

# Das Schweigen nach Kairo

## Institutionalisierte Bevölkerungspolitik

Bevölkerungspolitische Motive prägen die globale Entwicklungs- und Gesundheitspolitik. Dies hat sich auch nach der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo im Jahr 1994 nicht verändert, auch wenn die demografische Planung öffentlich in den Hintergrund getreten ist.

von dem **Autorinnenkollektiv Bevölkerungspolitik**

► Die Kairoer Konferenz fand zu Zeiten eines Aufwindes international vernetzter Frauengesundheits-NGOs statt, deren zentrale Begrifflichkeiten wie reproduktive Gesundheit oder *empowerment* Eingang in das Aktionsprogramm der Regierungen fanden. Zu den wichtigsten Elementen des Aktionsprogramms von Kairo zählt, dass dort die individuelle Selbstbestimmung über Sexualität und Fortpflanzung betont und das Recht auf reproduktive Gesundheit<sup>1</sup> als bevölkerungspolitischer Auftrag verbrieft wurden. Das Motto lautete: demografische Pläne sollten in den Hintergrund treten. Stattdessen propagierte das Aktionsprogramm *empowerment* von Frauen die Deckung des individuellen Bedarfs an Verhütungsmitteln und breitere Frauengesundheitsziele.

Das internationale Population Establishment<sup>2</sup> hat auf diese Weise die Allianz mit liberalen Frauengesundheitsnetzwerken gefeiert – als progressiver Gegenpol zum vatikanischen Fundamentalismus. In der Praxis

### Die reproduktive Gesundheit reduziert Frauen auf Gebärtmaschinen

wurden die Reformversprechen von Kairo jedoch oftmals nicht eingehalten. Zum einen gab es auch danach international finanzierte Bevölkerungskontroll-Programme, die in vielen Ländern zu Menschenrechtsverletzungen und Zwangsmaßnahmen führten (siehe Kasten 1). Zum anderen sind nationale Interessen und Politiken zur Bevölkerungsplanung – nicht nur in »Entwicklungsländern« wieder en vogue: Der historische Zusammenschluss von Teilen der internationalen Frauengesundheitsbewegung und dem Population Establishment führte letztlich dazu, dass multilaterale, nationale und private Organisationen sich gemeinsam zum Ziel setzten, staatliche Bevölkerungsplanung zu ermöglichen und zu verbessern – und läutete somit das Ende einer noch in den 1980er Jahren weitverbreiteten staatskritischen Perspektive in der internationalen Frauengesundheitsbewegung ein. Wie konnte es dazu kommen?

Eigentlich müssten sich die Kairoer Reformen an dem selbst gesetzten Anspruch einer



## Bangladesch zwischen Familienplanung und Zwangssterilisation

► Wie gering die Rolle von Gesundheit in den Nach-Kairo-Programmen ist und wie stark das Gewicht auf der Reduzierung der Geburtenrate liegt, lässt sich exemplarisch an Bangladesch zeigen. Die Bevölkerungspolitik Bangladeschs gilt als besonders erfolgreich, weil zwischen 1975 und 1995 die Geburtenrate von 6,3 auf 3,3 Kinder pro Frau zurückging und sich die Anwendung so genannter »moderner« Verhütungsmitteln wie Sterilisation, Dreimonats-Spritze oder Spirale von 13,8 Prozent in 1984 auf 41,5 Prozent in 1996 erhöht hatte.

Im gesamten Gesundheitswesen Bangladeschs arbeiten 85.000 Angestellte – 52.000 von ihnen allein als Angestellte in Familienplanungsprogrammen. So wundert es nicht, dass das Gesundheitssystem in Bangladesch in anderen Bereichen der Frauen-Gesundheit

jenseits der Familienplanung, wie zum Beispiel der Verhinderung der Müttersterblichkeit, wesentlich weniger erfolgreich ist. Durchgesetzt wurden die Programme mit zahlreichen Anreizsystemen: So erhielten die Angestellten der Familienplanungsprogramme in dem genannten Zeitraum ihre Gehälter im Rahmen von Quotensystemen gemäß der Anzahl von Sterilisationen oder Spiralen, die sie eingesetzt hatten. Die Familien, die an den Programmen teilnahmen, erhielten kleine Geschenke und Zahlungen und genossen Privilegien bei der Vergabe von Einkommen schaffenden Maßnahmen.

Gleichzeitig restrukturierte die Regierung Bangladeschs ab 1996 den Gesundheitssektor unter neoliberalen Vorzeichen. Innerhalb dessen sollte die Vorgabe des Kairoer Aktionsplans, weitere Elemente reproduktiver Ge-

sundheit in das Bevölkerungsprogramm zu integrieren, umgesetzt werden. Eine nationale reproduktive Gesundheitsstrategie wurde entworfen, innerhalb derer qualitativ hochwertige, gendersensible Gesundheitsdienste in den vorrangigen Bereichen Müttergesundheit, Familienplanung, Abtreibungsdienste, Behandlung von Geschlechtskrankheiten und Behandlung von Abtreibungskomplikationen angestrebt wurden. Die bangladeschischen Behörden griffen das Konzept einer reproduktiven Gesundheitsversorgung zumindest insofern auf, als sie die Familienplanungsdienste um HIV/AIDS-Prävention erweiterten und das Problem der Müttersterblichkeit etwas stärker berücksichtigten.

Angesichts gesundheitsökonomischer und bevölkerungspolitischer Rahmenbedin-



Motive für den Themenschwerpunkt: Fotos: R. Magg, Arrangement: C. Parsdorfer, Licht: M. Hoffmann

breiteren reproduktiven Gesundheitsversorgung – dem wesentlichen Erfolg der Frauenlobby in den Formulierungen des Aktionsprogramms – messen lassen. Tatsächlich ist dieser integrale Anspruch nur teilweise eingehalten worden. Oftmals ging es eher um eine Differenzierung von Zielgruppen und Kriterien für die Familienplanung – sprich Verhütungsmittel und Sterilisationen – statt um die Aufgabe dieser Priorität (siehe Kasten 2). Demografische Ziele sind allerdings heute auf der bevölkerungspolitischen »Mikro-Ebene« reformuliert worden und sind zunehmend unsichtbar. Im Vordergrund steht eine Programmatik, die sich an die Frau als selbstverantwortliches Individuum richtet. Die Forderungen von Frauen nach reproduktiver Selbstbestimmung und staatliche Bevölkerungspolitik sind so scheinbar kein Widerspruch mehr.

Folgerichtig haben sich auch die Argumente in den Strategien zur Reduzierung der Geburtenraten geändert. Mehr und mehr geht es um die Gesundheit der Frauen – sei es in den Programmen der internationalen Agenturen (etwa dem UN-Weltbevölkerungsfonds) oder in Publikationen von großen Frauen-NGOs. Immer häufiger werden gesundheitliche Risiken von Schwangerschaft und Geburt angeführt, beispielsweise in der Debatte um Schwangerschaften von Jugendlichen oder um einen zeitlichen Mindestabstand zwischen zwei Geburten (birth spacing). Deutlich wird dies insbesondere am Diskurs über Müttersterblichkeit. Statistiken über die hohe Anzahl von Frauen, die an den Folgen von Komplikationen bei Abtreibung, Schwangerschaft oder Geburt in Ländern Lateinamerikas, Afrikas

oder Asiens sterben, sind zum zentralen Element einer Medikalisation<sup>3</sup> bevölkerungspolitischer Strategien geworden.

### Risiko Schwangerschaft

► Internationale Frauengesundheitsorganisationen haben seit den 1980er Jahren Kampagnen gegen Müttersterblichkeit vorangetrieben, um gegen schlechte oder fehlende öffentliche Gesundheitsdienste und gegen einen Mangel an sicheren Abtreibungsmöglichkeiten zu protestieren sowie allgemein den schlechten Gesundheitszustand armer und sozial unterprivilegierter Frauen zu thematisieren. Seit der Konferenz von Kairo taucht der Topos der Müttersterblichkeit auch in allen Hochglanzbroschüren des Population Establishment als entscheidendes Argument für die Ausweitung ihrer Programme auf. Dabei steht allerdings die Prävention von Müttersterblichkeit durch Familienpl-

»Die größte Generation junger Leute in der Geschichte wird zur Zeit sexuell aktiv«

nungsprogramme oftmals an erster Stelle – mit der bestechenden Logik, dass eine Frau, die nicht schwanger wird, auch nicht an den Folgen einer Schwangerschaft sterben kann.

In die Kampagnen der 1987 gegründeten *Safe Motherhood Initiative*, einer koordinierten Initiative von Weltbank, Weltbevölkerungsfonds, Weltgesundheitsorganisation und privaten Agenturen, gehen unterschiedliche Vorstellungen zur Müttersterblichkeit ein, die sich zudem im Laufe der 1990er Jahre verschoben haben. Zu Beginn der Initiative standen Versuche im Vordergrund, die bei den individuellen Risiken ansetzten. Über Screening-Programme und Vorsorgeuntersuchungen sollten Faktoren für ein gesteigertes

gungen des Programms diagnostizierten BeobachterInnen allerdings schon im Jahre 2000, dass der Anspruch einer qualitativ hochwertigen und umfassenden reproduktiven Gesundheitsversorgung nicht umgesetzt werden konnte. Stattdessen konzentrierte sich das Familienplanungsprogramm darauf, die demografischen Ziele mit geringeren Mitteln, also »kosteneffizienter« weiterzuverfolgen. Bangladesch ist in vieler Hinsicht für die Situation in den bevölkerungspolitischen Schwerpunktländern nach Kairo – wie Indien, Philippinen, Pakistan, Ägypten, Nigeria, Tansania und Indonesien – kein Einzelfall. Die Reformen sind eher »semantischer« Natur insofern, als die Familienplanungs- oder Bevölkerungsprogramme einfach in reproduktive Gesundheitsprogramme umbenannt wurden. Weiterhin

### Antinatalistische Praktiken führen in vielen Ländern zu Menschenrechtsverletzungen

führte die Kontinuität antinatalistischer Praktiken in zahlreichen Ländern zu Menschenrechtsverletzungen, und andere Elemente reproduktiver Gesundheit – abgesehen von Programmen gegen HIV/AIDS – wurden vernachlässigt.

Zumindest offiziell verzichteten viele Regierungen nach Kairo auf formulierte Quoten für Verhütung oder Sterilisationen in den Programmen. Auf dezentraler Ebene aber wurden die Ziele weiterverfolgt, oder wie in Peru, sogar erst eingeführt. Weiterhin kam es zu Menschenrechtsverletzungen durch direkte Zwangsmaßnahmen wie Systeme von Anreizen und Abschreckungen für die Gesundheitsangestellten, System der Quoten, Anreize und Bedrohungen in Peru, Fälle von Zwangssterilisationen in Mexiko, Costa Rica,

Südafrika und Bangladesch, Systeme der »compensation payments« in Bangladesch oder die Fortführung der Ein-Kind-Politik in China. Eklatantestes Beispiel ist das Sterilisationsprogramm in Peru von 1996 bis 1998, das von Angestellten des öffentlichen Gesundheitssystems unter Drohung von Kündigungen eine bestimmte Quote an Sterilisationen abverlangte. Auch aus Mexiko berichtete die Nationale Kommission für Menschenrechte über massive Sterilisationskampagnen und viele Fälle von Zwangsmaßnahmen. Und in Hyderabad, Indien, protestierte Anfang 1999 eine Gruppe von NGOs dagegen, dass sie durch ein Weltbankprogramm unter Druck gesetzt wurden, innerhalb eines Monats 22.000 »Acceptors« von Familienplanungsdiensten in ihren Distrikten anzuwerben – das Programm operierte mit finanziellen Anreizen ebenso wie mit Drohungen, etwa die Wasserversorgung der Slumviertel zu unterbrechen.

Risiko zukünftiger Geburtskomplikationen ermittelt und bei Bedarf Frauen mit solchen »Risikoschwangerschaften« im Rahmen der Schwangerenvorsorge in ein Krankenhaus zur Nothilfe überwiesen werden. Diese Strategie passte sowohl zu neoliberalen Diskursen über Prävention, Kostensenkung (Krankenhausversorgung nur für »Risikoschwanger«) und Dezentralisierung (lokale Gesundheitsposten statt teure Krankenhäuser) als auch zu feministischen Diskursen, die mit Strategien der Prävention, der Ausbildung ‚traditioneller‘ Hebammen und der Stärkung des Gesundheitswissens der Frauen eine Politik der Entmedikalisierung befürworteten.

Doch die Programme blieben ohne Erfolg. Nach zehn Jahren *Safe Motherhood Initiative* sind die Müttersterblichkeitsraten gleich geblieben oder sogar noch gestiegen. Die Folgerung der Initiative: Komplikationen seien bei der Geburt weitgehend unvorhersehbar und nicht zu verhindern, sie seien aber sehr wohl gut zu behandeln. Unter dem Slogan »every pregnancy faces risks« hat sich diese These seit Ende der 90er Jahre zum dominanten Paradigma in den internationalen Diskursen über Müttersterblichkeit entwickelt. Die neue Formel sieht prinzipiell alle schwangeren Frauen in den so genannten Entwicklungsländern als gefährdet an, was wiederum unterschiedlich interpretiert wird: Einerseits ist sie Anknüpfungspunkt für Feministinnen und Gesundheitsbewegungen, um einen Zugang aller Frauen zu gynäkologischer Versorgung und adäquater Geburtshilfe, d.h. auch einen flächendeckenden Zugang zu Krankenhäusern im Notfall zu fordern. In Zeiten der »Gesundheitssektorreformen«, der Privatisierung

und des Abbaus öffentlicher Gesundheitssysteme, gibt dies sozialen Bewegungen Rückenbedeckung für eine kostenlose öffentliche Gesundheitsversorgung. Sie ist in diesem Sinne als Wiederbelebung keynesianischer Programme, die nicht die Individuen, sondern den Staat zur Verantwortung für die Gesundheit aller BürgerInnen anrufen, zu verstehen.

Andererseits wird der Diskurs über das Risiko bei jeder Schwangerschaft aber auch von den bevölkerungspolitischen Agenturen genutzt, um Schwangerschaften in bestimmten Ländern an sich für gefährlich zu erklären – unabhängig von allen sozialen Bedingungen – und so die Notwendigkeit von Geburten reduzierenden Programmen zu betonen. So sind jedenfalls die in der bevölkerungspolitischen Literatur üblichen Berechnungen von nationalen oder sogar kontinentalen Durchschnittsrisiken in Bezug auf die einzelne Frau auch zu verstehen: »Eine Frau in Afrika wird mit einer Wahrscheinlichkeit von eins zu sechzehn während ihrer reproduktiven Lebensphase an den Komplikationen einer Schwangerschaft sterben, verglichen mit einer Wahrscheinlichkeit von eins zu 1.800 für eine Frau der entwickelteren Länder.« (World Bank)

### Jugendliche im Visier

► Dennoch werden Risikogruppen unterschieden: »Eine Schwangerschaft ist besonders riskant für bestimmte Gruppen von Frauen – sehr junge Frauen, ältere Frauen, Frauen mit mehr als vier Kindern« (WHO 1995). »Schlecht getimte Schwangerschaften« werden – so die Weltbank – damit zum »Hindernis gegen eine sichere Mutterschaft«

erklärt (World Bank 1999). Die Verhinderung von Teenagerschwangerschaften hilft der Weltbank zufolge auch die Müttersterblichkeit zu reduzieren, weil Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren ein zwei bis viermal höheres Risiko hätten, während der Schwangerschaft oder der Geburt zu sterben, als Frauen zwischen 20 und 30 Jahren.

Dieser Diskurs, der Frauen in Risikogruppen einteilt, müsste eigentlich in ihrer praktischen Relevanz diskreditiert sein. Denn nach den bisherigen Erkenntnissen ist das Risiko, an den Folgen einer Schwangerschaft, von Geburtskomplikationen oder auch einer Abtreibung zu sterben, für eine Jugendliche oder eine ältere Frau bei adäquater Gesundheitsversorgung äußerst gering. Der Diskurs ist jedoch sehr funktional, um antinatalistische Strategien<sup>4</sup> zu befördern. Die *Safe Motherhood Initiative* beispielsweise leitet aus Berechnungen über das höhere Risiko der Müttersterblichkeit bei Jugendlichen keine Notwendigkeit für eine bessere medizinische Versorgung oder für sichere Abtreibungsmöglichkeiten ab, sondern Strategien zur Normierung des so



## Mehr Geld für weniger Menschen

► Die Investitionen der internationalen Geber in Familienplanungsprojekte und Programme gegen HIV/AIDS stiegen nach Kairo von 610 Millionen US-Dollar auf 2,05 Milliarden im Jahr 2001. Dazu kommt ein Gesamtvolumen von 202 Millionen US-Dollar aus sechs privaten Stiftungen, die mit 95 Prozent den Löwenanteil aller privaten Mittel für bevölkerungspolitische Maßnahmen stellen. Vor allem die mit Stiftungsgeldern finanzierten Projekte sind keinem genderpolitisch orientierten Ansatz verpflichtet und folgen überwiegend den traditionellen antinatalistischen Programmen. Das Gesamtvolumen der Finanzierung zeigt, dass Bevölkerungspolitik im Vergleich zu anderen Politikfeldern weiterhin sehr stark von internationalen Gebern kontrolliert wird. Die tragende Rolle in den bevölkerungspolitischen Programmen in den Entwicklungsländern spielen die Weltbank und US-Aid. Zwei Drittel der Finanzen, die im Aktionsprogramm von Kairo festgelegt

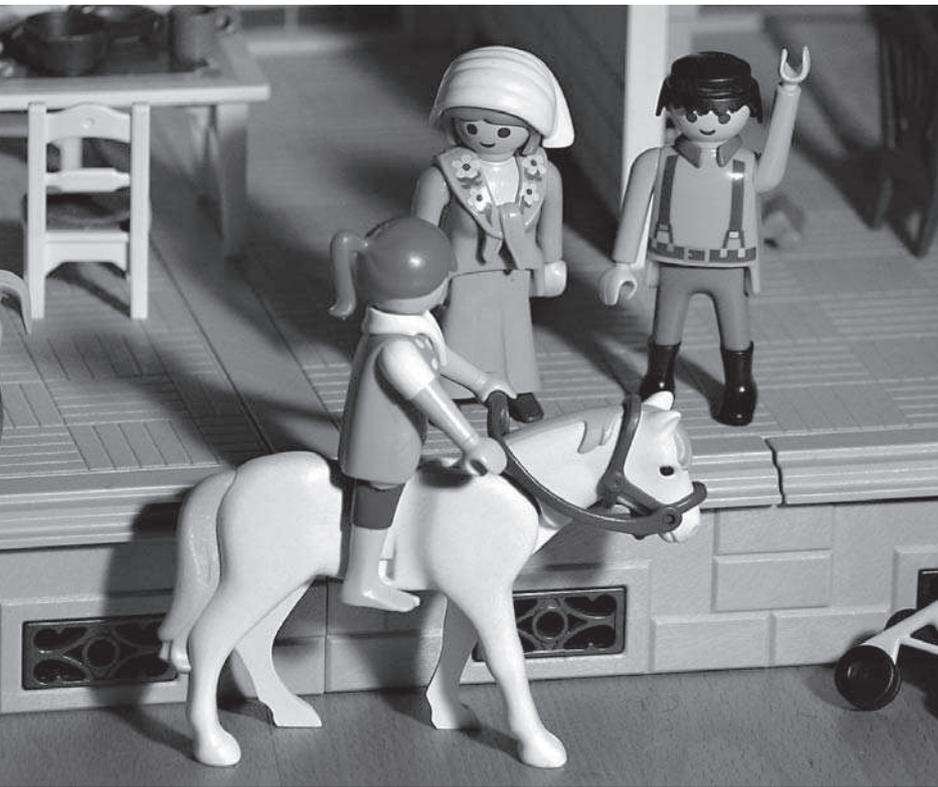
wurden, flossen in Familienplanungs-Programme. Alle weiteren Gesundheitsdienstleistungen sollten dagegen mit dem übrigen Drittel finanziert werden, wobei Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe eine relativ marginale Rolle zugewiesen wurde.

Weiterhin spielen die großen Geberorganisationen Weltbank und US-Aid eine starke Rolle innerhalb des Population Establishment. Nach wie vor üben sie Druck auf nationale Programme aus, antinatalistische demografische Effekte zu zeitigen und eine Priorität auf die Verbreitung von Verhütungsmitteln und Sterilisationen zu legen. Das strategische Ziel von US-Aid blieb auch nach Kairo weiterhin fast ausschließlich die Verbreitung von Verhütungsmitteln und Sterilisationen, nunmehr »Bevölkerungsstabilisierung« genannt. Das gesamte Budget von US-Aid für

Gesundheit und Ernährung hatte während der Jahre um Kairo (1993 bis 1995) sogar einen geringeren Umfang als das Budget für Bevölkerungspolitik und auch in den Jahren danach übersteigt es dieses nur unwesentlich. US-Aid finanziert etwa die Strategie der Consulting Futures Group innerhalb nationaler Regierungen. Deren Aufgabe ist es, Führungskräfte in Regierungen und Behörden von den Vorteilen antinatalistischer Strategien zu überzeugen.

### Zwei Drittel der Finanzen des Aktionsprogramms flossen in Familienplanungsprogramme

Der Weltbevölkerungsfonds UNFPA präsentierte auf der Kairo plus 5-Konferenz 1999 in Den Hague ihre umstrittene »Six billion campaign« (vgl. iz3w 242). Ein Indiz für den Vorrang demografischer Ziele vor den Frauenrechten ist auch die große Bedeutung, die in den Programmen der UNFPA den langfristig wirkenden Verhütungsmethoden zu-



genannten generativen Verhaltens. Die *Safe Motherhood Initiative* will demzufolge vor allem den »ersten sexuellen Kontakt, Heirat oder Erstgeburt« hinauszögern.

### Sprachlosigkeit der Frauen

► Der Fokus auf reproduktive Gesundheit hat es möglich gemacht, antinatalistische Ziele indirekt als »reproduktive Risiken« auf der Mikroebene zu verkaufen. Während in Kairo

die individuelle Entscheidungsfreiheit der Frauen sowie reproduktive Rechte betont wurden, wurden auf der Makroebene weiterhin antinatalistische demografische Ziele formuliert. Dabei konzentriert sich die nach Kairo neu erstarkte Gender- und Gesundheitslobby auf die Förderung von Konzepten zu sexuellen und reproduktiven Rechten, auf die Überwachung nationaler Politiken sowie die Einrichtung von Frauengesundheitszentren. Weil sie sich auf der Mikroebene eine Verbes-

kommt – insbesondere *Norplant* und der Dreimonatsspritze *Depo-Provera*. Die Bevölkerungsabteilung der Weltbank orientiert sich zwar engagierter als US-Aid an genderpolitischen Konzepten und betont den breiten Begriff der reproduktiven Gesundheit, das Empowerment von Frauen sowie die Qualität der Dienste. Wie allerdings tatsächlich die Programme finanziert werden, ist äußerst schwer nachvollziehbar. Denn im Gegensatz zu US-Aid ist es in den Abrechnungsschemata der Darlehen der Weltbank gar nicht möglich, die Kategorien der Familienplanung getrennt von den anderen Elementen reproduktiver Gesundheit nachzuvollziehen. Dass dabei einzelne Komponenten relativ wenig finanziert sein können, zeigt der selbstkritische Bericht der Weltbank: So wurde 1999 in nur 29 von 77 Ländern, in denen die Weltbank reproduktive Gesundheitsprogramme finanzierte, auch eine Komponente für Geburtshilfe unterstützt.

Die Kredite der Weltbank waren in den 1980er und frühen 1990er Jahren oftmals an

die Implementierung so genannter Struktur Anpassungsmaßnahmen gebunden – somit sind auch die bevölkerungspolitischen Investitionen der Weltbank nach Kairo nicht getrennt von der Restrukturierung nationaler Gesundheitssysteme zu analysieren. Schließlich forderte das Aktionsprogramm, die Kosteneffektivität von Gesundheitsprogrammen zu erhöhen, möglicherweise Gebühren einzuführen, den Privatsektor zu fördern sowie Gesetzgebungen abzuschaffen, welche Privatisierungsprozessen Grenzen setzen könnten. Alle gesundheitspolitischen Maßnahmen werden so einer ökonomisch-utilitaristischen Rationalität der Kosten-Effizienz, der Kostendeckung und Kostendämmung im Gesundheitssystem untergeordnet. An die Stelle kostenloser Gesundheitsdienste treten so Gebühren, Versicherungsschemata oder andere Zahlungsmodi. Mit der Absage an den Gedanken einer alle Bedürfnisse abdeckenden medizinischen Grundversorgung entstehen auf dieser Basis bestenfalls Minimalprogramme für die Ärmsten der Armen.

serung der Frauenrechte erhoffen und ihre Programme von internationalen Akteuren großzügig finanziert werden, hat die Frauengesundheitsbewegung de facto dazu beigetragen, diese internationalen Programme umzusetzen (siehe Kasten 2). Die restriktiven Ziele auf der Makroebene zur Reduzierung der Weltbevölkerung sind dabei zunehmend aus der Analyse und Diskussion verschwunden.

Die US-Netzwerke *Committee Women* und *Population and Environment* schrieben bereits 1999, der Konsensus von Kairo habe eine »ideologische Schizophrenie« zurückgelassen: den höchst widersprüchlichen Diskurs der Nach-Kairo-Bevölkerungspolitik zwischen dem so genannten Feld der Körperpolitik (Mikroebene) und den nationalen Interessen und Politiken zu Bevölkerungsplanung (Makroebene). Frauen-NGOs haben an dieser ideologischen Schizophrenie einen großen Anteil, indem sie Programme, die auf der Makroebene ganz klar einen antinatalistischen Tenor haben (finanziert von Weltbank oder US-Aid) in den jeweiligen Ländern umsetzen, ohne diesen »bias« – also etwa viel Geld für Verhütungsmethoden und wenig Geld für Geburtshilfe – zu politisieren. Zudem wandten sich in den 1990er Jahren viele WissenschaftlerInnen, die sich bis dahin mit Bevölkerungspolitik beschäftigt hatten, mehr und mehr der kritischen Wissenschaftstheorie zu und verabschiedeten sich weitgehend aus der politischen Arbeit gegen den herrschenden Bevölkerungspolitikdiskurs. Somit bildete sich ein Vakuum, das sich mit dem so genannten Konsensus von Kairo 1994 sogar zu einer regelrechten Sprachlosigkeit der Frauengesundheitsbewegung ausgedehnt hat. ►

Der mit den Gesundheitssektorreformen explizit gemachte Abgesang auf das Prinzip einer allgemeinen *medizinischen Grundversorgung* und erst recht auf das Prinzip »*Gesundheit für Alle*«, wie es die Weltgesundheitsorganisation noch in den 1970er Jahren proklamierte, hat allerdings nicht nur einen Abbau, sondern auch einen Umbau von Gesundheitssystemen zur Folge. Die Gesundheitssektorreformen führen demnach dazu, dass Familienplanung – oder die nun »reproduktive Gesundheit« genannten Pakete – gegenüber anderen Gesundheitsdienstleistungen bzw. gegenüber der Förderung einer allgemeinen Basisgesundheitsinfrastruktur bevorzugt werden.

### Literatur:

Susanne Schultz: Vom Protest zur Verwaltung reproduktiver Risiken. Die NGOisierung internationaler Frauengesundheitsbewegungen und das hegemoniale Projekt der Bevölkerungspolitik nach Kairo '94. Dissertation am Otto-Suhr-Institut für Politikwissenschaft der FU Berlin, März 2005

So konnte es dazu kommen, dass Mainstreaming Gender LobbyistInnen mittlerweile für eine Neuauflage des Neomalthusianismus mitverantwortlich sind. Indem sie zwischen »guter« Bevölkerungspolitik als Sozialpolitik und schlechter neoliberaler Staatspolitik trennen, verhindern sie eine Analyse von neomalthusianistischen und neoliberalen Konzepten im aktuellen Bevölkerungspolitikdiskurs.

Eine genderpolitische Agenda, die biopolitische Strategien und Interessen ignoriert, ist nicht dazu fähig, ein übergreifendes Bild der aktuellen Bevölkerungspolitik zu zeichnen, in dem die antinatalistischen Tendenzen der reproduktiven Gesundheits-Diskurse und deren Instrumentalisierung für genderpoliti-

sche Programme mit berücksichtigt werden. Dies bedeutet nicht, dass auf der Mikroebene Angebote und Programme für Frauen immer problematisch sein müssen. Problematisch ist allerdings neben dem Ungleichgewicht zwischen Verhütungsmittel- und Sterilisationsprogrammen im Verhältnis zur Basisgesundheitsversorgung der individualisierende Blick auf die ihr »reproduktives Leben« adäquat managende Frau. Ältere gesundheitspolitische Ansprüche, sprich Gesundheit als soziale Frage eng in den Kontext sozialer Lebensbedingungen zu stellen, sind oftmals einem reduzierten Blick auf die individuell zu ermächtigende Frau gewichen, die ihre »reproduktiven Risiken« minimieren soll.

Der Blick auf »Frauen« als Gruppe differenziert dabei kaum noch nach ihrer komplexen sozialen Lage sondern eher nach »Risikofaktoren« wie Altersgruppen oder Sexualverhalten. Die wachsende Ignoranz der internationalen LobbyistInnen bezüglich dem Einsatz von antinatalistischen Normen im Umgang mit Frauen aus dem »Süden« ist nicht zuletzt dem patriarchalen (oder in diesem Falle matriarchalen) Denken der internationalen Frauengesundheitszene zu verdanken, die »besser weiß, was für andere Frauen gut ist«.



»Die Guten ins Töpfchen ...«

# Geburtenkontrolle als System Geschichte des Überbevölkerungsdiskurses

von **Bettina Rainer**

► Der englische Geistliche und Nationalökonom Thomas Robert Malthus (1766-1834) kann als Ausgangspunkt des Überbevölkerungsdiskurses betrachtet werden. Er trug in überaus wirkungsvoller Weise zur Popularisierung der Debatte um eine Übervermehrung des Menschengeschlechts bei. Malthus behauptet in seinem 1798 erschienenen Werk »An Essay on the Principle of Population« ein Missverhältnis zwischen Bevölkerungs- und Nahrungsmittelzunahme: Während sich die Bevölkerung in geometrischer Reihe vermehre, nehme die Lebensmittelproduktion nur in arithmetischer Reihe zu. Unausweichliche Folgen dieser Diskrepanz seien Elend und bedrückende Lebensverhältnisse für weite Teile der Bevölkerung. Er stellt einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der herrschenden Massenarmut und der menschlichen Fruchtbarkeit her und erklärt dies zur unaufhebbareren Naturgesetzlichkeit. Auf diese Weise spricht er das ökonomische System und die politischen Institutionen von der Verantwortung für die elenden Lebensverhältnisse der unteren Bevölkerungsschichten frei und exkulpiert damit den gesellschaftlichen Status quo. Malthus' »Essay« ist vor dem Hintergrund der Umwälzungen im Zusammenhang mit der Französischen Revolution und mit dem Pauperismusproblem als Folge der Entfaltung der kapitalistischen Wirtschaftsweise zu sehen. Er legitimiert ungleiche Eigentums- und Einkommensverhältnisse und verteidigt die Verfolgung des Eigennut-

zes, den »freien Markt« und ein Geschlechterverhältnis mit dem Mann als alleinigem Familienerhalter.

Die neomalthusianistische Bewegung hat sich im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts auf breiter Ebene gesellschaftlich etabliert und wurde primär von Ärzten (erst später auch von Ärztinnen) getragen. Er widmete sich der Lösung der »sozialen Frage« des 19. Jahrhunderts, die durch die Industrialisierung aufgeworfen worden war. Erreicht werden sollte dies durch Geburtenkontrolle mittels moderner Verhütungsmittel. Als erster Neomalthusianer kann Francis Place (1771-1854) bezeichnet werden. Dieser stimmt in seinem Werk »Illustrations and Proofs on the Principle of Population« der Malthus'schen Überbevölkerungsdiagnose grundsätzlich zu. Er plädiert allerdings für die Anwendung empfängnisverhütender Praktiken – Malthus wollte dem sozialen Elend so weit als möglich

Malthus wollte dem sozialen Elend durch Enthaltensamkeit entgegenwirken

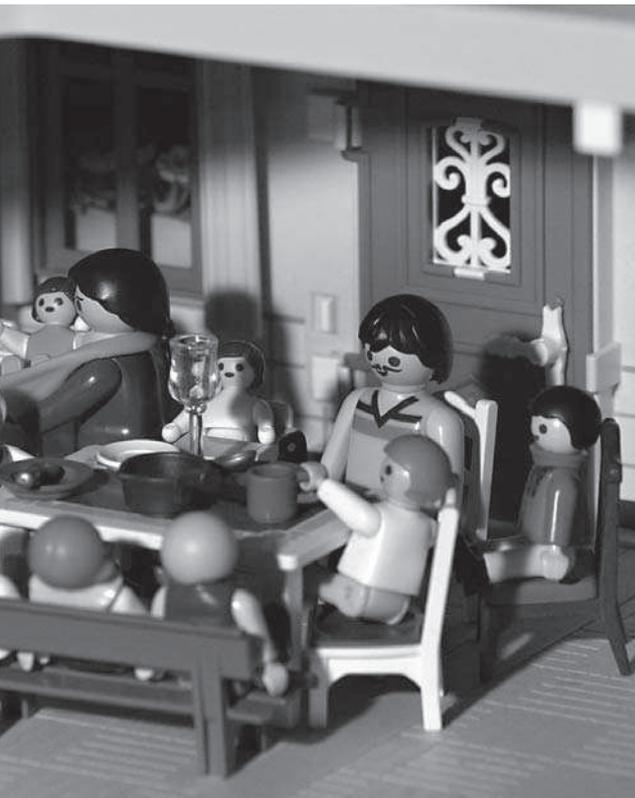
durch vernunftgesteuerte Beherrschung, sprich Enthaltensamkeit, entgegen wirken. Insbesondere der Arbeiterschaft empfiehlt Place nun den Scheidenschwamm als Mittel gegen ihr soziales Elend. Erstmals wurde damit öffentlich für Empfängnisverhütung als Ausweg aus dem Bevölkerungsdilemma plädiert.

Die Rahmenbedingungen für die sich organisierende neomalthusianische Bewegung bildeten die Debatten über den Geburtenrückgang. Dieser wurde, beginnend in den 1860er Jahren, zunächst in den westeuropäischen Ländern mittels moderner statistischer

Methoden registriert. Zum Zeichen »moralischen« wie »nationalen Verfalls« wurde der Geburtenrückgang allerdings erst, als er zunehmend in ursächlichen Zusammenhang zur Verbreitung von Verhütungsmitteln und zur Zunahme »krimineller Fruchtabtreibungen« gestellt wurde. An den zunächst nahezu ausschließlich unter männlichen Eliten geführten Debatten beteiligten sich Vertreter unterschiedlicher Disziplinen wie Nationalökonomien, Juristen und Statistiker. Die Mediziner beanspruchten allerdings eine Führungsrolle für sich und waren bestrebt, ihre Zuständigkeit auf den gesamten Bereich der »menschlichen Reproduktion« auszudehnen.

Das »Degenerationsproblem« war Ende des 19. Jahrhunderts allgegenwärtig. Zu diesem Zeitpunkt trat die Eugenik auf den Plan. 1883 prägte der Mediziner und Anthropologe Sir Francis Galton, ein Cousin von Charles Darwin, für seine neue Lehre des »guten Erbes« den Begriff »Eugenik«. Die internationale eu-

Ein isoliertes Konzept von Gender hilft nicht, die Veränderungen demografischer Strategien zu verstehen, weil diese Konzepte vor allem nach dem »Wie« von Bevölkerungspolitik auf der Ebene von Körperpolitik fragen und nicht nach einem »Warum«. Eine feministische Kritik, die hinter die gängige NGO-Politik schauen will, muss zuallererst zu einer Analyse der rassistischen und utilitaristischen Grundpfeiler von demografischer Wissensproduktion zurückfinden, die sie mit dem Konsensus von Kairo verlassen hat.



genische Bewegung etablierte sich Anfang des 20. Jahrhunderts durch die Gründung eugenischer Gesellschaften in Großbritannien, Deutschland und den USA. Etwas später folgten dann auch Staaten wie die UdSSR, Indien, China, Japan und Brasilien. Bei der Eugenik handelt es sich um eine internationale naturwissenschaftlich-medizinische und gleichzeitig sozialpolitische Bewegung, die ihr Hauptziel in der Erhaltung beziehungsweise Verbesserung der Qualität der »Rasse« sah. Die »Minderertuglichen« sollten an der Weitergabe ihrer unerwünschten körperlichen, geistigen oder psychischen Merkmale primär mittels Sterilisation gehindert werden. Über diese Fortpflanzungskontrolle sollten ein »neuer, starker Mensch« und eine säkularisierte Form von (kollektiver) Unsterblichkeit in Form des »ewigen Erbstromes« und der beständigen »Höherzeugung« geschaffen werden. In den 20er Jahren des vorigen Jahrhunderts begann sich die Bevölkerungswissenschaft als

### Anmerkungen:

- 1 Dieser Begriff wird in der Bevölkerungspolitik meist unhinterfragt gebraucht, suggeriert er doch, dass Frauengesundheit nur auf reproduktive Aktivitäten reduziert wird.
- 2 Mit Population Establishment meint die kritische Sozialwissenschaft das nach dem Zweiten Weltkrieg entstandene Netzwerk aus Privatstiftungen, Think Tanks, nationalen Entwicklungsbehörden und multilateralen Behörden, die sich für eine Reduzierung des weltweiten Bevölkerungswachstums einsetzen.

- 3 Mit Medikalisierung ist zunächst einmal einfach eine expansive Logik gemeint, über die soziale Problemlagen als gesundheitliche redefiniert und dementsprechend als medizinisch lösbare verstanden werden. Es gibt eine heterogene Tradition der Medikalisierungskritik, die von kulturpessimistischen über marxistische bis zu poststrukturalistischen Tendenzen reicht.
- 4 Antinatalistisch werden die Politiken genannt, die darauf abzielen, bei einer Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppe (also nicht individuell) die Geburten zu reduzieren.

► Der vom **iz3w-Autorinnenkollektiv Bevölkerungspolitik** geschriebene Artikel beruht inhaltlich weitgehend auf Texten von **Susanne Schultz**.

eigenständiger Wissenschaftszweig zu etablieren. Sie ist seit ihrer Entstehung eng mit Neomalthusianismus und Eugenik verwoben und keineswegs ausschließlich auf den »quantitativen« Aspekt der Bevölkerungsentwicklung ausgerichtet. In der Bevölkerungswissenschaft wurden eugenische Topoi und Zielsetzungen aufgegriffen und weitergeführt. Die nationalsozialistische Bevölkerungs- und Rassenpolitik stellt den Gipfelpunkt der gewaltsamen Bestrebungen dar, die »quantitative« und »qualitative« Zusammensetzung von Bevölkerungen zu beeinflussen. Im Nationalsozialismus wurden pro- und antinatalistische Maßnahmen kombiniert: So genannt rassistisch wertvoller Nachwuchs sollte angereizt werden; rassistisch und eugenisch für lebensunwert befundene Menschen wurden hingegen eingesperrt, sterilisiert und ermordet. Zwangssterilisationen, Euthanasie-Morde und der Holocaust als industrieller Massensmord sind – auch – als Realisierung eugenischer wie bevölkerungswissenschaftlicher »Erkenntnisse« und Ziele anzusehen. Gerade die von Nationalökonominnen und Statistikerinnen angestellten Berechnungen der »optimalen Bevölkerungszahl« und der (ökonomischen) »Tragfähigkeit« haben zur millionenfachen Vernichtung von Angehörigen so genannter Ostvölker geführt.

Nach dem Zweiten Weltkrieg erfolgte abgehend von WissenschaftlerInnen in den USA die Verlagerung des Überbevölkerungsdiskurses auf die Dritte Welt. Zunächst wurde

von Organisationen wie *Zero Population Growth* die Frage einer Bevölkerungsexplosion in den Vereinigten Staaten selbst aufgeworfen. Problematisiert wurde dabei insbesondere die Zunahme der schwarzen Bevölkerung. Im Zuge der sich verschärfenden Ost-West-Spannungen rückten allerdings die Entwicklung der Geburtenraten in den gerade unabhängig werdenden Kolonien und die »Weltbevölkerungsproblematik« in den Mittelpunkt des Interesses. Die internationale eugenische Bewegung fand darin ihr neues Betätigungsfeld, das ihr zu neuerlicher gesellschaftlicher Anerkennung verhalf.

Praktische Voraussetzung der Geburtenkontrollpolitik ist die Entwicklung und flächendeckende Verbreitung einfach anzuwendender und möglichst sicherer Verhütungsmittel. Die »Pille« wurde Ende der 1950er Jahre explizit mit der Absicht in Auftrag gegeben, die als bedrohlich empfundene Bevölkerungsentwicklung in den Ländern der Dritten Welt »einzudämmen«. Mitte der 1960er Jahre gelang dem weltweiten Überbevölkerungstopos der Durchbruch zunächst in den politischen Institutionen der USA. Ende der 1960er Jahre schwenkten schließlich auch die Vereinten Nationen auf den Kurs der Bevölkerungskontrolle ein. Die Durchführung von Bevölkerungsprogrammen in Ländern der so genannten Dritten Welt ist seither ebenso fester Bestandteil der internationalen Politik wie die alle zehn Jahre stattfindenden UN-Weltbevölkerungskonferenzen.

► **Bettina Rainer** ist promovierte Politologin und befindet sich zurzeit in Elternzeit. Eine ausführliche Betrachtung der Geschichte des Überbevölkerungsdiskurses findet sich in *Bettina Rainer (2005): Bevölkerungswachstum als globale Katastrophe. Apokalypse und Unsterblichkeit. Münster*.