konnte eine Effektivität demonstriert werden, die die naturwissenschaftliche Medizin – als einen Anbieter unter vielen – zur »Schulmedizin« machte (Bynum 1994; Bynum et al. 2006). Dies implizierte zunächst, dass andere Entwürfe, die dann im Folgenden als »alternativmedizinisch« etikettiert wurden, in den Hintergrund traten. Wichtiger in unserem Zusammenhang ist aber, dass die Vertreter_innen der naturwissenschaftlichen Medizin sich in der besonderen Situation des 19. Jahrhunderts die Ermächtigung erkämpften, ihre Expertise in außerordentlicher Weise gesellschaftspolitisch wirksam werden zu lassen: Nicht nur wurde der Einfluss medizinischer Parameter und Sachverhalte auf verschiedene soziale Gruppierungen erhöht. Man ging sogar weiter und unternahm einen atemberaubenden Schritt, um ein gesundheitspolitisches Screening der Gesellschaft vorzunehmen, indem man das morphologische Substrat in krankem und gesundem Zustand mit dem Sozialverhalten der jeweiligen Person koppelte. Der Auftrag war, die Gruppierungen in der Gesellschaft zu normieren und dann diejenigen zu identifizieren und zu definieren, die nicht den gegebenen Normvorstellungen entsprachen.

Das genannte Vorgehen erhielt mit der darwinistischen Deszendenztheorie auch eine heuristische Matrix. Die Kopplung von abweichender Körperlichkeit und abweichendem Sozialverhalten wurde gemäß dieser Anschauungen durch degeneriertes Erbgut verursacht, ihre Träger_innen waren damit definitiv stigmatisiert (Planert 2000). Es ist bemerkenswert, dass dies längst nicht nur diejenigen Gruppierungen betraf, die wir heute in unserer Wahrnehmung als ›Patient_innen‹ bezeichnen. Zwar gerieten bekanntermaßen vor allem psychiatrische Patient_innen – neben u.a. »Syphilitikern« oder

»Alkoholikern« – in das Fadenkreuz der medizinischen Fahnder_innen nach >Abartigkeit<. Aber es waren auch Gruppierungen, die schlicht durch ihr Sozialverhalten auffielen und im Rahmen einer Pathologisierung in den Bannstrahl medizinischer Für- und Vorsorge gerieten. So meinten Rechtsmediziner_innen wie Cesare Lombroso (1836–1909), Verbrecher_innen an bestimmten körperlichen Zeichen erkennen zu können, und sie stellten Atlanten zusammen, um sie damit zu identifizieren und auszusondern (Mosse 1990). Auch Devianzen in der Geschlechtsausrichtung und -identität wurden herausgestellt. »Homosexuelle« und »Transsexuelle«, die man im 19. Jahrhundert noch kaum auseinanderhielt, wurden in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts von der zeitgenössischen Psychiatrie als »pervers« und »degeneriert« betrachtet (Herrn 2005; Prüll 2016).

Damit nähern wir uns unserem Thema: Die größte gesellschaftliche Gruppe, die >anders< war, insofern als sie im bürgerlichen Zeitalter des Sichtens, Sortierens und Ordnen nicht den gängigen, männlich konnotierten Wertvorstellungen entsprach, waren die Frauen. Die Medizin war auf den jungen heterosexuellen Mann in arbeitsfähigem Alter ausgerichtet. Kindern, Frauen und alten Menschen wurde diese Aufmerksamkeit nicht geschenkt (dazu Jordanova 1989). Doch auch hier führte die Kopplung von Organischem und Seelischem zu einer Typologisierung, die eine Inferiorität zum Mann herstellte und die Frau damit denjenigen Gruppierungen zuführte, die >anders< sind. Die Psychiatrie steuerte ihr damaliges >Wissen< bei. So schrieb der Psychiater Paul Möbius 1900 über den »physiologischen Schwachsinn des Weibes« (Möbius 1900). Der Psychiater Richard von Krafft-Ebing formulierte 1890, dass bei Frauen »die gefährlichen Zeiten der Schwangerschaft, des Puerperium und des Klimakterium sich geltend machen, dass an und für sich das Weib körperlich und geistig weniger widerstandsfähig ist als der Mann, dass ferner das Irresein sich mehr auf die weiblichen Nachkommen vererbt«. Dies würde jedoch »reichlich aufgewogen beim Mann durch Ueberanstrengung im Kampf ums Dasein, den er grossentheils allein durchkämpfen muss, durch Trunksucht, durch sexuelle Excesse, die angreifender für den Mann sind als für das Weib. Muss das Weib allein den Kampf ums Dasein bestehen – so manche Wittwe – dann erliegt sie leichter und rascher als der Mann« (Krafft-Ebing 1890: 158). Dementsprechend wurde die gesellschaftliche Rolle der Frau nach bürgerlichen Maßstäben festgelegt, medizinische Maßnahmen entsprechend durchgeführt. Dabei dominierte der männliche Arzt mit seinen Einstellungen alle Entscheidungen über diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei seinen weiblichen Patientinnen (Moscucci, 1990). In einer sehr patriarcha-

len Medizin, die auch ungefragt an Patient_innen experimentierte, hatten letztere keine großen Spielräume.

Dies änderte sich zunehmend in einem längeren Prozess ab etwa 1900. Um die Jahrhundertwende beschwerten sich Patient_innen über ihren langen Aufenthalt in psychiatrischen Anstalten, Journalist_innen schrieben Artikel über die schlechte Behandlung von Armen im Krankenhaus. Der Prozess gegen den Breslauer Dermatologen Albert Neisser, der Experimente an minderjährigen Prostituierten durchgeführt hatte und deshalb zu einer Strafzahlung verurteilt wurde, steht für den Beginn einer zunehmenden Wehrhaftigkeit von Patient_innen im Hinblick auf die Verteidigung ihrer Rechte (Elkeles 1996). Bemerkenswerterweise handelt es sich erneut nicht nur um eine Rehabilitationsbewegung der >Patient_innen<, sondern auch derjenigen sozialen Gruppierungen, die ein Alleinstellungsmerkmal hatten (und haben) und besondere medizinische Hilfeleistungen in Anspruch nehmen mussten (und müssen).

Der Prozess dieser Selbstermächtigung, der sich in Brüchen und Schwankungen vollzog, kann hier nicht im Detail nachgezeichnet werden. Ein erster großer *Peak* ist sicherlich für die Zwischenkriegszeit nach 1918 zu verzeichnen, als die westeuropäischen Staaten und die USA vor dem Hintergrund des Ersten Weltkrieges und der massiven Verluste und Entbehrungen begannen, eine Volksfürsorgepolitik zu betreiben (Peuckert 1987). Im Kontext dieser neuen politischen Ausrichtung wurden nicht nur die Patient_innenrechte gestärkt. Auch die Emanzipation von Homosexuellen, Lesben und Transsexuellen erhielt einen ersten Auftrieb. Organisatorische Strukturen wurden geschaffen, »Transsexuelle«, wie sie seit 1923 genannt wurden, wurden zum ersten Mal verstärkt in der Öffentlichkeit wahrgenommen und konnten medizinische Hilfe bei einer Geschlechtsangleichung erhalten, nachdem bereits seit der Jahrhundertwende durch das Wirken des Sexualwissenschaftlers Magnus Hirschfeld (1868–1935) hierfür der Weg geebnet worden war (Herrn 2005; Prüll 2016). Dies galt auch für die Situation der Frauen, die 1919 in Deutschland das Wahlrecht erhielten. Vor allem leiteten die Frauen erste Schritte zu ihrer medizinischen Selbstermächtigung ein. Nach Vorläuferentwicklungen in England und in den USA entstanden in Berlin im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts Kliniken, in denen weibliche Ärzte Frauen behandelten. Etwa um dieselbe Zeit öffnete sich den Frauen in Deutschland auch der Zugang zum Medizinstudium, nachdem dies in vielen anderen Ländern schon sukzessive ab etwa 1860 geschehen war (Hoesch 1995; Bleker 1998). 1924 wurde dann der Deutsche Ärztinnenbund gegründet. Ebenfalls in der Weimarer Zeit wurden Sexualberatungsstellen

ingerichtet, die Frauen im Hinblick auf Verhütung und Fragen rund um die Schwangerschaft unterstützten (von Soden 1988).

Die zweite große Zensur ist die Zeit nach 1945, in der nicht nur ein Krieg bewältigt werden musste, sondern auch die Folgen der »Deutschen Diktatur« (Bracher 1969). Wie auch schon vordem betraf diese neue Emanzipations- und Rehabilitationsbewegung sowohl Patient_innen als auch Klient_innen, die Dienstleistungen der Medizin in Anspruch nehmen mussten (und müssen). Sie setzte bereits in den 1950er Jahren ein, als erneut viele Gruppierungen ihre Rechte mehr oder weniger öffentlichkeitswirksam einklagten. So gelang es zum Beispiel den Diabeteskranken im Rahmen der Gründung des »Deutschen Diabetikerbundes« im Jahr 1951 die erste deutsche Patient_innenselbsthilfegruppe aufzubauen und sich – vor allem auch im Ringen mit ihren Behandler_innen – eine Eigenidentität zu erschaffen (Prüll 2013). Ein weiteres Beispiel für Menschen, die seit der Geburt mit besonderen morphologischen Gegebenheiten konfrontiert sind, ohne deshalb krank zu sein, sind die Gehörlosen, die sich 1950 mit dem »Deutschen Gehörlosenbund e.V.« eine erste eigene Interessensvertretung gaben. Im Rahmen der Disability-Studies werden sie nicht mehr als »kranke«, sondern als »andere« Menschen betrachtet, deren Rehabilitation noch in vollem Gange ist (Uhlig 2012; Söderfeldt 2013).

Die genannte Ereignisabfolge ist wichtig, wenn man die *Gynepunks* im Kontext der Frauenbewegung verstehen will, die nach dem Zweiten Weltkrieg, genauer seit den 1970er Jahren, eine neue (zweite) Welle der Emanzipationsbewegung erlebt hatte. Bezogen auf die Medizin ist der Hintergrund hierfür das Unbehagen der feministischen Bewegung an einer männlich dominierten Medizin, die in Lehrbüchern auch nach 1945 traditionell noch den Mann zum Standard erklärt und die Frau als »anders« darstellt, als einen Sonderfall, der einer besonderen Behandlung oder Beachtung bedarf und einer Reise ins »Fremde« und »Mysteriöse« gleichkomme (Lupton 1995). Im Bereich der Gesundheitserziehung und -aufklärung wurden klassische Rollenbilder zementiert (Sammer 2015; Linek/Pfüttsch 2016). Daher wandte sich die frühe feministische Bewegung im Rahmen der Unterteilung von »Sex« und »Gender« vorwiegend Letzterem zu – und damit der »Geschlechterordnung« als sozialem, historisch bedingtem Konstrukt. Der biologische Körper der Frau wurde noch essentialistisch als gegeben hingenommen. Erst seit den späten 1970er und den 1980er Jahren wurde diese Haltung hinterfragt. Die Beschäftigung mit dem Frauenkörper entlarvte ihn als ein Produkt zeitabhängiger Ein- und Beschreibungen (Oudshoorn 2001). In diesem Sinne versuchen Feministinnen wie Teresa de

Lauretis zwischen Essentialismus und Sozialkonstruktivismus zu vermitteln, indem sie betonen, dass der Frauenkörper im Rahmen von gesellschaftspolitischen Diskursen immer neu geschaffen wird. Das nach wie vor männlich dominierte Wissenschaftssystem hat damit keine Deutungsmacht für den biologischen Frauenkörper, sondern dieser wird ebenso wie die sozialen Koordinaten des Geschlechterverhältnisses immer wieder neu ausgehandelt wird (De Lauretis 1990).

In den Kulturwissenschaften und speziell auch der feministischen Bewegung ist damit sehr offen geworden, was ›die Frau‹ eigentlich ausmacht. Es gibt – auch im Sinne der »queerness« – keinen uniformen Lebensweg von Frauen. Infolge der Diskussionen in den genannten Bereichen wird das bipolare Geschlechterbild, das im 19. Jahrhundert konstruiert wurde, zunehmend aufgeweicht. Im Rahmen dieser Entwicklung agiert *Gynepunk* als eine Gruppierung, die die Selbstermächtigung von Frauen vorantreibt. Vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung kann dies als weitergehender Schritt gedeutet werden: Hatten Frauen schon gegen Ende des 19. Jahrhunderts gleichsam eigene Akteurinnen in das medizinische System entsandt, so sind es jetzt Frauen ohne medizinische Ausbildung, die sich der Medizin bemächtigen, sie sich aneignen und die Erkenntnisse untereinander verbreiten.

In historischen Analysen wird oft von »Gegenwelten« gesprochen, wenn soziale Gruppierungen eigene Identitäten und Lebenskonstruktionen entwickeln (Leonhard/Mignon Kirchhof 2015). Viel besser passt der Begriff ›Parallelwelt‹, um die *Gynepunks* in die verschiedenen Beispiele für ›andere‹ Menschen einzureihen, die hier vorgestellt wurden. Letztlich sind es Aushandlungsprozesse, die sich mit der kontrovers diskutierten naturwissenschaftlichen Medizin vollziehen. Es ist der Versuch, sich selbst mit bestimmten Praktiken der Ausübung von Weiblichkeit in der Gesellschaft zu etablieren und Akzeptanz zu finden. Wie sich dieser Prozess – bezogen auf die *Gynepunks* – seit Ende der 1960er Jahre abspielte, soll im folgenden Kapitel beleuchtet werden.

Erstes Licht in der Blackbox des weiblichen Körpers

Beeinflusst durch die keimende Bürgerrechtsbewegung trafen sich im Jahr 1969 zwölf Frauen (darunter Jane Pincus, Ruth Davidson und Nancy Hawley) zu einem Workshop in Boston zum Thema »Women and their Bodies«. Am Rande der offiziellen Veranstaltung, die von Nancy Hawley geleitete wurde, tauschten sich die Teilnehmer_innen über ihre Erfahrungen

im Gesundheitssystem und mit Ärzt_innen aus (Nicols 2000; Lippman et al. 2008; Nelson 2015). Dabei diskutierten sie über jenes hierarchische Verhältnis, das die fast immer männlichen Gynäkologen ihnen gegenüber einnahmen, die paternalistisch über ihren Körper, ihre Gesundheit und ihre Reproduktion verfügten. Die Frauen stellten fest, dass aufgrund dieser Haltung des anderen Geschlechts sie selbst darüber im Unklaren blieben, wie ihre Körper arbeiten und wie genau die Gesundheitsversorgung, die sie erhielten, ihre Körper beeinflusste, ihre Reproduktionsfähigkeit regulierte und ihr sexuelles Empfinden steuerte (Morgen 2002). Ein Zustand den sie – als Mitglieder einer sich zusehends politisierenden Mittelschicht – zu ändern beschlossen. Das Ergebnis vieler späterer Diskussionen – unter anderem am Küchentisch von Jane Pincus – war zum einen die Institutionalisierung ihrer Treffen als *Boston Women's Health Collective*, zum anderen die Durchführung eines »Sommerexperiments« (Morgen 2002). Im Zuge dieses Experiments wollten sie das Nicht-Wissen über ihre eigenen Körper in Handlungs-Wissen umwandeln und damit zu aktiven Akteurinnen im Hinblick auf ihre eigene Körperlichkeit, das Gesundheitssystem und dessen paternalistisch gefasste Form von Expertise zu werden. Am Anfang der Aktion stand eine genaue Problemidentifikation sowie die Erhebung von Daten. Am Ende standen Praktiken zur Selbstermächtigung, zur Wissensdistribution in Selbsthilfekursen, politischer Aktivismus und letztlich auch die Gründung von Kollektiven in anderen US-amerikanischen Städten. In den Worten des Kollektivs:

»Vor einem Jahr kam eine Gruppe von uns (...) für einen Kurs zusammen, in dem wir Laienfrauen uns Wissen über weibliche Gesundheit und weibliche Körper erarbeiteten (...). Im Anschluss daran entwickelten einige von uns einen Fragebogen darüber, wie Frauen ihre Körper fühlen und die Beziehung zu Ärzten wahrnehmen. Wir entdeckten, dass es keine »guten« Ärzte gibt und dass wir uns selbst Wissen aneignen müssen. Wir sprachen über unsere persönlichen Erfahrungen und teilten unser Wissen. Weitere Informationen holten wir uns aus Büchern, und wir wandten uns auch an medizinisch geschulte Personen. Über die Themen entschieden wir kollektiv. (Ursprünglich waren dies: Patienten als Opfer, Sexualität, Anatomie, Geburtskontrolle, Abtreibung, Schwangerschaft, geplante Mutterschaft, Entbindung und Kinderpflege, medizinische Institutionen, medizinisches Recht und Organisationswege für den Wandel). Wir wählten das- oder diejenigen Themen aus, die wir individuell oder in Gruppen bearbeiten wollten, um die Kapitel unseres Buches (unseres Readers – Anm. d. A.) zu schreiben. Der Prozess, der sich in der Gruppe entwickelte, wurde dabei ebenso wichtig wie das

Material, das wir erlernten. Zum ersten Mal forschten wir und schrieben Artikel, die über uns und für uns waren. Wir waren aufgeregt, und unsere Aufregung war groß. Wir wollten beides mit unseren Schwestern teilen, die Aufregung und das Material, das wir erlernten. Wir sahen uns selbst mit anderen Augen, und unsere Leben begannen, sich zu verändern. Während unserer Arbeit trafen wir uns wöchentlich, um zu diskutieren, was wir über uns selbst, über unsere Körper und Frauengesundheit gelernt hatten. Wir stellten in der Gruppe jedes Thema vor und halfen uns gegenseitig durch konstruktive Kritik, um die Artikel zu überarbeiten. Im Herbst waren wir schliesslich bereit, unser kollektives Wissen mit unseren Schwestern zu teilen. Aufgeregt und nervös (waren wir doch *nur* Frauen – welche Autorität hatten wir denn schon bezüglich Medizin und Gesundheit?) boten wir den Schwestern der *Women's Liberation*-Bewegung einen Kurs an. Einzeln und in Gruppen stellten wir unsere Themen vor und diskutierten unser Material; manchmal im großen Plenum, häufiger aber in kleineren Gruppen. Andere Schwestern trugen ihre eigenen Erfahrungen, Fragen, Ängste, Gefühle, Erwartungen bei. Es war dynamisch! Wir lernten alle gemeinsam. Eines der Hauptziele des Kurses war, dass wir als Gruppe den Kurs an eine andere Frauen-Gruppe weitergeben, die ihn wiederum anderen bereitstellt.« (Boston Women's Health Collective 1970: 3)

Der im Zitat erwähnte Selbsthilfekurs, einer der ersten seiner Art, sowie die ihn flankierenden Praktiken der Wissenssuche, Wissensdiskussion und Wissensdistribution sind Schlüsselemente zum Verständnis des Aktivismus des frühen *Women's Health Movement*. Die beteiligten Frauen waren nicht nur aktiv, um mehr über sich selbst und den eigenen Körper zu lernen, sondern fassten auch früh den Entschluss, dass das, was sie gelernt hatten, mit anderen Frauen geteilt werden sollte, um auch diesen die Möglichkeit zu geben, mehr über den eigenen Körper zu lernen und zwar unabhängig von ärztlicher Expertise. Der revolutionäre Akt bestand darin, dass sie begannen, kollektives Wissen für eine marginalisierte Bevölkerungsgruppe (der sie selbst angehörten) zu produzieren, indem sie sich nicht nur diskursives Wissen aneigneten und dieses teilten, sondern es auch auf der ganz praktischen Ebene ihrer eigenen Bedürfnisse erprobten. Dabei machten sie vor der Nutzung und Umdeutung von esoterischen medizinischen Praktiken nicht halt, die vom medizinischen System in einer Art Black Box gehalten wurden. Hierfür entwickelten sie einfache, aber wirksame Praktiken der Selbstermächtigung.

Für Carol Downer, eine Hausfrau aus der Arbeiterklasse, die als Frauenrechtsaktivistin auf der Diskursebene tätig war, war die gemeinsame Aneignung von medizinischem Wissen mithilfe einfacher Praktiken eine

Art Erweckungsmoment. In Sandra Morgens Buch *Into Our Own Hands* (2002) erzählt sie, wie sie in der Küche einer Freundin zu Gast war und dort mit einigen anderen Frauen aus der Nachbarschaft an der ersten Cervix-Selbstuntersuchung ihres Viertels teilnahm. Was sie erlebte und empfand, als eine ihrer Nachbar_innen sich untersuchen ließ, beschreibt sie wie folgt:

»Da war sie; in den gynäkologischen Beinhaltern, mit einem Spekulum in ihr, und da voilà, war die Cervix. Ich denke, der Grund, warum dies einen so tiefen Eindruck auf mich gemacht hat, liegt darin, dass ich bisher immer öffentlich aufgetreten war, all diese Reden gehalten und mein Thema (die Notwendigkeit der Abtreibung) so intellektuell, so politisch betrachtet hatte. Und dann zu sehen, wie wunderbar, einfach und zugänglich eine Cervix ist, überwältigte mich. (...) Unmittelbar danach rannte ich nach draussen und erzählte jeder Freundin, die ich hatte, dass dies alles verändern würde.« (Downer 1990, zitiert nach Morgen 2002)

Downer, die bereits mehrmals in ihrem Leben schwanger gewesen war, hatte noch nie in ihrem Leben eine Cervix gesehen. Dieses Privileg hatten bisher nur ihre Frauenärzte, die mit ihren Edeltahlinstrumenten, abgeschirmt durch ein weißes Tuch, den vor ihnen liegenden entindividualisierten Körper erkundeten, begutachteten und bewerteten (Morgen 2002). Die Autor_in Ellen Frankfort macht in ihrem Buch »Vaginal Politics« den Kontrast zu dem sonstigen Setting sehr deutlich:

»Es war, als würde eine blinde Person zum ersten Mal sehen – welche Frau ist nicht blind für ihr Inneres? Die Einfachheit (...) stellte auf einmal das ganze gynäkologische Ritual infrage: der Rezeptionist, die Magazine, das Wartezimmer und dann die Untersuchung selbst – aufgefordert zu werden, sich auszuziehen, auf dem Rücken liegend mit deinen Füßen in den Beinhaltern auf eine weisse Decke schauen zu müssen, während man in einem überklimatisierten Raum (der Doktor ist schließlich nicht derjenige ohne Kleidung) auf ihn wartet. Und niemand findet, dass es etwas schräg ist, einen Doktor zum ersten Mal in dieser Haltung zu ›treffen‹. (...) Hinzu kommt, dass die Abdeckung Frauen depersonalisiert, nicht nur dadurch, dass sie ausser ihrer Vagina gesichts- und körperlos gemacht wird, sondern auch, weil sie davon abgehalten wird zu sehen, was der Doktor mit ihr macht.« (Frankfort 1972)

Vor dem Hintergrund der Erfahrung in der Küche ihrer Freundin verstand Downer schnell, wie einfach es wäre, ihr Reproduktionsleben in die eigene Hand zu nehmen. Leicht erlernbares Wissen sowie ein wenig Technik

reichten hierfür aus, so beispielsweise die Nutzung eines Spekulums, eines einfachen Handspiegels und einer handelsüblichen Taschenlampe (Morgen 2002). Nicht nur in Downers Nachbarschaft, sondern auch an anderen Orten, machte dieses praktische Wissen schnell die Runde. Frauen im ganzen Land begannen, ihren Gebärmutterhals (die Cervix) und andere Organe ihres Reproduktionssystems in kleinen Gruppen (zunächst unter der Anleitung von Multiplikator_innen) zu erkunden und sich das nötige Know-how für die eigene Gesundheitsvorsorge anzueignen – beispielsweise zur frühzeitigen Erkennung einer Entzündung oder einer Pilzinfektion. In diesem Lern- und Untersuchungskontext entwickelten die Frauen nicht nur eine eigene »standpoint expertise«, sondern auch gemeinsame Strategien des zivilen Ungehorsams gegenüber dem Gesundheitssystem. Diese waren zunächst niederschwellig, aber auf der individuellen Ebene der Selbsterfahrung durchaus effektiv, spielten sie doch sowohl mit ärztlichen Erwartungshaltungen als auch mit dem nach Bundesstaaten gegliederten Gesundheitssystem. Laut Frankfort, empfahlen Downer und ihre Mitstreiter_innen den Frauen u.a. folgendes Verhalten bei notwendigen Frauenarztbesuchen:

»Carol und Lorraine rieten Frauen, das Tuch auf den Boden zu werfen, wenn der Arzt das Zimmer betritt. Wenn er es wieder zurücklegt, sollten sie es erneut auf den Boden werfen. Falls er dieses Verhalten infrage stelle, sollten sie ihm sagen, dass Ärzte in Kalifornien mittlerweile auf die Abdeckung verzichten würden. Und falls sie in Kalifornien seien, dann sollten sie ihm sagen, dass Doktoren in New York bereits diese seltsame Angewohnheit abgelegt hätten.«
(Frankfort 1972)

Im Jahr 1973 hatten sich in den USA bereits 1.200 Frauengesundheitsgruppen gegründet (Baxandall/Gordon 2000). Gruppen wie das *Boston Women's Health Collective* reisten umher und beschafften den Frauen, die zu ihren Seminaren kamen, günstige, aus Kunststoff hergestellte Spekulula (Frankfort 1972). Diese waren spätestens mit dem US Patent 3745992 A (eingereicht von J. Poirier) sowie dem Massenvertrieb durch das Unternehmen *Medical Specialities Inc.* im Jahr 1971 zu einer leicht zugänglichen und erschwinglichen Massenware avanciert: eine bemerkenswerte Überlappung der massenhaften Verfügbarkeit einer Technologie und der Möglichkeit technikinduzierter Teilhabe durch deren Aneignung. Das ist etwas, was wir heute – zumindest auf der diskursiven Ebene – im Zusammenhang mit der omnipräsenten Verfügbarkeit von Web 2.0-Anwendungen und den auf ihnen basierenden sogenannten Citizen Sciences erneut erleben (Bass et al. 2013; Kullenberg/Kasperowsky 2016).

Wie die aktivistische Wissenspraxis der weiblichen Selbstermächtigung mittels des Spekulum konkret aussah und was sie veränderte, beschreibt die New York Times-Journalistin und feministische Buchautorin Ellen Frankfort in ihrem Zeitungsartikel *Medicine, the Feminist Frontier* aus dem Jahr 1973. Sie veranschaulicht die sozialen Situationen, in denen sich dies ereignete:

»Seit Kurzem sieht man kleine Gruppen von Frauen durch das Land reisen, die mit Spekula aus Plastik, Spiegeln und Taschenlampen ausgerüstet sind. Im informellen Rahmen, umgeben von Neugierigen, zeigen sie, wie Frauen ihre eigene Cervix untersuchen können. Ich zögere, das Wort ›revolutionär‹ zu gebrauchen, aber nichts anderes scheint angemessen, den Effekt dieser Demonstration zu beschreiben. Faktisch ist es etwa so, als wenn man eine blinde Person zum ersten Mal zum Sehen bringt – denn welche Frau ist nicht blind, was ihr Inneres angeht? Seit der ersten Demonstration vor zwei Jahren hat sich das Interesse an ›Selbsthilfe‹ (wie es jetzt heißt) im ganzen Land verbreitet« (Frankfort 1973)

Durch ›Selbsthilfe‹ wurde Licht in die Blackbox des weiblichen Körpers geworfen und zwar von jenen, die diese Körper auch tatsächlich ›lebten‹, denen er aber bislang nur in einer ärztlich dominierten und reduktionistischen Perspektive (wenn überhaupt) zugänglich war. Zugleich verweist Frankfort auf die Verbreitung, Strahlkraft und letztlich auch die beginnende Institutionalisierung der Bewegung. Sie stellt kontextualisierende Überlegungen dazu an, wie durch die Selbsthilfepraktiken der Frauenkollektive medizinische Expertise dekonstruiert und rekonfiguriert wird – mit sozialen und auch epistemologischen Konsequenzen. Der performativ-paternalistische Ausschluss von Frauen als aktive Akteurinnen im Gesundheitssystem wird von Frankfort in *sozialer Hinsicht* als eine weitere Episode des in den frühen 1970er Jahren geführten Kampfes um Gleichberechtigung und Bildungschancen begriffen. Es geht darum, einen Wechsel des Systems herbeizuführen, das noch immer Krankheit statt Prävention fokussiert und zwar dadurch, dass es Menschen über ihre eigenen Körper im Unklaren lässt und nur hochspezialisierten Personen erlaubt, ihre Körper zu untersuchen. Ein Umstand, der die Entstehung der Selbsthilfebewegung geradezu herausgefordert habe, so Frankfort. Die Demystifizierung der Medizin sei eine wesentliche Aufgabe der Bürgerrechts- und Gleichstellungsbewegung, was auch strukturell mit edukativen Strategien und Bildungschancen für Frauen verbunden werden müsse (Frankfort 1973).

Die weibliche Perspektive auf den eigenen Körper hat für Frankfort aber auch in *epistemischer Hinsicht* Potenzial: Sie ermöglichte die Entdeckung

neuer Phänomene und Praktiken, die ohne die spezifisch gelebten Erfahrungen und Fragen an die eigene Körperlichkeit nicht möglich wären. Zu nennen ist hier beispielsweise die von einigen Vertreter_innen der Bewegung entdeckte und praktizierte Praxis des Menstruationsabbaus per Extraktion – ähnlich dem Absaugen bei einer OP. Dies ist ein Argument dafür, die »Vielfalt der Perspektiven« als epistemischen Wert in Wissenschaft und Medizin zu integrieren, wie es einige Jahre später auch die feministische Theorie fordern sollte (Longino 1990; 1994; 1995; Hekman 1997). Frankfort schreibt:

»Zusammen mit der Selbstuntersuchung haben die Selbsthilfe-Frauen eine neue Technik von großem Interesse entdeckt: Menstruale Extraktion. Innerhalb von zwei Jahren haben einige Frauen ihren Menstruationsfluss auf eine halbe Stunde reduziert. Und zwar durch die Absaugung des Uterus.« (Frankfort 1973)

Als kritische Aktivistin und Feministin, die in ihren Arbeiten vehement für eine nachhaltige Integration feministischer Stimmen in die Gesundheitspolitik eintritt (Frankfort 1972), erkennt Frankfort jedoch auch Probleme in den – häufig allein auf die Erfahrungen relativ kleiner Gruppen setzenden – Praktiken der weiblichen Selbsthilfegruppen. Daher mahnt sie eine Integration dieses Wissens in einen breiteren wissenschaftlichen, politischen und sozial-sensitiven Kontext an, allerdings unter dezidiert feministischen Vorzeichen. Würde die Selbsthilfe in Wohnzimmern, Küchen und Kellern verharren, würde schließlich auch das größere Ziel, die Gesundheit von Frauen auf allen Ebenen zu verbessern, in Gefahr geraten:

»Bisher ist es noch immer unmöglich, die einfachsten Fakten herauszufinden: Wie regelmäßig? Wurden hormonelle Veränderungen festgestellt? Was ist zu tun, wenn es zu Komplikationen kommt? Wie würden Frauen wohl reagieren, wenn eine Gruppe von Männern mit einer Technik in Erscheinung treten würde, die sie seit zwei Jahren erprobe und wenn sie dann vorschläge, mit dieser Praxis an uns selbst und anderen zu experimentieren und zwar mit nahezu keinen weiteren Informationen als ihren persönlichen Erfahrungen.

Feministische Politik kann nicht von anderen politischen Aktivitäten geschieden werden. Ärzte, Krankenhäuser und Pharmakonzerne lassen sich nicht durch kleine Gruppen von Frauen beeinflussen, die lernen, sich selbst zu untersuchen und ihre Periode zu extrahieren. Auch wird die Praxis derartiger Selbsthilfe die Gesundheitsversorgung für Menschen kaum verbessern, die wenig Erfahrung mit sozialen Bewegungen haben und isoliert in Heimarbeit tätig sind. Ferner wird es auch nicht den Frauen (und Männern) helfen, die für

Selbsthilfe zu krank sind und die keine Alternative zum Krankenhausaufenthalt haben. Um die beste Versorgung zu erhalten, brauchen Menschen nicht nur eine würdevolle, nicht bevormundende, nicht sexistische Pflege, sondern auch eine Medizin, die das neueste wissenschaftliche Wissen berücksichtigt.« (Frankfort 1973)

Forderungen wie diese setzten innerhalb der Selbsthilfeszene zwei Prozesse in Gang, die eine neue Phase des *Women's Health Movement* einläuteten und je einen neuen Typen von Aktivist_in hervorbrachten. Zum einen gab es eine erhöhte Politisierung der Bewegung durch politische Frauengesundheitsaktivist_innen, die ›Frauthemen‹ innerhalb des medizinischen, wissenschaftlichen und politischen Systems auf die Agenda bringen wollten, um so einen Systemwechsel von innen zu erreichen. Beispielsweise durch Mitwirkung in den Gremien des *National Institutes of Health* (NIH), durch eine Suche nach Wegen, mehr weibliche Spezialist_innen und Wissenschaftler_innen in das medizinische System zu integrieren und durch die konstante Arbeit daran, eine medizinische Wissenschaft hervorzubringen, die weibliche Körper und Gesundheit aus einer feministischen Perspektive auf allen Ebenen integriert (Verbrugge 1982; Mulligan 1983; Ehrenreich 1984; Seaman 1995 [1975]).

Der andere Weg war die Institutionalisierung der Selbsthilfe parallel zum etablierten medizinischen System. Dabei sollte die Selbsthilfe aber in den Händen unabhängiger Frauen bleiben – ein Weg, der von jenen Aktivist_innen befürwortet und besritten wurde, die befürchteten, dass das System von innen heraus noch nicht reformbereit sei. Diese Frauen zeichneten sich für die Gründung sogenannter *Feminist Health Clinics* verantwortlich, die sich insbesondere dem Schutzbedürfnis von Geschlechtsgenoss_innen aus marginalisierten sozialen Gruppen sowie Frauen in schwierigen Lebenssituationen verschrieben. Personen also, die zu klassischen medizinischen Institutionen keinen Zugang hatten oder diese als entfremdet wahrnehmen könnten. Folglich wurden die Kliniken als Gegenentwurf zum staatlichen medizinischen System auf institutioneller Ebene geplant (Marieskind/Ehrenreich 1975; Span 1980). Eine Broschüre des bis heute existierenden *Feminist Women's Health Center* in Atlanta (Georgia) aus dem Jahr 1976 gibt Auskunft über den Charakter dieser Kliniken. Im Folgenden werden die klassische Klinik (nicht das Spital für einen längeren Aufenthalt oder einen komplexen Eingriff) und die feministische Selbsthilfe-Klinik einander anschaulich gegenübergestellt:

| Das Feminist Women's Health Center hat ein NEUES Umfeld für gynäkologische Untersuchungen entwickelt! | |
|---|--|
| Anstelle von: | Gemeinsam: |
| Eine Stunde lang angespannt und ängstlich in einem überfüllten Wartezimmer sitzen. Alleine untersucht werden oder in Gegenwart einer Arzthelferin. | Etwa sechs bis acht teilnehmende Frauen treffen sich mit drei Gesundheitsarbeiterinnen und einer Ärztin in einer beruhigenden, von Frauen kontrollierten Atmosphäre. |
| Im Sperrfeuer von Ja-Nein-Fragen bezüglich deiner medizinischen Vergangenheit stehen. | Wir diskutieren, füllen medizinische ›her-story«-Formulare aus und besprechen die Beweggründe jeder Frau, in die Klinik zu kommen. |
| Für zehn Minuten einen meist männlichen, gestressten Gynäkologen sehen. | Wir verbringen zwei Stunden in der partizipativen Klinik, da wir ALLE eine Stimme haben. |
| Begegnungen mit Murren, Beleidigungen oder zumindest unvollständiger Mitteilung von Informationen. | Wir beginnen, die medizinischen Informationen zu teilen, die wir alle durch unsere Leben als Frauen erlangt haben. |
| Gesagt bekommen, dass Tests gemacht werden, aber nicht wirklich wissen, warum die Tests eigentlich gemacht werden. | Wir führen alle Tests selber aus, auch die Laborarbeit und die Körperuntersuchungen, die notwendig sind für die Gesundheitspflege jeder teilnehmenden Frau. Und zwar mit der Hilfe unserer Ärztin. |
| Letztlich zurückgelassen werden mit mehr Fragen, als du hattest, bevor du in die Praxis kamst. | Jede von uns kann nach Hause gehen mit mehr Wissen über ihren Körper und mit dem eigenen Spekulum in der Hand. |

(Zitiert nach: Baxandall/Gordon 2000)

In der Juliausgabe des Jahres 1973 der Zeitschrift *Sister*, die vom *Los Angeles Women's Center* herausgegeben wurde, werden die Ziele der Kliniken wie folgt wiedergegeben. Sie gelten nunmehr als Ausdruck des kämpferischen Geistes der Selbsthilfe:

»Das Ziel der Selbsthilfeklinik ist es, die Frauengesundheit zurück in die eigenen Hände zu bekommen. Die Strategie ist es, die Macht über unsere eigenen Körper zurückzuerobern – und zwar durch zwei Dinge: einerseits die Alltagsformen von (Eigen-)Kontrolle, die uns unser Selbst-Wissen gibt, andererseits aber auch durch die Aneignung von speziellen Fähigkeiten und Wissensformen, die es uns erlau-

ben, kollektiv und unabhängig Gesundheitsdienste zu leisten. Um diese Strategie zu implementieren haben wir Präsentationen über die Selbsthilfeklinik gegeben, haben Vermittlungsdienste zu Abtreibung und zu Abtreibungskliniken geleistet, haben Geburtswshops angeboten und Gesundheitszentren als Operationsbasen etabliert. Keine dieser Aktivitäten steht für sich allein. Im Gegensatz zu manchen Aktionsgruppen von Frauen, die das Ziel hatten, >eine Klinik zu starten< oder >ein Buch zu schreiben<, haben wir Taktiken entwickelt, den Kampf weiterzutragen. Wir sind die Speerspitze des sozialen Wandels. Der Geist der Selbsthilfe ist aggressiv und positiv. Wir glauben, dass es für Frauen gut ist, Macht zu besitzen. Es ist nicht nur unser Grundrecht, eine gute Gesundheit zu haben, Freizeit, Wissen, Kommunikation, Vergnügen – es ist absolut essenziell, dass wir alle diese guten >Einflüsse< haben, um eine kraftvollen und erfolgreiche Anstrengung für den sozialen Wandel zu leisten.<< (*Los Angeles Women's Center* 1973)

Symbole

Folgt man den Ausführungen der Historikerin Jill Lepore in ihrem Buch *The Secret History of Wonder Woman* (2014), so wurden insbesondere zwei Dinge für den aggressiven und positiven Charakter der Selbsthilfe ikonisch: *Wonder Women* – die in gleichen Teilen feminine, emanzipierte, aber auch kämpferische Frau und das Spekulum, ein Werkzeug, das in seiner Geschichte, seiner Nutzung und seinem ursprünglichen Material (kalter Edelstahl⁸) zunächst ein Sinnbild für die Dominanz männlichen Zugriffs auf weibliche Körper und weibliche Gesundheit war – das aufgrund seiner einfachen

8 Frankfort beschreibt in »Vaginal Politics« (1972) die Vorstellung eines Spekulum und des Know-hows, das Frauen bei dessen Nutzung erlangen können. Der Kontext, den sie beschreibt, ist ein von Carol Downer geleitetes Selbsthilfeseminar für Anfänger_innen. Es wird deutlich, wie dabei Gesundheitsbildung, Selbstermächtigung und Kritik gegenüber dem Gesundheitssystem miteinander verbunden wurden: »Kurz bevor sie die eigentliche Nutzung des Spekulum demonstrierte, hat Carol über das Thema Selbstuntersuchung referiert, während Lorraine, eine andere Frau aus der Klinik, Dia-Slides dazu zeigte. >So sieht ein Spekulum aus, das ist das Ding, das der Arzt in dich steckt. Der Unterschied ist, dass dieses hier sich nicht kalt anfühlt, da es nicht aus rostfreiem Stahl gemacht ist. Hier ist ein Bild von Gebärmutterhalskrebs. Dort ist der Tumor, die gewölbte Struktur am hinteren Rand. Die meisten Tumore benötigen etwa zehn Jahre, um dieses fortgeschrittene Stadium zu erreichen. Jedes Jahr sterben 13.000 Frauen an cervikalen Tumoren. Und die sogenannten Warnzeichen, auf die wir [auf Rat unserer Ärzt_innen – Anm. d. A.] achten sollen, sind üblicherweise mit späten Stadien assoziiert. Aber wenn jede Frau ihr eigenes Spekulum hat und weiß, wie sie sich selbst untersuchen kann, kann sie jedwede Veränderung sofort erkennen.<< (Frankfort 1972)

Nutzbarkeit und leichten Verfügbar- sowie Verteilbarkeit in Plastik (Baxandall/Gordon 2000) nun maßgeblich dazu beitrug, dass ehemals unwissende Frauen wie Carol Downer, Herr_innen und Wissende ihrer eigenen Körperlichkeit werden konnten. Eindrucksvoll ist dies auf dem Cover der bereits zitierten Ausgabe des Magazins *Sister* dargestellt (Abbildung 1).

Hier begegnen wir der Comicfigur *Wonder Women* in dem für sie typischen ambivalenten Ornat, einer Mischung aus feminisiertem Brustpanzer, einer Tiara sowie hochhackigen Stiefeln – alles gemustert im Stil des Sternenbanners. Eine Frau, die zugleich stark, sexy, selbstbestimmt und – dem Zeitgeist geschuldet – patriotisch wirkt und damit bereits klassische Geschlechterrollen infrage stellt. Dies war vom Schöpfer der Figur, dem Psychologen William Moulton Marston (1893–1947) auch so intendiert (Lepore 2014). Eines ist in dieser für sie typischen Ikonographie jedoch leicht verändert: Anstelle ihrer sonstigen Waffe, dem »Lasso der Wahrheit«, führt sie ein strahlendes Spekulum und bekämpft damit einige zwielichtige Gestalten. Einige dieser Figuren liegen bereits auf dem Boden, niedergestreckt von der bedeutungsperspektivisch vergrößert dargestellten und zentral im Bild positionierten Kriegerin. Sie ruft: »With my Speculum, I am Strong! I can Fight!« (*Los Angeles Women's Center* 1973). Ein genauer Blick auf ihre Gegner offenbart, dass es sich bei diesen um Stellvertreter des politischen, medizinischen und kulturellen Systems der USA in den 1970er Jahren handelt. Dies wird den Betrachter_innen des Covers durch Insignien, Hinweise, Schlagwörter und Abkürzungen deutlich gemacht. Bereits am Boden liegen ein bebrillter Psychologe mit einem Buch von Freud an seiner Seite, ein blondener Mann in einer Art weißen Uniform, der von Büchern und Broschüren Titel wie »Law«, »AMA« (*American Medical Association*), »ZPG« (Zero Population Growth) oder »Planned Parenthood« umgeben ist, sowie ein katholischer Priester mit einem Rosenkranz und einem Buch mit dem Titel »Pro Live«. Noch im Kampf befindet sich die Kriegerprinzessin mit einem stirnglatzigen Herrn, der ein Stethoskop in seiner Anzugtasche und einen Button mit der Aufschrift »AMA« am Revers trägt.

Wonder Women tritt in diesem Bild als dialektische Figur auf. Sie ist sowohl Sinnbild für das *Women's Health Movement* und dessen bisherige Erfolge (seit 1969) als auch Identifikationsfigur für jede_n einzelne_n Betrachter_in. Der Kampf gegen die *American Medical Association* (AMA) hatte bereits in Teilen Erfolg (Broschüre auf dem Boden), er ist aber noch nicht gewonnen (der noch stehende Gegner). Die Abtreibungsgegner sind bereits besiegt, was als Hinweis auf die Aktivitäten der Selbsthilfekliniken sowie der »Janes« gelten kann. Gleiches gilt für die Psychotherapie und

Psychiatrie, die damals noch mit Konzepten wie der »weiblichen Hysterie« operierten, jedoch durch die *Feminist Counseling Collectives* innerhalb des *Women's Health Movement* aktiv und konzeptuell herausgefordert wurden (*The Feminist Counseling Collective* 1975). Da der Kampf von *Wonder Women* gegen die »AMA« noch nicht gänzlich vorbei ist, wird schließlich auch das Signal ausgesendet, dass die Bewegung noch immer Mitstreiter_innen sucht. Mistreiter_in wird man aber nicht nur durch politischen Aktivismus (auch wenn dieser sicherlich sehr willkommen war). Der »Kampf« um Frauengesundheit setzt vor allem die Aneignung von Selbstwissen voraus. Für dieses ist das Spekulum und seine Geschichte ein eigenes Symbol. Das Spekulum im Bild hat nicht von ungefähr eine »Aureole«, wie sie kunstgeschichtlich nur für Heiligen- und Christusdarstellungen verwendet wurde, denn es illuminiert in diesem Kontext gleichsam männlich gefasste Formen von Expertise und die hiermit verbundenen Unterdrückungspotenziale im medizinischen System.



Abb. 1:
Cover der Juliausgabe des
Magazins *Sister* aus dem
Jahr 1973. (*Los Angeles
Women's Center*)

GynePunk = Women's Health Movement reloaded?

Verlassen wir die Zeitebene der 1970er Jahre und machen einen Sprung in das heutige Jahrzehnt. Es gilt zu untersuchen, ob wir es bei den in der Einleitung bereits erwähnten *Gynepunks* mit einer ähnlichen Form des Aktivismus zu tun haben, wie wir ihn aus dem frühen *Women's Health Movement* kennen. Werfen wir daher zunächst einen Blick auf die Selbstdarstellung der in Spanien beheimateten Aktivist_innen. Auf ihrer Homepage calafou.org stellt die Gruppe all jenes vor, was sie unter dem Begriff *Gynepunk* verstanden wissen möchte:

»Bei Gynepunk geht es darum, die Perspektive auf medizinische Technologien und die sogenannten >professionellen< medizinischen Institutionen radikal zu verändern. Gynepunk ist eine extreme und fokussierte Geste, um unsere Körper aus der zwanghaften Abhängigkeit von fossilen Strukturen der hegemonischen Gesundheitssystem-Maschine zu lösen. Das Ziel von Gynepunk ist die Entstehung von DIY-DIT, d.h. zugänglichen Diagnoselaboren und Techniken in extremen Experimentalräumen →down on the rocks< oder in >Fahrstühlen<, wenn nötig. Es geht darum, diese Möglichkeiten sowohl in einem situierten, stabilen Raum zu haben als auch in nomadischen mobilen Laboren. Dort wollen wir SOVIEL WIE WIR WOLLEN experimentieren, und zwar in einer intensiven Weise: vaginale Abstriche, Flüssigkeitsanalysen, Biopsien, PAPS, synthetische Hormonherstellung wann man will, Bluttests, Urinalysen, HIV-Tests, Schmerzmittel oder was immer WIR AUCH BRAUCHEN. Es geht darum, ohne große Kosten Ultraschallgeräte, Endoskope oder Ecographen zu hacken oder zu bauen. Alle Experimente werden komplementär mit Kräutern, natürlichem Wissen, oralen Traditionen und Untergrundrezepten durchgeführt. Mit großem Hunger suchen wir eine Vielzahl von DIY-Gleitflüssigkeiten, Anti-Contrarezeptiven (etc.) herzustellen. In offenen dualen Räumen möchten wir hands-on-Technologien wie die menstruale Extraktion ausprobieren. Alles befördert durch das maximale Potenzial eines gemeinsamen Lernens und radikaler self-body-power ...!« (Colonia ecoindustrial postcapitalista 2014)

Wie Carol Downer und den Kollektiven der 1970er Jahre geht es den *Gynepunks* darum, ihre Körperlichkeit in die eigenen Hände zu nehmen und gegen ein als oppressiv-paternalistisch wahrgenommenes System von Expertise und Institutionen vorzugehen. Wie schon ihre Vorgänger_innen markieren sie Technik als ein wesentliches Werkzeug hierfür – auch wenn der Katalog dieser Werkzeuge (DIY-Ultraschallgeräte, Zentrifugen etc.) gegenüber jenen von damals (Handspiegel aus dem Drugstore, Küchenu-

tensilien und Spekula aus dem Versand) drastisch erweitert wurde. Auch wird das eigene Handeln in den zeitgenössischen Kontext des Hacker-Ethos und der ökologisch-ökonomischen Zweitverwertung von technologischen Artefakten gestellt (Delfanti 2013). Folglich findet der Aktivismus von heute nicht mehr in der heimischen Küche oder einer Selbsthilfeklinik statt, sondern in einer Garage oder einem Biohackinglabor. Auf beiden Zeitebenen ist aber die Suche nach funktionalen und selbstbestimmten Räumen der Gesundheitspartizipation zentral. .

Ähnliches gilt für die Abhängigkeit von spezifischen techno-kulturellen Rahmenbedingungen. In den 1970er Jahren war es die leichte Verfügbarkeit von Plastikspekula, in der Gegenwart ist es die schier grenzenlose Verfügbarkeit von Open-Source-Bauanleitungen zur kreativen Zweckentfremdung technischer Artefakte wie zum Beispiel alte Festplattenmotoren. Diese werden in den Händen der Aktivist_innen zu Zentrifugen und anderen medizintechnischen Hilfsmitteln (Abbildung 2). Nicht nur die Aneignung und Anwendung von medizinischem Wissen, sondern auch das Know-how für den Bau von technischen Gerätschaften ist wichtig für den *TransHack-Feminsmus*. Hiermit geht eine feine, aber signifikante Differenz in der Sozialstruktur des Aktivismus einher, der dessen Ziele und Reichweite beeinflusst. Denn obwohl wir im Alltag von einer Vielzahl technischer Artefakte umgeben sind, können die wenigsten von uns ein solches ohne Weiteres zweckentfremden – und sei die Bauanleitung dafür noch so zugänglich.

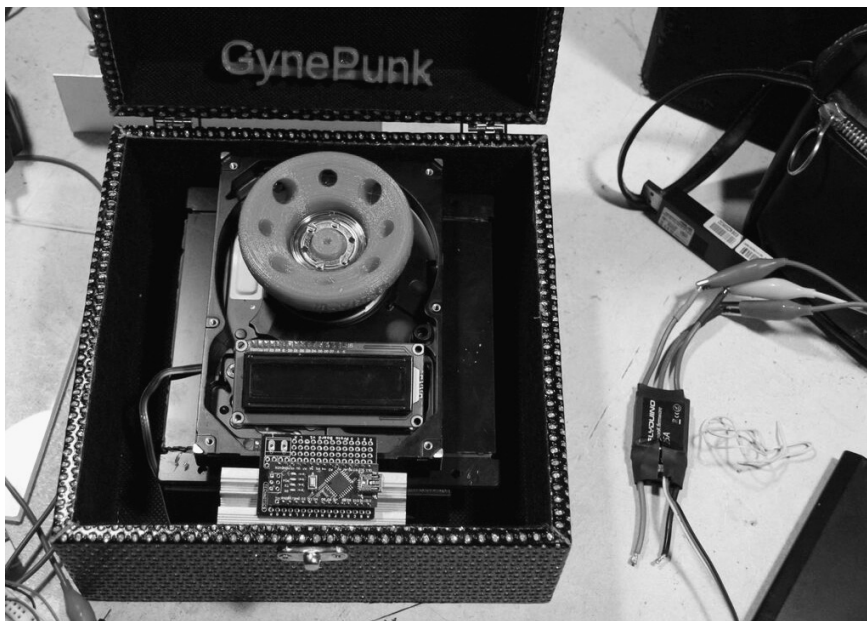


Abb. 2: Zu einer Zentrifuge umfunktionierter Festplattenmotor mit einem Probenhalter aus dem 3D-Drucker.

Foto: Paula Pin/Creative Commons Lizenz

Das schöpferisch-avantgardistische Moment des Hacker-Ethos beschränkt folglich die Reichweite des Aktivismus. Hieraus ergibt sich, dass die *Gynepunks* überwiegend für sich selbst oder höchstens als Agent_innen für ihre Zielgruppen aktiv sind. Das frühe *Women's Health Movement* war »the people themselves«, denn das Material, das damals zur körperlichen Selbstermächtigung benötigt wurde, konnte von den Adressat_innen unmittelbar genutzt werden. Das Wissen darüber, wie man seine Werkzeuge selbst herstellt, war nicht zwingend nötig. Das ist ein beachtenswerter Unterschied, auf den wir weiter unten noch genauer eingehen werden. Zunächst möchten wir jedoch noch ein wenig bei den Gemeinsamkeiten der beiden Bewegungen verweilen. Diese liegen sowohl im Performativen als auch in der jeweiligen Ikonographie bzw. Symbolik.

Das performative Element beider Bewegungen kennt zwei miteinander verwobene Hauptebenen: Einerseits Seminare, die grundlegendes medizinisches Wissen vermitteln sollen, andererseits die in diesem Rahmen stattfindende mehr oder weniger öffentlich praktizierte Erkundung weiblicher Körperlichkeit. Beide Aktivitäten dienen sowohl dem Akt der Selbstermächtigung als auch der Ermöglichung eigenständiger Gesundheitsvorsorge. Hinzu kommt eine nach außen gerichtete fotografische Dokumentation dieser Handlungen, die einerseits gegenüber der Mehrheitsgesellschaft die eigenen Ansprüche verdeutlichen soll, andererseits Frauen (und im Fall der *Gynepunks* andere vulnerable Gruppen) als potenzielle Teilnehmer_innen/Aktivist_innen ansprechen will. Die Ab-



Abb. 3: TransHackAktivist_in (2014) beim Einbau einer Webcam in ein Plastikspekulum kurz vor der Durchführung eines Vinegar-Tests bei einer anderen Aktivist_in.
Foto: Paula Pin/Creative Commons Lizenz



Abb. 4: Abstrich mithilfe eines Plastikspekulums in Calafou (2014). Foto: Paula Pin/Creative Commons Lizenz



Abb. 5: Selbstexamination mittels Plastikspekulum und Taschenlampe (1971). Foto: www.womenshealthinwomenshands.org (2011)

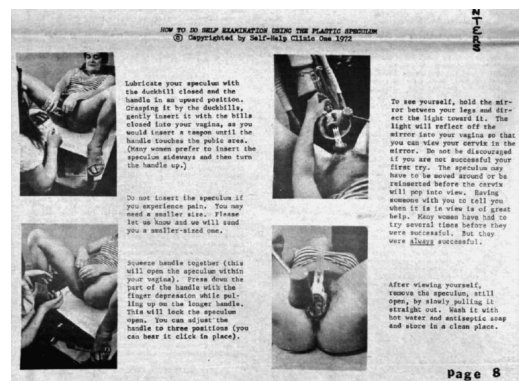


Abb. 6: Bebilderte Anleitung zur Selbstuntersuchung mithilfe eines Spekulums. (Aus: Sister, Juli 1973. (Los Angeles Women's Center)

bildungen 3 und 4 zeigen, wie *Gynepunks* die Untersuchung ihrer eigenen Körper vornehmen, die Abbildungen 5 und 6 zeigen Selbstuntersuchungen von Frauen in den 1970er Jahren. Obwohl es auch bemerkenswerte Differenzen gibt, ist die Ähnlichkeit des performativen Akts in beiden Fällen verblüffend.

Offen wird weibliche Körperlichkeit dargestellt. Nacktheit und Untersuchung werden nicht entindividualisiert, ferner ungeschönt dargestellt und dokumentiert. Als verbindendes Symbol fungiert in beiden Zeitkontexten das Spekulum. Allerdings wird jeweils noch etwas Zusätzliches transportiert: In den Darstellungen der *Gynepunks* lässt sich eine gewisse Technophilie und gegenkulturelle Performance erkennen, in den Bildern aus den 1970er Jahren eine edukative Ernsthaftigkeit. Zum Ausdruck kommen so zwei voneinander differierende – je zeit- und kontextabhängige – Formen der Forderung nach Teilhabe am Gesundheitssystem: einerseits Partizipation als hochgradig *individualisierter performativer Akt des Ausbrechens* im Kontext einer Medizin, deren Unterdrückungspotenzial in den impliziten Forderungen nach Selbstbeobachtung und Selbstregulierung liegt (im 21. Jahrhundert) (Dubriwny 2013), andererseits Partizipation als *Teilhabe der eigenen strukturell marginalisierten Gruppe* am Gesundheitssystem (im späten 20. Jahrhundert) (vgl. Morgen 2002).

Dieser Unterschied lässt sich anhand der Technikaffinität der *GynePunks* weiter veranschaulichen. Denn gerade dieses Merkmal beschränkt – wie wir weiter oben bereits erwähnt haben – die Reichweite der von ihnen ermöglichten Teilhabe. Zwar wollen die Aktivist_innen aus Calafou günstige Technologien für marginalisierte Gruppen wie Sexarbeiter_innen, Migrant_innen etc. entwickeln, doch haben diese Zielgruppen nicht immer Zugriff auf elaboriertes technisches Know-how oder Gerätschaften wie 3D-Drucker. Daher bleiben die *GynePunks* – zumindest im Moment – eine in ihren Ausdrucksformen und in ihrer Reichweite eher avantgardistische Gruppe. Diese Gruppe stellt Technologien und Wissen bereit, die nicht für jede_n ohne Weiteres operationalisierbar sind. Teilhabe wird hier – so unser Eindruck – vor dem Hintergrund der Möglichkeiten realisiert, die eine Herkunft aus dem Kontext der >bohemian bourgeois< mit sich bringt. Exemplarisch hierfür ist die DIY-Zentrifuge in Abbildung 2.

Partizipation in beiden Zeitkontexten gleichermaßen ermöglicht(e) hingegen das Spekulum. Nicht von ungefähr ist es in vielen Darstellungen ein zentrales ikonographisches Element – obgleich es bei den *GynePunks* mitunter auch als DIY-Objekt aufgewertet und in paradoxer Dialektik zugleich verfügbar (als Idee und Print-Anleitung) und unver-



Abb. 7: Spekulum aus dem 3D-Drucker (Design: GaudiLabs).
Foto: Klau Kinky/Creative Commons Lizenz

füßbar (Abhängigkeit vom Zugriff auf 3D-Druckern) gemacht wird (vgl. Abbildung 7).

Nichtsdestotrotz vermittelt das Spekulum ebenso feministische Teilhabeansprüche an die eigene Körperlichkeit wie an das Gesundheitssystem. So taucht es nicht nur auf dem Cover des Magazins *Sister* aus dem Jahr 1973 auf, sondern auch auf dem Veranstaltungsplakat der *TransHackFeminist Convergence* aus dem Jahr 2014 (vgl. Abbildung 8).

Diskussion

Ermöglicht der *TransHackFeminismus* also eine ganz neue Form der Teilhabe an der eigenen Körperlichkeit einerseits und dem Gesundheitssystem andererseits? Diese Frage lässt sich nicht uneingeschränkt bejahen. Es konnte gezeigt werden, dass die *Gynepunks* in einer historischen Tradition stehen und klassische Fragen des Zugangs von Frauen zu ihrem eigenen Körper stellen und beantworten. Die programmatische Zielsetzung der Selbstermächtigung ist also alt, das Motiv der Rückeroberung des eigenen Körpers als Widerstand gegenüber einem als oppressiv empfundenen Gesundheitssystem nichts Neues. Bereits das *Women's Health Movement* hatte sich dieses Ziel auf die Fahnen geschrieben. Allerdings handelt es sich bei den *Gynepunks* um eine avantgardistische Bewegung, die Anspruch auf die Eigenuntersuchung des Körpers durch weibliche Laien stellt. Das ist neu, auch wenn sie mit einer sehr ähnlichen Symbolik (dem Spekulum) und einer – der ›alten‹

Frauengesundheitsbewegung analoge – Rhetorik arbeitet.

Warum sind diese Praktiken heute so relevant? Sind unsere (westlichen) Gesundheitssysteme nicht offener und multiperspektivischer geworden seit den 1970er Jahren, in denen Carol Downer, Jane Pincus, Nancy Hawley und letztlich auch viele tausend andere Frauen um die Anerkennung ihrer eigenen Körperlichkeit gerungen haben? Nicht ganz, denn unsere mehrdimensionale Medizin der Gegenwart ist ambivalent. Einerseits hält sie ein, was die Aktivist_innen der 1970er Jahre forderten: Sie setzt auf Prävention, ist prädiktiv und bis zu einem gewissen Grad neuerdings auch partizipativ. Doch zugleich sind diese Eigenschaften

Teil eines zwanglosen Zwangs zur Selbstregulierung geworden, der gerade auf die Frauen- und Minderheitengesundheit ebenso oppressiv wirkt wie der Paternalismus von einst. Folgt man der feministischen Wissenschaftsforscher_in Tasha N. Dubrivny, so macht die Medizin der Gegenwart uns zu Akteur_innen, die scheinbar den Handlungsspielraum und die Macht besitzen, das eigene Leben zu formen. Zugleich sind wir aber in einem postfeministischen Spiel gefangen und unterstützen durch eine Vielzahl von Praktiken des Risikomanagements und des Konsums in vielfältiger Weise neoliberale Machtstrukturen und reproduzieren zugleich das binäre Geschlechterrollenmodell. Als Beispiel sei hier die weibliche Ikonographie der »Go Red for Women«-Kampagne der *American Heart Association* genannt (Dubrivny 2013). Ebenfalls anführen lassen sich die durchaus genderakzentuierten Maßnahmen zur Gesundheitsaufklärung in beiden deutschen Staaten bis Mitte der 1970er Jahre (Sammer 2015). Sie bleiben als »Parallelwelt« ein Teil der Gesellschaft. Mit ihren Praktiken beziehen sie sich auf jenes zeitgenössische Bild der Geschlechter, das von den Zeitgenoss_innen geteilt wird und Kommunikation sowie Eigenidentifikation erlaubt.



Abb. 8: Veranstaltungsplakat der *GynePunk Movements* (2014).

Quelle: <https://calafou.org>

Als symbolisch-paradoxe Intervention kommen die *GynePunks* mit ihrem Unbehagen gegen das System also zur rechten Zeit. Allerdings bleiben sie durch die eigene Technikaffinität selbstreferentiell. Ein Problem ist hier sicherlich auch, dass die grenzenlose Verfügbarkeit von open source-Anleitungen und Blueprints für 3D-Drucker oft keinen Weg in die Realisierung findet. Es lassen sich also auf diesem Weg sicherlich keine Massen bewegen. Abzuwarten bleibt aber, ob dieser selbstreferentielle Bezug im Rahmen neuer Entwicklungen nicht doch aufgebrochen wird. Wie wir gesehen haben, hängt dies von Aushandlungsprozessen ab, die immer neu geführt werden.

Literaturverzeichnis

- Bass, Emily/Burns, Julien/Grant, Deidre (2013): Citizen Scientists and Activist Researchers: Building and Sustaining HIV Prevention Research Advocacy in the Era of Evidence, in: Smith, Raymond A. (Hrsg.), *Global HIV/AIDS Politics, Policy, and Activism*, Band 3: Activism and Community Mobilization. Santa Barbara, CA: Praeger: S. 135–156.
- Baxandall, Rosalyn/Gordon, Linda (2000): *Dear Sisters: Dispatches from the Women's Liberation Movement*. New York, NY: Basic Books.
- Bierend, Dough (2015): Meet the GynePunks Pushing the Boundaries of DIY Gynecology, in: *Motherboard*. Online: <http://motherboard.vice.com/read/meet-the-gynepunks-pushing-the-boundaries-of-diy-gynecology>. (Zugriff: 18.05.2016).
- Bleker, Johanna (1998): Der Eintritt der Frauen in die Gelehrtenrepublik. Zur Geschlechterfrage im akademischen Selbstverständnis und in der wissenschaftlichen Praxis am Anfang des 20. Jahrhunderts (Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 84). Husum: Matthiesen.
- Boston Women's Health Collective (1970): *Women and Their Bodies: A Course*. Boston: o.J.
- Bracher, Karl-Dietrich (1969): *Die deutsche Diktatur: Entstehung, Struktur, Folgen des Nationalsozialismus*. Köln: Kiepenheuer & Witsch
- Bynum, William F. (1994): *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bynum, William F./Hardy Anne/Jacyna, Stephen/Lawrence, Christopher/Tansey, E.M. (Tilli) (2006): *The Western Medical Tradition. 1800 to 2000*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Chardronnet, Ewen (2015): GynePunk, the Cyborg Witches of DIY Gynecology, in: *Makery*. Online: <http://www.makery.info/en/2015/06/30/gynepunk-les-sorcieres-cyborg-de-la-gynecologie-diy/>. (Zugriff: 18.05.2016).

- Colonia ecoindustrial postcapitalista (2014): A TransHackFeminist (THF!) Convergence Report from Calafou. Online: <https://calafou.org/en/content/transhackfeminist-thf-convergence-report>. (Zugriff: 18.05.2016).
- De Lauretis, Teresa (1990): Upping the Anti (sic) in Feminist Theory, in: Hirsch, Marianne/Keller, Evelyn Fox: *Conflicts in Feminism*. Routledge, S. 255–270.
- Dubriwny, Tasha N. (2013): *The Vulnerable Empowered Woman: Feminism, Postfeminism, and Women's Health*. Critical Issues in Health and Medicine. New Brunswick, N.J: Rutgers University Press.
- Ehrenreich, Barbara (1984): Body Politic: The Growth of the Women's Health Movement, in: *Ms. Magazine*. Online: <http://www.msomagazine.com/spring2002/ehrenreichandfuntes.asp>. (Zugriff: 18.05.2016).
- Elkeles, Barbara (1996): *Der moralische Diskurs über das medizinische Menschenexperiment im 19. Jahrhundert*. Stuttgart: Fischer, 1996.
- Frankfort, Ellen (1972): *Vaginal Politics*. New York: Quadrangle Books.
- Frankfort, Ellen (1973): Medicine, the Feminist Frontier, in: *The New York Times*, March 3, o.J.
- Hekman, Susan (1997): Truth and Method: Feminist Standpoint Theory Revisited, in: *Signs* 22(2): S. 341–365.
- Herrn, Rainer (2005). *Schnittmuster des Geschlechts. Transvestitismus und Transsexualität in der frühen Sexualwissenschaft*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hoesch, Kristin (1995): *Ärztinnen für Frauen. Kliniken in Berlin 1877–1914*. Stuttgart; Weimar: Metzler.
- Irigaray, Luce (1985): *Speculum of the Other Woman*. Ithaca, N.Y: Cornell University Press.
- Jen, Clare (2015): Do-It-Yourself Biology, Garage Biology, and Kitchen Science – A Feminist Analysis of Bio-Making Narratives, in: Wienroth, Matthias/Rorigues, Eugenia, *Knowing New Biotechnologies: Social Aspects of Technological Convergence, Genetics and Society*. London; New York: Routledge, Taylor & Francis Group, S. 125–141.
- Jordanova, Ludmilla (1989): *Sexual Visions. Images of Gender in Science and Medicine between the Eighteenth and Twentieth Centuries*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Krafft-Ebing, Richard von (1890): *Lehrbuch der Psychiatrie. Auf klinischer Grundlage für praktische Ärzte und Studierende*, 4. Aufl. Stuttgart: Enke [1879].
- Kullenberg, Christopher/Kasperowski, Dick (2016): What Is Citizen Science? – A Scientometric Meta-Analysis, in: *PLOS ONE* 11(1): e0147152. doi:10.1371/journal.pone.0147152.
- Labisch, Alfons, Spree, Reinhardt (Hrsg.) (1989): *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Leonhard, Nina/Mignon Kirchhof, Astrid (2015): Einführung: Gegenwelten, in: *Geschichte und Gesellschaft* 41, S. 5–16.
- Lepore, Jill (2015): *The Secret History of Wonder Woman*. First Vintage Books Edition. New York: Vintage Books, a division of Random House LLC.
- Lewis, Tania (2006): DIY Selves? Reflexivity and Habitus in Young People's Use of the Internet for Health Information, in: *European Journal of Cultural Studies* 9(4): S. 461–479.
- Linek, Jenny/Pfüttsch, Pierre (2016): Geschlechterbilder in der Gesundheitsaufklärung im deutsch-deutschen Vergleich (1949–1990), in: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 34, S. 73–110.
- Lippman, Abby/Ford, AR/O'Grady, K (2008): Barbara Seaman (1935–2008): Pioneer in the Women's Health Movement, in: *Network Magazine of the Canadian Women's Health Network* 10(2), S. 18–19.
- Longino, Helen E. (1990): *Science as Social Knowledge: Values and Objectivity in Scientific Inquiry*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Longino, Helen E. (1994): In Search of Feminist Epistemology, in: *The Monist* 77(4): S. 472–458.
- Longino, Helen E. (1995): Gender, Politics, and the Theoretical Virtues, in: *Synthese* 104(3): S. 383–397.
- Los Angeles Women's Center (1973): *Sister: Self-Help Health Care*. Vol. 4. Los Angeles, o.J.
- Lupton, Deborah (1995): *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London; Thousand oaks; New Dehli: Sage Publications.
- Marieskind, H./Ehrenreich, Barbara (1975): Toward Socialist Medicine: The Women's Health Movement, in: *Social Policy* 6(2): S. 34–42.
- Morgen, Sandra (2002): *Into Our Own Hands: The Women's Health Movement in the United States, 1969–1990*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
- Moscucci, Ornella (1990): *The Science of Women: Gynaecology and Gender in England, 1800–1929*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- Mosse, George L. (1990): *Die Geschichte des Rassismus in Europa*. Frankfurt am Main: Fischer. Erstaufl. 1978: New York: Howard Fertig.
- Mulligan, JE (1983): Some Effects of the Women's Health Movement, in: *Topics in Clinical Nursing* 4(4): S. 1–9.
- Nelson, Jennifer (2015): *More than Medicine: A History of the Feminist Women's Health Movement*. New York: New York University Press.
- Nichols, FH (2000): History of the Women's Health Movement in the 20th Century, in: *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 29(1): S. 56–64.

- Oudshoorn, Nelly (2001): On Bodies, Technology and Feminism, in: Creager, Angela N.H./ Lunbeck, Elizabeth/ Schiebinger, Londa (Hrsg.), *Feminism in Twentieth Century Science, Technology and Medicine*. Chicago; London: University of Chicago Press, S. 199–213.
- Peuckert, Detlev (1987): *Die Weimarer Republik: Krisenjahre der Klassischen Moderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1987.
- Planert, Ute (2000): Der dreifache Körper des Volkes: Sexualität, Biopolitik und die Wissenschaften vom Leben, in: *Geschichte und Gesellschaft* 26, S. 539–576.
- Prüll, Cay-Rüdiger (nun Livia Prüll) (2013): Making Sense of Diabetes: Public Discussions in early West Germany 1945 to 1970, in: Rogge, Jörg (Hrsg.), *Making Sense as a Cultural Practice. Historical Perspectives* (Mainz Historical Cultural Sciences, Vol. 18). Bielefeld: Transcript, S. 225–239.
- Prüll, Livia (2016): *Trans* im Glück. Geschlechtsangleichung als Chance. Autobiographie, Medizingeschichte, Medizinethik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sammer, Christian (2015): Die »Modernisierung« der Gesundheitsaufklärung in beiden deutschen Staaten zwischen 1949 und 1975, in: *Medizinhistorisches Journal* 50, S. 249–294.
- Seaman, Barbara (1995 [1975]): *The Doctor's Case against the Pill*. 25th anniversary ed. Alameda, CA: Emeryville, CA: Hunter House; Distributed to the trade by Publishers Group West.
- Soden, Kristine von (1988): *Die Sexualberatungsstellen der Weimarer Republik 1919–1933*. Berlin: Edition Hentrich.
- Söderfeldt, Ylva (2013): *From Pathology to Public Sphere. The German Deaf Movement 1848–1914*. Bielefeld: Transcript.
- Span, Paula (1980): A New Era for Feminist Health Clinics, in: *The New York Times*, November 23, o.J.
- The Feminist Counseling Collective (1975): Feminist Psychotherapy, in: *Social Policy* 6(2): S. 54–62.
- Uhlig, Anne C. (2012): *Ethnographie der Gehörlosen. Kultur – Kommunikation – Gemeinschaft*. Bielefeld: Transcript.
- Verbrugge, Lois M. (1982): The Women's Health Movement: Feminist Alternatives to Medical Control, in: *Sex Roles* 8(2): S. 222–224.
- Wohlsen, Marcus (2011): *Biopunk Kitchen-Counter Scientists Hack the Software of Life*. New York: Current. Online: <https://www.overdrive.com/search?q=ACF7EAFA-86D0-402C-BB5A-EDAD02D44D4C>. (Zugriff: 18.05.2016).