

1. Einleitung: Politiken der Generativität

The reproduction of life has always been a central question in nation-states, concerning which kinds of families, and particularly which kinds of mothers, are suitable to raise new generations. The desirable form of the nation is shaped in discourses on Reproduction. Who can reproduce the nation?

Salla Tuori 2009, 123

Als ich anfang, mir über ein Dissertationsprojekt Gedanken zu machen, wurde in Deutschland und in anderen europäischen Ländern wie Großbritannien gerade über den angeblichen Missbrauch der Sozialsysteme durch die sogenannte Unterschicht und über deren angeblich konsumistischen Lebenswandel debattiert. Viele Medien zeichneten das Bild einer konsumierenden, faulen und abgehängten Unterschicht, in diesem Zusammenhang erschien auch die Figur der sogenannten ›Welfare-Mom‹. Berichtet wurde über alleinerziehende Mütter, die angeblich Kinder bekommen, um Sozialgelder zu erhalten. Der Pädagoge Gunnar Heinsohn schrieb, das Elterngeld sei eine »Fortpflanzungsprämie für die Unterschicht« (2009).

Auch Politiker/-innen befeuerten eine sozialeugenische Diskussion. Am 23. Januar 2005 sagte Daniel Bahr (FDP) in einem Interview der *Bild am Sonntag*, dass »die Falschen« die Kinder bekämen, und 2006 begründete Angela Merkel die Einführung des Elterngeldes mit dem Argu-

ment, es gehe darum, die Geburtenrate unter Akademiker/-innen zu erhöhen.¹ Der Geburtendiskurs erhielt mit Thilo Sarrazins Buch *Deutschland schafft sich ab* (2010) ein weiteres prominentes Sprachrohr, das nicht nur die soziale Herkunft, sondern auch die sogenannte Überfremdung ins Zentrum stellte.

Kurzum: Demografische Prognosen wurden wieder verstärkt als zentrale gesellschaftliche Herausforderung diskutiert (Correll 2011; Kahlert 2007). Vor dem Hintergrund verschiedener demografischer Schreckensszenarien wie Geburtenrückgang, Renten-GAU, überalterte Gesellschaft und Überfremdung starteten verschiedene europäische Regierungen einen neuen »pronatalistischen Aktionismus« (Auth und Holland-Cunz 2007, 81), der den demografischen »Untergang« Europas aufhalten sollte, ein Europa, das sich scheinbar nicht länger *selbst* reproduzieren wollte. Das Szenario eines möglichen »europäischen Aussterbens« reaktivierte auch den kolonialen Topos eines bedrohlichen, überbevölkerten Globalen Südens, wie u.a. Connelly (2008), Etzemüller (2007), Randeria (2006) und Rainer 2005 zeigen. Dieses Drohszenario ist ein kolonialhistorisch zentraler Bestandteil des europäischen Bevölkerungsdiskurses (Tellmann 2013) und wird in der jüngsten Zeit auch durch die als »Massen«, »Fluten« oder »Flüchtlingsströme« bezeichneten und dargestellten Fluchtbewegungen aktiviert.

Ich begann, mich mit der Frage zu beschäftigen, auf welche Weise auch die heutige Gesellschaft durch Vorstellungen von wertem oder unwertem Leben strukturiert ist, welche demografischen Prämissen diese Vorstellungen antreiben und welche Rolle dabei Geschlecht spielt. Die Szenarien der »zu vielen« oder »zu wenigen« Menschen reichen historisch weit zurück, und die Entstehung der Bevölkerungspolitik weist vielfältige, eng miteinander verwobene Dimensionen – militärische genauso wie ökonomische, koloniale, eugenische, gesundheitspolitische und vergeschlechtlichte – auf. Für die europäische Staatenbildung war die Frage nach der Bevölkerungsgröße grundlegend, die »richtige Bevölkerungsgröße« galt als wichtiger Indikator für die militärische Macht

1 Rede von Bundeskanzlerin Angela Merkel beim Arbeitgebertag 2006.

eines Staates, und es entwickelte sich zu einer Kernaufgabe des souveränen Staates, die Größe der Bevölkerung mit Gesetz und Gewalt zu regulieren. Damit einher ging auch die Konstituierung einer bestimmten Geschlechterordnung, das heißt einer hierarchisierten geschlechtlichen Arbeitsteilung, in der Frauen für den Bereich der Generativität (Reproduktion) verantwortlich gemacht wurden und Männer für den Bereich der Öffentlichkeit und der Erwerbstätigkeit. Diese Entwicklung zeigt jedoch auch widersprüchliche Elemente, in der generative Prozesse einerseits feminisiert und privatisiert und andererseits zum Thema öffentlicher Auseinandersetzungen wurden: Generativität – und mithin der weibliche Körper und reproduktive Tätigkeiten – wurden sowohl marginalisiert und unsichtbar gemacht *als auch* zum Gegenstand staatlicher beziehungsweise öffentlicher Regulierung und Intervention (vgl. Trallori 1998, 136).

Im Zuge der Industrialisierung interessierte bald nicht mehr allein die Größe, sondern auch die ›Qualität‹ der Bevölkerung. Seit dem 19. Jahrhundert etablierte sich die Eugenik (Erbgesundheitslehre) (Mackensen und Reulecke 2009), auf deren Grundlage zahlreiche europäische Staaten eugenische (Zwangs-)Maßnahmen wie Zwangssterilisierungen, Kindwegnahmen, Psychiatisierungen, Menschenversuche, Restriktion von Zuwanderung usw. durchführten (diese sind teilweise bis heute nicht ausreichend aufgearbeitet). Eine der gewalttätigsten Bevölkerungspolitiken hat bekanntlich das NS-Regime durchgeführt. Im Namen nationalsozialistischer Rassenhygiene wurden die Massenmorde an als »lebensunwert« definierten Menschen legitimiert.²

In den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg wurde die Prognose von der angeblichen Überbevölkerung in der sogenannten Dritten Welt zum zentralen Antrieb der westlichen Entwicklungspolitik. Paul R. Ehrlich (1968) und andere Wissenschaftler/-innen vertraten die Auffassung, Familienplanung sei die wichtigste entwicklungspolitische Intervention. Überbevölkerung geriet damit als die angeblich *entscheidende* Ursache von Armut und Unterentwicklung ins Zentrum öffentli-

2 Zur Geschichte der Eugenik im Nationalsozialismus siehe u.a. Weiss 2010; Weingart/Kroll/Nayertz 1988.

cher Aufmerksamkeit und politischer Interventionen: Ein internationales Netzwerk aus Bevölkerungs- und Entwicklungsorganisationen³ – bekannt als *population establishment* – setzte mithilfe von Regierungen und NGOs weltweit (teilweise repressive) Programme zur Geburtenkontrolle durch. Im Verlauf der 1980er-Jahre wurde die Überbevölkerung der ›Dritten Welt‹ auch zunehmend als ökologisches Problem diskutiert.⁴

Dabei gerieten die Politiken und Diskurse des *population establishments* sowie von Organisationen wie dem Club of Rome auch zunehmend unter Kritik: Während die stark monokausal argumentierenden demografischen Prognosen wissenschaftlich in Zweifel gezogen wurden, machten Aktivist/-innen auf die rassistischen und frauenfeindlichen Implikationen bevölkerungspolitischer Interventionen aufmerksam und forderten, Bevölkerungspolitik auf die Basis von Menschenrechten zu stellen. Auch wurde die Steuerung und Kontrolle insbesondere weiblichen Reproduktionsverhaltens als eine Ablenkung von den tatsächlichen Ursachen der Armut kritisiert. Themen wie globale Ressourcenungleichheit, Enteignungsprozesse durch internationale Konzerne und Verteilungsungerechtigkeit wurden, so die Kritik, mit der »Demographisierung« (Barlösius und Schiek 2007, 9) vollkommen aus dem Blick geraten.

1.1 Reproduktive Gesundheit und Rechte: Die Konferenz von Kairo und bevölkerungspolitische Kontinuitäten

Das Resultat dieser Kritiken und Auseinandersetzungen war 1994 die Verabschiedung der internationalen UN-Agenda von Kairo, die

3 International Planned Parenthood Federation (IPPF), United Nations Population Fund (UNFPA), die WHO, US-AID, US-Entwicklungsbehörde und die Weltbank.

4 Siehe z.B. die umstrittene Studie *The Limits To Growth* im Auftrag des Club of Rome (Meadows u.a. 1972).

Bevölkerungspolitik offiziell abschaffte (Verbot von Zwangsmaßnahmen) und Generativität auf eine menschenrechtliche Grundlage stellte (United Nations, 1994). Das Aktionsprogramm von Kairo – ausgearbeitet vom *population establishment* in Zusammenarbeit mit internationalen Frauen-NGOs, Frauen- und Gesundheitsnetzwerken – rückte die Reproduktive Gesundheit und Rechte ins Zentrum und konstituierte Generativität als einen Bereich der selbstbestimmten Entscheidung.

Mit der UN-Agenda von Kairo wandten sich die internationalen Akteur/-innen offiziell von bevölkerungspolitischen Steuerungsversuchen ab und verpflichteten sich den Prinzipien der Selbstbestimmung und der Gesundheitsförderung (Müttergesundheit, Zugang zu Verhütungsmitteln, Aufklärung, AIDS-Prävention usw.). Von nun an wollte man für die Gesundheit der Frauen sorgen, statt deren Fortpflanzungsverhalten zu kontrollieren.

Die Agenda von Kairo und die offizielle Abschaffung repressiver Bevölkerungspolitiken sind zweifellos ein wichtiger Schritt und ein Instrument, um Menschenrechtsverletzungen durch Staaten abzuwehren. Folgende Definition der Reproduktiven Gesundheit und Rechte wurde in Kairo von 179 Ländern verabschiedet:

Reproductive health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and its functions and processes. Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this last condition are the right of men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as well as other methods of their choice for regulation of fertility which are not against the law, and the right of access to appropriate health care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant. In line with the above definition of reproductive health, reproductive health care is defined as the constellation of methods, tech-

niques and services that contribute to reproductive health and well-being by preventing and solving reproductive health problems (UN 1994, Paragraph 7.2.).

Die Länder verpflichteten sich, Reproduktive Gesundheit und Rechte zu verbessern und das Recht auf reproduktive Selbstbestimmung zu achten. Der Konsens von Kairo gilt bis heute als ein internationaler Erfolg. Das Abschlussdokument hat bis heute globale Gültigkeit und dient als Richtlinie, an der sich Regierungen und NGOs orientieren.

Dabei zeigen kritische Untersuchungen auch, dass mit Kairo zwar Zwangsmaßnahmen abgeschafft, dass Antinatalismus und Geburtensteuerung jedoch nicht grundsätzlich infrage gestellt wurden. Schultz (2006) hat die komplexe Entstehung der Konzepte der Reproduktiven Gesundheit und Rechte in der internationalen Frauenbewegung und deren spätere Integration in UN-Programmen herausgearbeitet und festgestellt: Die Begriffe der ›Reproduktiven Gesundheit‹ und ›Reproduktiven Rechte‹ wurden ab den 1970er-Jahren in unterschiedlichen feministischen Kontexten (vor allem der US-amerikanischen Pro-Choice-Bewegung und der Frauengesundheitsbewegung) geprägt. Die Begriffe vereinten – damals noch als Forderungen ›von unten‹ – Themen wie Frauengesundheit, Schwangerschaftsversorgung, selbstbestimmtes Gebären, Zugang zu Verhütung und das Recht auf Abtreibung. Im Verlauf der 1980er-Jahre tauchten sie – eingeführt durch Frauen-NGOs – erstmals in internationalen Organisationen und Politiken auf. Im Zuge der Verhandlungen von Kairo wurden RHR zu dem, was sie heute sind: ein Menschenrecht (ebd., 151-157).

Die ursprünglichen Forderungen der Frauenbewegungen haben, wie Hartmann (1995), Sax (1995) und Schultz (2006) zeigen, im Zuge des Kairo-Kompromisses jedoch einige ihrer ursprünglichen Ziele eingebüßt: Abtreibung zum Beispiel wurde nicht als ein allgemeines Menschenrecht anerkannt, die Regelung bleibt bis heute den einzelnen Ländern überlassen. Zudem wurden *sexuelle* Rechte im Kairo-Dokument *nicht* verabschiedet. Sie sind bis heute eine Unterkategorie geblieben (u.a. durch den Widerstand des Vatikans und islamischer Staaten). Sexuelle Gesundheit wird zwar als Ziel ge-

nannt (Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten und HIV), allerdings wird diese unter Reproduktiver Gesundheit subsummiert und bleibt heterosexuell konnotiert (vgl. Schultz 2006, 233f.).⁵

Weiter fanden die Anliegen und Forderungen von Women-of-Color-Gruppierungen kaum Eingang in die Abschlussprogramme: Die Aktivistinnen der Organisation *Sister Song* zum Beispiel, ein Zusammenschluss von Frauen aus afrikanischen Ländern, kritisierte RHR als bürgerliche Konzepte, in denen die Lebenssituation von Women of Color kaum berücksichtigt würden.⁶ Der Fokus auf *Rechte* und *Choice* (Wahlfreiheit) konzentrierte sich auf individuelle Entscheidungsfreiheit und blende die Dimension der ökonomischen Ungleichheit aus, von der Women of Color sowohl in der westlichen Hemisphäre als auch in den Ländern des Globalen Südens besonders häufig betroffen sind. Ausgegangen wurde von Frauen, die *qua* ökonomischer Sicherheit und gesellschaftlichem Status bereits Voraussetzungen haben, unter denen sie sich auf bestimmte Weise für oder gegen Kinder entscheiden könnten

5 Mit der Definition von Reproduktiver Gesundheit als Zustand, in dem »Menschen ein befriedigendes und ungefährliches Sexleben haben« (UN 1994, 46), spricht das Aktionsprogramm Sexualität als zentrale Frage der Reproduktiven Gesundheit an. Es bricht damit mit der Tradition bevölkerungspolitischer Diskurse, die Bedeutung von Sexualität auszuklammern (vgl. Schultz 2006, 233). Allerdings legen die Verbindung von Sexualität und Gesundheit und die Verknüpfung von sexuellen Praktiken mit Generativität und/oder Geschlechtskrankheiten eine Perspektive auf Sexualität nahe, die diese vor allem als Risikofaktor in Bezug auf ungewollte Schwangerschaften und Geschlechtskrankheiten definiert. Insbesondere die AIDS-Problematik trieb ab den 1990er-Jahren die große Bedeutung von Sexualität in den bevölkerungspolitischen Forschungen und Diskursen voran (vgl. Correa 1997, 109). Auch dies hatte den Preis, dass Sexualität – insbesondere nicht heterosexuelle – vor allem als Terrain der Krise, der Epidemie und der Gefahr für die Weltgesellschaft konzipiert wurde (vgl. Singer 1996, 182-186). Zudem hat die Subsumtion sexueller Gesundheit unter Reproduktive Gesundheit den Effekt, dass diese heterosexuell konnotiert bleibt, das heißt auf den heterosexuellen, koitalen Geschlechtsverkehr reduziert wird, während andere sexuelle Praktiken ausgeblendet werden (vgl. Schultz 2006, 234).

6 Zur Kritik von Women of Color siehe z.B. Roberts 1997, Luna 2009, Price 2010 sowie Ross/Solinger 2017.

(vgl. Roberts 1997, 6). Für viele Frauen und Mütter of Color sei eine Veränderung ökonomischer Bedingungen, unter denen sie überhaupt würdevoll Mütter sein können, mindestens so wichtig wie die Möglichkeit, abzutreiben oder zu verhüten. *Sister Song* plädierte deshalb für den Begriff »Reproductive Justice«, mit dem die Forderung nach reproduktiven Rechten auch mit ökonomischen Verhältnissen verknüpft werden sollten (vgl. Price 2010, 56) (Ich führe diese Auseinandersetzung später aus.).

Seit Kairo war es um das Thema Bevölkerungspolitik und Geburtensteuerung zunächst still geworden. Fast schien es, als hätte sich die Sache mit dem Verbot von Zwangsmaßnahmen erledigt. Seit einigen Jahren aber wird wieder verstärkt demografisch argumentiert – sei es bei Themen wie dem deutschen Elterngeld (Bujard 2017; Schultz 2012), sei es in Bezug auf Flucht und Migration (Schultz 2016), in Bezug auf Ökologie⁷ oder sei es beim Thema Reproduktionsmedizin, die immer wieder als ein Mittel gegen den Geburtenrückgang diskutiert wird (zum Beispiel in der Broschüre der WHO Europa »Entre Nous« aus dem Jahr 2006).

Aber auch die Programme der Kairo-Agenda *selbst* blieben anschlussfähig für geburtensteuernde Politiken – wenn auch durch die Hintertür (vgl. Schultz 2006, 313-317). Im Anschluss an Foucaults Konzepte der *Biopolitik* sowie der *Gouvernementalitätsstudien* beschreibt Schultz (ebd.) die Agenda der Reproduktiven Gesundheit und Rechte als eine neue Regierungsweise und kommt zu dem Schluss, dass die UN-Agenda eine »Reformulierung« (ebd., 25), eine Transformation und weniger eine Abschaffung oder ein Ende von Bevölkerungspolitik einleitete. Zwar sei die Distanzierung von Zwangsmaßnahmen ein wichtiger Fortschritt, auch stellen einzelne konkrete Projekte im Anschluss an das Aktionsprogramm wertvolle Gesundheitsversorgung in den entsprechenden Ländern bereit. Allerdings stelle die Programmatik Geburtensteuerung – vor allem im Globalen Süden – letztlich nicht wirklich infrage (ebd., 317).

7 Siehe z.B. die Ecopop-Initiative in der Schweiz 2014, die dazu aufrief, aus ökologischen Gründen »Überbevölkerung« im Globalen Süden stoppen.

Schultz (ebd., 21) beschreibt den Fokus der Programme auf *Gesundheit* als einen »Paradigmenwechsel«, der biopolitische Makroziele wie zum Beispiel Geburtensteuerung unsichtbar macht, weil diese in die individuellen Entscheidungen von Individuen, das heißt vor allem von Frauen, hineinverlagert werden. So würden Frauen im Globalen Süden mit der Botschaft adressiert, dass es für sie *gesünder* wäre, weniger Kinder zu bekommen (ebd., 231). Anders ausgedrückt: Antinatalismus wird mit individueller Gesundheit und Selbstbestimmung begründbar, wie Schultz am Beispiel von konkreten Entwicklungsprojekten wie der Safe-Motherhood-Initiative zeigt (ebd., 269). Im Gegensatz zu den autoritären Vorschriften früherer Politiken werden antinatalistische Ziele in eine gesundheitsorientierte Eigenverantwortung der Individuen im Umgang mit sich selbst delegiert. Appelliert wird an ein reproduktives Subjekt, das Generativität an einer optimalen Gesundheit ausrichtet.⁸

Kurzum: Die antinatalistische Stoßrichtung wurde im Zuge von Kairo nicht wirklich hinterfragt. Die Programme blieben anschlussfähig für Geburten steuernde Ziele, die durch die Verschaltung mit Gesundheitsparadigmen allerdings unsichtbar wurden. Anders gesagt konnte Geburtensteuerung auf der Grundlage von Gesundheitsargumenten zur unausgesprochenen Prämisse der Reproduktiven Gesundheit und Selbstbestimmung werden, zu einer *Voraussetzung* gar für ein gesundes, selbstbestimmtes Leben.

Hartmann (1995) kommt weiter zu dem Schluss, dass Generativität durch die Kairo-Reform zwar als ein individuelles Recht verankert wurde, dass jedoch der Ansatz der Risikokalkulationen und die damit verbundene Einteilung in Risikogruppen wiederum normative Vorstellungen über die *richtige* Art der Generativität nahelegen. Auch Randeria (1992), Wichterich (1994) und Schultz (2006) konstatieren, dass der als feministisch deklarierte Fokus auf die ›Dritte-Welt‹-Frau sich mit der Forderung verbinde, bestimmte reproduktive Verhaltensweisen zu *lernen*. Selbstbestimmung erscheine als etwas, das ›den Dritte-Welt-Frauen‹ erst durch internationale Programme beigebracht werden

8 Siehe dazu auch Deuser 2010, Schultz 2003a, Berer/Sundari 2000 und Hartmann 1995.

müsse (Schultz 2006, 285-290). Durch den Fokus auf Verhaltensweisen gerieten wichtige Fragen wie sozioökonomische Bedingungen von Generativität oder asymmetrischen Geschlechterverhältnissen in den Hintergrund, gesellschaftspolitische Dimensionen würden in die Verhaltensweisen und Entscheidungen von Individuen delegiert (ebd.).

Schultz (2006, 219-221) verweist in diesem Zusammenhang auch auf einen grundlegenden Wandel von Gesundheitskonzepten, den sie als Effekt eines allgemeinen sozialpolitischen Paradigmenwechsels beschreibt, der im Kairo-Programm exemplarisch zum Ausdruck komme: der Wechsel von einem ›kurativen‹ zu einem ›präventiven‹ Gesundheitsmodell. Präventive Gesundheitsmodelle richten den Fokus auf die Herbeiführung optimaler Verhaltensweisen vor dem Eintreten einer Krankheit. Dadurch werden zunehmend die Individuen in die Verantwortung genommen, während wohlfahrtstaatliche Gesundheitsversorgung in den Hintergrund gerät und an Legitimität verliert. Schultz (ebd., 228) zufolge wird im Zuge dieser Verschiebungen unter anderem der Abbau von Versorgungssystemen legitimierbar, so geriete in Entwicklungsprojekten durch den individualisierenden Fokus beispielsweise der Bau von Krankenhäusern in den Hintergrund.⁹

Indem Generativität in den Kairo-Programmen zum Public-Health-Thema wurde, richtete sich der Fokus auf Fragen des richtigen oder falschen gesundheitlichen Verhaltens, des individuellen Gesundheitsmanagements. Auf diese Weise ließ sich Geburtensteuerung in die Individuen hineinverlagern, das heißt in die *Frauen*. Zentral wurde mit Kairo demnach eine alte Frage im neuen Kleid: Wie sollen Frauen ihre Gesundheit und mithin Generativität frei, aber *optimal* managen?

9 Die Entwicklungen von individuellen Risikotechnologien zum Abbau sozialstaatlicher Sicherung ist allerdings Weir (1996, 381) zufolge keine lineare, wie manche Gouvernentalitätsstudien vereinfachend unterstellen. Vielmehr sei in der Medizin und Gesundheitspolitik von einer Heterogenität von Risikotechnologien auszugehen. So gibt es auch solche, die weder auf eine kollektive Umverteilung von Kosten noch auf eine individualisierte Absicherung zielen, sondern vor allem direkte therapeutische Folgen am individuellen Körper nach sich ziehen.

Unhinterfragt blieb damit auch der vergeschlechtlichte Verweisungszusammenhang, der Generativität als ein genuin weibliches Thema feminisiert und dabei eine naturalisierende und kausale Verknüpfung zwischen dem Status von Frauen und Fruchtbarkeit konstruiert.

Obwohl die Frauenbewegung diesen Zusammenhang kritisiert hat und dieser selbst in demografischen Erhebungen kritisch reflektiert wird, ist der Status von Frauen und Fruchtbarkeit als eine inhärente Kopplung in den Kairo-Programmen nicht grundlegend hinterfragt worden. Das führt dazu, dass reproduktive Selbstbestimmung oft auf Fragen des Zusammenhangs von Bildungsstand, Berufstätigkeit, Alter (oder anderen Einzelfaktoren) und Anzahl der Kinder reduziert wird. Dadurch wird ein Expertenwissen über ›die (Dritte-Welt-)Frau‹ konstruiert, das komplexe Zusammenhänge vereinfacht und in der Folge ›einfache‹ Interventionen nahelegt (Schultz 2006, 308). Generativität wird gemäß einer bestimmten Positionierung von Frauen operationalisierbar – und kann dabei auch mit demografischen Sollwerten verbunden werden (siehe dazu auch Watkins 1993).

Die Programme der reproduktiven Rechte und Gesundheit betonen die Vorstellung, die Entwicklung der Bevölkerung unterliege bestimmten Zwangsläufigkeiten. Dadurch »verengt sich der Raum für soziale Aushandlungsprozesse« (Barlösius/Schiek 2007, 27), gesellschaftliche Probleme und Aushandlungsprozesse wie Geschlechterverhältnisse, Migration oder ökonomische Verteilung können in demografische Probleme umgedeutet werden, die durch eine präventive Steuerung reproduktiver (weiblicher) Verhaltensweisen als kontrollierbar erscheinen (ebd.).¹⁰

10 Zur kritischen Demografieforschung siehe auch Auth/Holland-Cunz 2007, Correll 2011, Kahlert 2007 und Rainer 2005.

1.2 Reproduktive Gesundheit und Rechte im europäischen Raum: Forschungsdesiderate und Fragestellung

Die kurzen Ausführungen zeigen, dass die eingangs beschriebene Konjunktur demografischer Prognosen und Drohszenarien in öffentlichen Debatten sowie die Vorstellung von der Steuerbarkeit der Generativität (und mithin weiblicher Lebensweisen) auch in der offiziellen Politik nicht verschwunden sind.

Mit der vorliegenden Arbeit nehme ich die Spur fortbestehender internationaler bevölkerungspolitischer Regierungsweisen auf und folge ihr in den europäischen Raum: Das Kairo-Programm wurde – ohne große öffentliche Aufmerksamkeit – im Jahr 2001 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) für den europäischen Raum spezifiziert und konkretisiert. Die europäische Strategie trägt den Titel »Regional Strategy on sexual and reproductive health« (WHO Regionalbüro für Europa 2001). Der Transfer der Reproduktiven Gesundheit und Rechte von der internationalen Ebene in den europäischen Raum ist bisher kaum untersucht worden. Dabei ist die Strategie der WHO Europa die entscheidende Richtlinie für die europäischen WHO- bzw. UN-Mitgliedstaaten, nationale Gesundheitsministerien, Departemente, Kommissionen, NGOs und andere Gesundheitsakteur/-innen und Organe orientieren sich an ihr. Die Strategie ist ein wichtiges Instrument und richtungsweisend in Bezug auf die Frage, auf welche Weise einzelne Länder ihre (Gesundheits-)politik zum Themenbereich Fertilität, Schwangerschaft, Geburt, Abtreibung, Verhütung, Reproduktionstechnologien usw. gestalten und ihre Gesetze formulieren. Kurzum: Ähnlich wie die Kairo-Agenda hat auch die europäische WHO-Strategie zwar keine juristische Verbindlichkeit, die konkreten Gesetzgebungen allerdings liegen bei den Staaten. Sie bilden aber die programmatische Basis, auf die sich die Länder in ihren Politiken und Gesetzgebungen offiziell beziehen.

In der vorliegenden Arbeit mache ich die »europäische« Adaption der Kairo-Konzepte zum Gegenstand meiner Untersuchung. Obwohl es seither zahlreiche ergänzende Papiere, Konzepte und Weiterent-

wicklungen gegeben hat, bleibt das Dokument von 2001 bis heute eine richtungsweisende Grundlage für den europäischen Zusammenhang. Im Anschluss an die Kairo-Analysen von Schultz (2006), die auf der Grundlage von Michel Foucaults Machtkonzeptionen eine ›neue‹ bevölkerungspolitische Regierungsweise aufzeigen, stelle ich folgende Fragen:

Auf welche spezifische Weise machen die für die europäische Region adaptierten RHR-Programme generative Prozesse regierbar? Welche Rolle spielt dabei die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beziehungsweise deren europäisches Regionalbüro in Kopenhagen? Das heißt, welche Rolle spielt es, dass – im Unterschied zur Agenda von Kairo – die Konzepte unter der Federführung einer *Gesundheitsorganisation* ausgearbeitet wurden? Basierend auf der Methode der kritischen Diskursanalyse (siehe die methodischen Explorationen im vierten Kapitel), untersuche ich weiter, welche generativen Subjektmodelle die Programme hervorbringen: Wie wird Reproduktive Selbstbestimmung (*choice*) definiert? Mein Fokus richtet sich dabei auf Prozesse der Vergeschlechtlichung, das heißt auf die Frage, auf welche Weise Subjekte mit bestimmten Geschlechterkonstruktionen adressiert werden. Weiter frage ich, inwiefern die Programme implizite oder explizite demografische beziehungsweise geburtensteuernde Vorstellungen formulieren – und welche bevölkerungspolitischen Ausdifferenzierungen (zum Beispiel ethnisierende) diese enthalten.

Ein deutlicher Unterschied zur internationalen Kairo-Agenda ist der verstärkte Fokus der europäischen WHO-Strategien auf Gesundheit: Während im Kairo-Programm neben der Gesundheit auch reproduktive *Rechte* im Vordergrund stehen, fallen diese in den WHO-Strategien mehr oder weniger unter den Tisch. Insgesamt ist in der Programmatik der WHO Europa nicht mehr die Rede von Reproduktiver Gesundheit *und Rechten*, sondern nur noch von Reproduktiver Gesundheit. Exemplarisch für diese Schwerpunktverschiebung ist der Titel der europäischen Programmatik (2001): »*Regional Strategy on sexual and reproductive health*«. Reproduktive Rechte werden zu Beginn zwar mit Verweis auf die Agenda von Kairo erwähnt, aber nicht mehr als ein zentraler Punkt weitergeführt. An die Stelle von Rechten tritt der

(schwammige) Begriff »Choice«. Im weiteren Verlauf des Dokuments ist die Rede nicht mehr von Rechten, sondern nur noch von »Choice«. Deutlich werden eine Betonung von Gesundheitsförderung und eine Abkehr von den in Kairo reklamierten Rechten.

Mit dem Gesundheitsfokus vollzieht sich eine verstärkte Ausrichtung an Individuen und deren gesundheitlichen Verhaltensweisen (Prävention).¹¹ Wie die WHO Europa (2001, 16) formuliert: »SRH is determined to a large extent by behavioural factors«. So werden als zentrale Ziele die Förderung von »personal skills« (ebd. 16) und von »Health promotion« (ebd., 25) genannt sowie: »People should be enabled, through information and education, to acquire and maintain behaviour that promotes their own reproductive health« (ebd., 16).¹²

Generativität erscheint damit vor allem als Frage des Gesundheits-Know-hows und des Verhaltens der Einzelnen. Vor dem Hintergrund dieser präventiven Paradigmen macht die WHO normative Aussagen darüber, welche Handlungsweisen als »gesund« und mithin reproduktiv selbstbestimmt gefasst werden – und welche nicht. Ich werde in meinem Close Reading ausführlich darauf eingehen.

Insgesamt möchte ich vorausschicken, dass die von Schultz (2006) in Bezug auf die Kairo-Agenda beschriebene Individualisierung der Reproduktiven Gesundheit und mithin von »Generativitätsverhältnissen« (ich führe unten aus, weshalb ich den Begriff Generativität verwende) in den Programmen der WHO durch das Gesundheitsframing verstärkt werden. Dabei zeigt sich auch jene Simultanität gegenläufiger Prozesse von Privatisierung/Individualisierung/Ent-Politisierung und Politisierung, die biopolitische Diskurse kennzeichnen. Das heißt in der Politik der Reproduktiven Gesundheit zeigt sich eine »Doppelbewegung« (Schultz 2006, 71), in der Generativität einerseits entpoliti-

11 Das Paradigma der Prävention wurde in den vergangenen Jahrzehnten in Public-Health-Strategien insgesamt zum Schwerpunkt, siehe z.B. Lengwiler/Madarász 2014.

12 Bereits die europäische Ottawa-Gesundheits-Charta (1986, 1) formulierte die Verbesserung von Verhaltensweisen als ein zentrales Ziel: »Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health.«

siert und privatisiert und gleichzeitig genau *dadurch* (staatlich) regierbar wird, das heißt wiederum *politisiert* wird. Deutlich wird das Paradoxon, dass Generativität – Patemann (1992, 52) zeigt dieses Paradoxon am Beispiel von Mutterschaft – einerseits zum Interventionsfeld staatlicher Lenkung wird, gleichzeitig jedoch entpolitisiert wird, indem sie als Frage individueller, eigenverantwortlicher Gesundheitsentscheidungen und als ›Frauensache‹ (Feminisierung) vom politischen Diskurs ausgeschlossen wird.

Neben dem Faktor der fehlenden *Rechte* unterscheidet sich die europäische WHO-Programmatik in einem weiteren Aspekt von Kairo: Die WHO führt ausdrücklich *Sexuelle Gesundheit* (nicht *Rechte*) im Titel als einen gleichwertigen Bereich neben der Reproduktiven Gesundheit. Dies kann, im Anschluss an Giami (2002), als ein Ergebnis vielfältiger Post-Kairo-Auseinandersetzungen gewertet werden, in denen unter anderem gefordert wurde, Sexuelle Gesundheit nicht einfach – wie es das Kairo-Programm tut – unter der Reproduktiven Gesundheit zu subsumieren, sondern als eigenständige, das heißt nicht zwingend reproduktive und ausschließlich heterosexuelle Dimension zu thematisieren.

Die WHO hatte die Unterordnung der Sexuellen unter die Reproduktive Gesundheit zunächst übernommen (siehe zum Beispiel das »WHO Family and reproductive Health Programme« in den 1990er-Jahren, das Sexuelle Gesundheit noch nicht im Titel führt). Erst in den Jahren nach Kairo wurde sexuelle Gesundheit von der WHO zunehmend als eigenständige Thematik verhandelt. Ab 2000 formulierte die WHO eine eigene Definition der sexuellen Gesundheit (Giami 2002, 18), und in der europäischen Strategie 2001, die Gegenstand der vorliegenden Analyse ist, wird sie gleichwertig im Titel aufgeführt. Später entwickelte die WHO auch Definitionen zu sexuellen Rechten, die aber bis heute nicht verabschiedet wurden und *working definitions* blieben. In der Nennung der Sexuellen Gesundheit, nicht aber der Rechte, zeigt sich die fortbestehende Weigerung einiger UN-Mitgliedstaaten, auch Sexuelle *Rechte* zu ratifizieren, Sexualität auf die Basis von Menschenrechten zu stellen und damit heterogene sexuelle Praktiken zu thematisieren und zu integrieren. Indem Sexualität in

den WHO-Programmen auf die Dimension der Gesundheit verwiesen bleibt, wird die Frage nach den Rechten von sexuellen Minderheiten umgangen.¹³

Als *Soft-Claim* hat die Sexuelle Gesundheit im Zuge der sogenannten AIDS-Krise und spätestens seit Ende der 1990er-Jahre zunehmend Eingang in Public-Health-Diskurse gefunden, so auch in die europäische Agenda von 2001, die Sexuelle Gesundheit sogar im Titel starkmacht. Allerdings wird auch Sexuelle Gesundheit unter den Prämissen der Prävention verhandelt, dadurch wird auch hier stark auf Verhaltensweisen abgestellt, das heißt das zentrale Ziel ist die Veränderung von sogenanntem Risikoverhalten. Gemäß Giami (ebd., 14) hat dieser Ansatz zur Folge, dass zahlreiche Aspekte der Sexuellen Gesundheit und der Sexualität im Allgemeinen stark individualisiert werden und dadurch die Gefahr besteht, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen stigmatisiert werden.

In meiner weiteren Analyse werde ich die Sexuelle Gesundheit nicht mit einbeziehen, sondern mich auf die Reproduktive Gesundheit konzentrieren. Zweifellos läuft eine solche analytische Einschränkung Gefahr, etwas zu trennen, was im untersuchten Material oft nicht getrennt ist, sondern diskursiv verschränkt. Die Dimensionen der Sexualität und der Generativität werden in den WHO-Diskursen sowohl getrennt als auch verknüpft behandelt. Meine Entscheidung, den Fokus auf die Reproduktive Gesundheit zu richten, das heißt auf jene Teile des WHO-Programms, die unter dem Titel *Reproduktive Health* aufgeführt werden (das sind die Punkte Reproductive Choice, Schwangerschaftsverhütung, Fertilität, Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Geburt,

13 Ein Blick in das *Historical Dictionary of the WHO* (2013) ist hier aufschlussreich: Weder Sexuelle Rechte noch Gesundheit werden als eigenständige Begriffe aufgeführt. Erwähnt werden dort lediglich die Begriffe »Reproductive Health« (auch hier: *keine* Rechte) und »Family Planing« sowie »Sexually transmitted disease« und die »Sexually transmitted diseases diagnostic initiative« (SDI). Obwohl das Konzept der *Sexuellen Gesundheit* bereits 1975 erstmals in Dokumenten der WHO verwendet wurde (Giami 2002, 10), zeigt sich, dass es in vielen WHO-Erzeugnissen eher zurückhaltend verwendet wird beziehungsweise wenn, dann mit einem starken Fokus auf Krankheiten, insbesondere HIV.

Müttergesundheits), ist zum einen dadurch begründet, dass es den Rahmen der Arbeit sprengen würde, beide Felder sowie deren Verschränkung adäquat zu bearbeiten. Zum anderen gibt es im Zuge der an Michel Foucaults orientierten Thesen zu Biopolitik und Sexualitätsdispositiv insgesamt mehr Arbeiten, die sich mit Sexualität bzw. Sexualitätsdispositiven – gerade auch im Rahmen von Public Health – befassen. Im Zuge dieser an Foucault orientierten Konzentration auf Sexualität sind Generativität und die vergeschlechtlichenden Effekte biopolitischer Regierung oft eher vernachlässigt worden. Foucault selbst hat Generativität und Geschlecht in seinen Überlegungen zur Entstehung der Biomacht zwar berücksichtigt, aber im Gegensatz zur Sexualität nicht als zentrales Element herausgearbeitet (siehe dazu Bargetz, Ludwig und Sauer 2015; Lorey 2015; Dieckämper 2011).

Dieckämper zufolge blendet Foucault die Frage aus, wie Politiken der Generativität über die *Geschlechterordnung* vermittelt sind. »Obgleich sich die Biomacht auf den Menschen im Allgemeinen (auf die Bevölkerung) bezieht, wird sie auf besondere Weise über die Kontrolle und Disziplinierung des Frauenkörpers wirksam« (Dieckämper 2011, 78), womit nicht nur Praktiken rund um Schwangerschaft, Verhütung, Abtreibung und Geburt, sondern auch rund um Kinderbetreuung und die geschlechtliche Arbeitsteilung in den Perspektiven der Biomacht fehlen (ich werde darauf im Theorieteil im dritten Kapitel zu Biomacht und Geschlecht zurückkommen).

Der Fokus dieser Arbeit richtet sich deshalb auf die Frage nach der vergeschlechtlichenden Ordnung aktueller Politiken der Generativität sowie deren Genealogien. Das heißt, zentral ist die Frage, auf welche Weise Subjektanrufungen mit bestimmten Geschlechterkonstruktionen verbunden werden. Diese sind wiederum verbunden mit Implikationen in Bezug auf Sexualität und andere Dimensionen wie Ethnizität, Nation, Gesundheit usw., auf die ich ebenfalls eingehen werde. Ausgehend von meinen Erkenntnissen aus dem Close Reading, werde ich zum Schluss versuchen, eine geschlechtertheoretische Zeitdiagnose vorzunehmen. Meine Frage ist, wie Generativität durch die Gesundheitsprogramme gesellschaftlich positioniert wird, welche Bedeutung der Thematik der Generativität und damit auch

der »Reproduktionssphäre« insgesamt zukommt beziehungsweise wie diese durch das Gesundheitsframing gerade bedeutungslos gemacht und in ein individualisiertes und nicht zuletzt naturalisiertes Feld (Privatheit) verwiesen wird. Zur Bearbeitung dieser Fragen werde ich die Perspektiven der Biopolitik und der Gouvernamentalität mit einigen materialistisch-feministischen Zugängen (u.a. Beer 1990; Scholz 2011) verknüpfen und ausleuchten, inwiefern die biopolitische Regierung der Generativität auch die Prämissen einer bestimmten geschlechterhierarchischen Arbeitsteilung fortsetzt.

Nicht zuletzt interessiert mich die Frage, welche gesellschaftstheoretischen Perspektiven auf Generativitätsverhältnisse¹⁴ sich aus meiner Untersuchung entwickeln lassen. Ich beziehe mich dabei auf die Kritik von O'Brien (1981) an der feministischen Theoriebildung: Ihr zufolge blendet feministische Theorie Generativität häufig aus und verstetigt damit unbewusst gesellschaftliche Machtverhältnisse, in denen Generativität keinen Stellenwert hat. Ich werde – aufbauend auf meinem *Close Reading* und auf Überlegungen zu Generativität von Heitzmann (2017), Landweer (1994), Beer (1990) – versuchen, Ansätze einer feministischen Theorie der Generativität auszuloten: Wie kann eine feministische beziehungsweise geschlechtertheoretische Konzeptionalisierung von Generativität aussehen, die Generativitätsverhältnisse nicht in den Bereich der Privatheit oder in eine vorgesellschaftliche (weibliche) Natur verweist? Wie kann – mit O'Brien (ebd.) gefragt – Generativität als ein *materielles* (nicht nur ideologisches) Strukturelement und *soziales Verhältnis* gesellschaftlicher Prozesse in theoretische und damit auch in gesellschaftspolitische Debatten eingebunden werden? Wie kann der Verweisungszusammenhang von Generativität und Geschlecht in der vorherrschenden Kultur (zum Beispiel in den WHO-Programmen) und Praxis (zum Beispiel, dass Schwangerschaft als weiblich erfahren wird,

14 Den Begriff verwende ich in Anlehnung an Lettow (2011, 29), die von »Fortpflanzungsverhältnissen« anstatt von »Fortpflanzung« spricht, um Fortpflanzung nicht auf die Dimension einer biologischen Eigenschaft zu reduzieren, sondern in deren Sozialität, das heißt im Sinne eines Vergesellschaftungsverhältnisses fassen zu können.

vgl. Heitzmann 2017, 89) theoretisch gefasst und ernst genommen werden, ohne die Zweiteilung der Menschen in Männer und Frauen als gegebenen Ausgangspunkt für Gesellschaftstheorie vorauszusetzen (vgl. Meißner 2011, 551)?

1.3 Begriffsbestimmungen: Reproduktion, Fortpflanzung, Generativität?

Meine Arbeit befasst sich mit der Rekonstruktion von Diskursen in den politischen Programmen der Weltgesundheitsorganisation zum Thema der Reproduktiven Gesundheit und Rechte. Dabei gehe ich davon aus, dass diese im Zuge globaler bevölkerungspolitischer Anordnungen entstandenen Konzepte das zentrale Element einer biopolitischen Regierungsweise sind, die auf die Regulierung von ›Fortpflanzungsprozessen‹ zielt.

Der in den Programmen verwendete englische Begriff »reproductive« beziehungsweise »reproduction« meint die biologischen Aspekte von Reproduktion, das heißt, es geht um Fertilität, Zeugung, Schwangerschaft und Geburt (und *nicht* um die Betreuung und Erziehung von Kindern, um Hausarbeit oder Pflege). Mit dem Begriff »reproductive« werden diese biologischen Aspekte nicht nur von der *sozialen Reproduktion* unterschieden, der Term *reproductive* beinhaltet auch eine implizite Abgrenzung von *productive*, das heißt zum Beispiel von der Sphäre der Erwerbsarbeit und der Produktion von *Dingen*.¹⁵

Es ist wichtig zu verstehen, dass das englische *reproduction* nicht mit dem deutschen *Reproduktion* übersetzt werden kann, da Reproduktion im deutschsprachigen soziologischen Sprachgebrauch (im Anschluss an die marxistische Theorie) sehr viel breiter »die Aufgaben und Prozesse,

15 Diese Unterscheidung wird in den Programmen nicht wörtlich vorgenommen. Es wird aber, wie ich im *Close Reading* zeige, deutlich, dass diese eine Sphäre reproduktiver Natur adressieren und sich damit von anderen gesellschaftlichen Bereichen der Produktion abgrenzen.

die der ›privaten‹ physischen, emotionalen und psychischen Wiederherstellung von Menschen dienen« (Mesner 2010, 14) meint.

Die englischsprachige Begriffsverwendung ist auf die physische Dimension von Reproduktion beschränkt und kann wohl am treffendsten mit dem Begriff ›Fortpflanzung‹ übersetzt werden. Meine Arbeit analysiert demnach die ›Politik der Fortpflanzung‹, deren zentrales Merkmal unter anderem eine Trennung von biologischer und sozialer Reproduktion ist. Auf der Grundlage dieser Unterscheidung definieren die Programme letztlich auch die politischen Zuständigkeiten: *Reproduction* wird, im Sinne von Körperprozessen, primär als ein Gesundheitsthema gefasst und dem entsprechend *bestimmten* (politischen) Akteur/-innen, Institutionen und Organisationen zugeordnet (Frauen, Public Health, WHO, Gesundheitspersonal, Gesundheitsminister/-innen usw.).¹⁶

Zwar wird *reproduction* im Zuge der sehr breiten Definition von Reproduktiver Gesundheit auch durchaus mit sozialen, das heißt gesellschaftlichen Dimensionen zusammengeführt (indem zum Beispiel Gewalt, Geschlechterverhältnisse, Migration thematisiert werden). Allerdings bleibt dies widersprüchlich – zum einen weil die biologischen Abläufe der ›Fortpflanzung‹ selbst nicht als Dimension von Sozialität, nicht als gesellschaftlich vermittelt, sondern als vorgefundene und vorgesellschaftliche Naturtatsachen konzipiert sind, auf die sich gesellschaftliche Dimensionen quasi überstülpen, oder die sich, umgekehrt, auf die Gesellschaft auswirken. Zum anderen und wie oben schon angedeutet: *reproduction* wird in den WHO-Programmen einerseits zum Gegenstand weltpolitischer Reflexion, andererseits erfährt sie durch die Gesundheitsperspektive gerade eine Individualisierung, eine Reduzierung auf die Ebene von individuellen Gesundheitskompetenzen. ›Fortpflanzung‹ erscheint als ein biologischer Prozess, der über das Erlernen von individuellen ›Gesundheits-Skills‹ auch *politisch* lenkbar gemacht wird.

16 Während Themen der sozialen Reproduktion wie Haus- und Familienarbeit in internationalen UN-Programmen Politikfeldern wie Familienpolitik, Gleichstellung usw. zugeordnet sind und mithin auch anderen Akteurinnen und Organisationen wie z.B. UNICEF.

Wie Mesner (2010) und andere argumentieren, ist die Vorstellung von abgetrennten biologischen Prozessen der Effekt einer historisch tradierten Unterscheidung von Natur und Kultur, die das Biologische in einen ahistorischen Zusammenhang mit Weiblichkeit stellt und Kultur mit Männlichkeit gleichsetzt. Der Fokus der Programme auf die biologischen Prozesse verweist auf diese historisch binär-vergeschlechtlichte Dichotomisierung und reproduziert sie (ich gehe später ausführlich darauf ein).

Die Benennungspraxis der vorliegenden Arbeit ist vor diesem Hintergrund mit einem Dilemma verbunden: Verwende ich die WHO-Begriffe und spreche von ›Fortpflanzung‹, wiederhole ich das, was in der vorliegenden Arbeit einer kritischen Reflexion unterzogen werden soll, nämlich die Prozesse der Naturalisierung und die Trennung von Natur und Kultur. Mit Mesner (2010, 29) bin ich der Auffassung, dass es darum gehen muss, die Ebenen analytisch *zusammenzubringen*, statt sie zu trennen. Denn tatsächlich sind die Ebenen konstitutiv verwoben. Kultur und Natur stehen in einem unauflösbaren Verweisungszusammenhang.¹⁷ So kann zum Beispiel nicht allgemein gesagt werden, inwiefern und wie der Prozess der Schwangerschaft von jenem der Fürsorge unterschieden werden kann. Weiter ist ›Kinder machen‹ und gebären nicht einfach naturhaft, sondern immer schon vergesellschaftlicht. Wie Pollack (1989) argumentiert: Zeugung, Schwangerschaft und Geburt sind nicht einfach biologische Vorgänge und Abläufe: »Die reproduktive Situation ist niemals Resultat der Biologie allein, sondern Folge einer durch soziale und kulturelle Strukturen vermittelten Biologie« (ebd., 172). Schwangerschaft und Gebären und deren Bilder, Praktiken, Haltungen sind in sozialen Prozessen

17 Ähnliches gilt für die Unterscheidung von Reproduktion und Produktion, die gesellschaftstheoretische Aufspaltung in eine Sphäre der Reproduktion und eine Sphäre der Produktion muss ebenfalls kritisch betrachtet werden. Die beiden Bereiche können gerade *nicht* als voneinander getrennt betrachtet werden. Zudem enthält die Unterscheidung eine problematische Bewertung der Reproduktion als nichtproduktiv und als von der ökonomischen Logik abgetrennt. Entlang einer solchen Unterscheidung argumentiert z.B. Chorus 2012, kritisch dazu Lettow 2015.

geformt und gesellschaftlichen und sozialen Regulierungen und Interaktionen unterworfen. Biologie ist nicht einfach ›natürlich‹, sondern immer auch *sozial* vermittelt. Das Biologische ist, mit anderen Worten, von sozialen Verhältnissen geprägt, umgekehrt wirken Dimensionen des Biologischen auf das Soziale. Es lässt sich nicht eine ›naturhafte‹ Fortpflanzung auf der einen von einer ›sozialen‹ Reproduktion auf der anderen Seite unterscheiden.

Mesner (2010, 15) plädiert deshalb zunächst für den Begriff der *Reproduktion* und meint damit – in ihrer eigenen Bestimmung des Begriffs – zum einen biologische Reproduktion von Menschen, also das Erzeugen, Austragen und Gebären von Kindern im Sinne einer gesellschaftlich vermittelten Biologie, zum anderen und eng verwoben meint sie in ihrer Begriffsverwendung auch Sorge und Pflege von Kindern: »Indem diese Bereiche zusammen gedacht werden, will ich die Unterscheidung überwinden, die die Dichotomie in ›naturhafte‹ Fortpflanzung und ›soziale‹ Reproduktionssphäre nahelegt« (ebd., 15).

Dieser Versuch beinhaltet allerdings verschiedene Schwierigkeiten. Denn es gilt ja zu fassen, was das untersuchte Material nahelegt, wenn – wie in den WHO-Dokumenten – von *reproduction* die Rede ist. Gemeint ist damit eben gerade die Dimension der *biologischen* Fortpflanzung. Nicht zuletzt drückt sich darin – auch dies muss analytisch fassbar werden – die vorherrschende Alltagspraxis aus, die diese Unterscheidung stark betont und in der insbesondere anhand des Verweisungszusammenhangs von Geschlecht und Fortpflanzung (gebären/Schwangerschaft = Frau) die Dimension der Schwangerschaft und Geburt als ein *somatischer* und eben geschlechtlicher (›weiblicher‹) Unterschied gegenüber dem Nicht-Schwanger-Sein erfahren und bedeutsam gemacht wird (vgl. Heitzmann 2017, 182).

Es erweist sich deshalb als *analytisch* sinnvoll und auch notwendig, eine Begrifflichkeit zu finden, die den Bereich des Gebärens von Kindern und jenen der Betreuung, Erziehung und Obsorge unterscheidet. Es braucht Begriffe, die die Unterscheidung analytisch einzufangen vermögen, denn diese Unterscheidung *ist* ja gerade ein Strukturelement der heutigen Gesellschaft, das es soziologisch ernst zu nehmen gilt.

Gefunden werden müssen Begrifflichkeiten, die die Ebenen der »Fortpflanzung« und der Reproduktion analytisch nicht in eins fallen lassen, die deren Unterscheidung aber gleichwohl herausfordern. In Anlehnung an Mesner (2010) und Beer (1990) scheinen mir die Begriffe *generative Reproduktion* oder schlicht *Generativität* beziehungsweise *generativ* dafür einigermaßen geeignet.¹⁸ Mesner (ebd.) übernimmt den Begriff der *generativen Reproduktion* von Beer (1990) mit dem Ziel, »den Fortpflanzungsaspekt von Reproduktion zu bezeichnen und vom Aspekt der sozialen Reproduktion, also der Betreuungsarbeit, zu differenzieren« (Mesner ebd., 16). Mit dem Begriff der *Generativität* kommen – im Unterschied zu *Fortpflanzung* – auch die Dimensionen der Schwangerschaft und Geburt als physisch-soziale Praxen in den Blick. Generativität ist, im Unterschied zum Begriff der Fortpflanzung, der in der Biologie auf Zeugung und Zellteilung beschränkt ist, breiter gefasst.

Der Begriff der Generativität differenziert die generativen Aspekte von Reproduktion, auf die sich auch das von mir untersuchte Material bezieht, und lässt diese mithin nicht in der sozialen Reproduktion aufgehen. Gleichzeitig ermöglichen Begriffe wie Generativität oder generative Reproduktion, diese Fortpflanzungsaspekte nicht als rein biologisch zu fassen. Denn, wie Mesner (2010, 17) schreibt, muss »der reproduktive Zusammenhang trotz dieser inneren Differenzierung als Ganzes verstanden werden.«

Lettow (2011) plädiert aus diesem Grund auch für den Begriff der Fortpflanzungs- bzw. Generativitätsverhältnisse,¹⁹ mit dem – in Anlehnung an etablierte Begriffe wie *Geschlechterverhältnisse*, *Produktionsverhältnisse* usw. – der Zusammenhang der Praktiken des

18 Und zwar nicht gemäß ihrer Verwendung in der Psychologie bzw. Sozialpsychologie, die Generativität – wie Erikson 1950 und Kotre 1984 – als eine Übernahme von Verantwortung für die nächste Generation beschreibt, sondern in einer soziologischen Deutung.

19 Der Begriff der *Generativitätsverhältnisse* wurde von Susanne Lettow und Silvia Kontos in einem Diskussionskreis der Rosa-Luxemburg-Stiftung 2016 in einem gemeinsamen Beitrag eingebracht.

Kindermachens mit den gesellschaftlichen Verhältnissen insgesamt hervorgehoben werden soll.

Ich habe mich entschieden, in meiner Arbeit sowohl von *Generativität* als auch von *Generativitätsverhältnissen* zu sprechen. Ersteres kommt eher dann zur Anwendung, wenn ich die Politik der WHO rekonstruiere, die Generativität im Zuge des Gesundheitsfokus von gesellschaftlichen Verhältnissen stark abspaltet. Von *Generativitätsverhältnissen* spreche ich, wenn es mir darum geht, einen größeren Zusammenhang starkzumachen.

1.4 Aufbau der Arbeit

Im ersten Teil der Arbeit werde ich einige Hintergründe der Reproduktiven Gesundheit und Rechte sowie deren Institutionalisierung in der UNO und der Weltgesundheitsorganisation rekonstruieren. Der zweite Teil behandelt theoretische Überlegungen und den methodischen Zugang (kritische Diskursanalyse). Ausgehend von einer Perspektive der Regierungsweisen, werden Michel Foucaults Konzepte der Biopolitik und Gouvernamentalität für die Fragestellung dieser Arbeit zum einen im Hinblick auf internationale Organisationen und Supra-Staatlichkeit erweitert. Zum anderen: Foucaults Anspruch ist es nicht, eine zeitlose Theorie des Regierens zu entwerfen. Vielmehr regte er dazu an, nach der jeweils *historisch spezifischen* Form der Gouvernamentalität bzw. Biopolitik und den gesellschaftlichen Praxen zu suchen (vgl. Bargetz, Ludwig und Sauer 2015, 8). Dieser Anregung folgend, werde ich im Anschluss an die Gouvernamentalitätsstudien Foucaults Machtanalysen für eine gegenwartsbezogene WHO-Analyse fruchtbar machen.

Foucaults Machtkonzeptionen weisen blinde Flecken sowohl hinsichtlich kolonialer wie auch geschlechtlicher Aspekte auf. Eine Analyse der internationalen Politiken der Generativität, wie sie die vorliegende Arbeit vornimmt, muss ihr theoretisches Instrumentarium um diese Dimensionen erweitern. Im Anschluss an Tellmann (2010; 2013), Ferdinand (1999) und Lorey (2015) wird deshalb die Entstehung der biopolitischen Gouvernamentalität in ihrer konstitutiven Verbindung

mit kolonialen und vergeschlechtlichten Regierungsweisen in den Blick genommen. Die Programme der Reproduktiven Gesundheit werden so auch als Kontinuum historischer Konstellationen gefasst, gleichzeitig wird die biopolitische und gouvernementale Perspektive mit gegenwartsbezogenen geschlechtertheoretischen Ansätzen ergänzt. Im letzten Theorieabschnitt verbinde ich die Biopolitik-Analyse mit feministische-materialistischen Ansätzen (Beer 1991, Scholtz 2011) und versuche damit, die biopolitische Regierung der Generativitätsverhältnisse auch als Ausdruck und Konstituierung einer geschlechtlichen Arbeitsteilung zu konzipieren.

Auf dieser Grundlage fasse ich die WHO-Programme auch als Ausdruck einer vergeschlechtlichten Arbeitsteilung, die eng mit der kapitalistischen Produktionsweise verknüpft ist, das heißt, die Gesundheitsprogramme konstituieren und verstetigen programmatisch eine geschlechterspezifische und hierarchisierte Teilung von Arbeit zwischen Frauen und Männern (Demirovic 2008, 51). Meine These lautet: Indem die WHO-Programme Generativitätsverhältnisse im Feld der Gesundheit ansiedeln und in weiten Teilen als eine Frage der individuellen, privaten (weiblichen) Verhaltensweisen fassen, wird der Generativität die gesellschaftliche wie ökonomische Relevanz genommen. Fertilität, Schwangerschaft, Geburt oder schlicht die ›Produktion von Kindern‹ wird diskursiv in den Bereich des Privaten abgespalten und entpolitisiert. Verstetigt wird damit ein geschlechtlich-hierarchisches und kapitalistisches Arbeitsverhältnis, in dem Frauen für den Bereich der Generativität (und damit letztlich für Reproduktion insgesamt) responsibilisiert werden.

Der dritte Teil der Arbeit besteht aus dem *Close Reading* der europäischen WHO-Programme und stellt entlang der Theorie geleiteten Forschungsfragen vier zentrale Diskursformationen heraus. Aufgezeigt werden namentlich Prozesse der Vergesundheitlichung, das heißt die in der WHO Europa im Vergleich zum Kairo-Programm verstärkte Verschiebung vom Rechts-Subjekt zum Gesundheits-Subjekt. Weiter befasst sich das *Close Reading* mit dem Fokus der WHO auf die Choice-Terminologie und die damit verbundenen Topoi generativer und rationaler Selbstführung. Die letzten beiden Diskursfiguren untersuchen,

welche normativen bevölkerungspolitischen und vergeschlechtlichten Ausdifferenzierungen die Programme enthalten: Wer soll ›Europa‹ reproduzieren?

Der vierte und letzte Teil zieht Bilanz (Resümee) und wendet sich darüber hinaus der Frage zu, auf welche Weise Generativitätsverhältnisse in die feministische Theoriebildung eingebunden werden können. Ich stelle hier abschließend die Frage, inwiefern meine Interpretationen zur Feminisierung und Abspaltung von Generativität nicht ein Stück weit das Problem reproduzieren, auf das sie aufmerksam machen: nämlich die Abspaltung von Generativität in einen Bereich individuellen Gesundheitshandelns. Anders gesagt, scheint es mir, dass allein die Analyse und Feststellung der Abspaltung und Abwertung von Generativität diese erneut – theoretisch wie politisch – unsichtbar macht. Das heißt, es ist auf dieser Grundlage nur negativ feststellbar, dass die Abwertung, Feminisierung und Depolitisierung der Generativität ein konstitutives Element der aktuellen (kapitalistischen) Gesellschaftsordnung ist. Theoretisch ist Generativität auf diese Weise wiederum nur im Sinne ihrer Abwesenheit und Marginalisierung greifbar und erscheint dadurch wiederum als vorgesellschaftlich und ›naturhaft‹. Wie aber kann eine Theoretisierung der Generativität deren Marginalisierung und/oder Naturalisierung nicht wiederum selbst reproduzieren?