

5. Familienplanung in Guatemala in den 1960er Jahren

1967 unterschrieb der guatemaltekeische Gesundheitsminister Emilio Poitevin Cruz ein Abkommen mit der United States Agency for International Development (USAID), das den Startschuss für das erste nationale Familienplanungsprogramm in Guatemala gab. Damit folgte Guatemala dem Pfad anderer lateinamerikanischer Länder wie Peru, Kolumbien oder Chile, die zu einem ähnlichen Zeitpunkt Familienplanungsprogramme etablierten oder in ihren Gesundheitsministerien Bevölkerungsabteilungen einrichteten.¹ Einen großen Anteil an diesen Programmen hatte die USAID, die auch das erste Familienplanungsprogramm in Guatemala mit hohen Summen unterstützte. Entsprechende Initiativen standen in engem Zusammenhang mit den internationalen Debatten um globales Bevölkerungswachstum. Die ›Bevölkerungsbombe‹, so waren sich internationale Bevölkerungs- und Entwicklungsstrategen und -strateginnen einig, sollte durch Familienplanung entschärft werden. In der Verbreitung moderner Kontrazeptiva sahen sie ein Wundermittel, eine allgemeingültige Modernisierungsformel, mit der weltweit die Geburtenraten gesenkt und so wirtschaftliches Wachstum gefördert, soziale Ungleichheit in der ›Dritten Welt‹ eingedämmt und politische Stabilität garantiert werden sollten.²

In Guatemala, wie auch in anderen Ländern, war jedoch die Vorstellung, die Kinderzahl mithilfe neu entwickelter Verhütungsmittel zu regulieren ebenso innovativ wie umstritten.³ Guatemaltekeische Politiker und Politikerinnen maßen ›Bevölkerungspro-

1 In Peru beispielsweise ab 1968 vgl. Necochea López, *A History of Family Planning*, 2014, S. 108. Das Gesundheitsministerium in Chile, einem Pionierland im Bereich der Familienplanung, beschloss bereits 1964 eine erste Familienplanungspolitik, die 1967 dann noch einmal neu definiert und mit Geldern internationaler Organisationen unterstützt wurde. Vgl. Sanhueza, Hernán: »Family Planning in Chile: A Tale of the Unexpected«, in: Robinson et al., *The Global Family Planning Revolution*, 2007, S. 105-120, S. 106. Zur Geschichte der Familienplanung in Chile siehe auch: Pieper Mooney, *The Politics of Motherhood*, 2009. In Kolumbien nahmen Gesundheitseinrichtungen ab 1970 Familienplanung in ihr Programm auf. Vgl. Buckley, *Overpopulation Debates*, 2018.

2 Siehe bspw. Unger, *Family Planning*, 2014, hier S. 59.

3 Unterstützte die chilenische Regierung zwar in den 1960er Jahren das Familienplanungsprogramm, so waren Fragen um Fortpflanzung, Sexualität und Familienplanung nichtsdestotrotz oftmals ein großes Tabuthema in der Öffentlichkeit, siehe bspw. Pieper Mooney, Jadwiga E.: »Overpopulation« and the Politics of Family Planning in Chile and Peru. *Negotiating National Interests*

blemen« nur eine geringe Bedeutung zu und standen einer Familienplanungspolitik mindestens skeptisch gegenüber, so die Aussagen der in dieser Zeit tätigen Familienplaner und -planerinnen. Weshalb kam es aber trotz dieser Haltung zum Abschluss eines Familienplanungsabkommens 1967? Wie entwickelte sich das Programm und welche Hürden mussten Familienplaner und -planerinnen in dieser ersten Phase, von 1967 bis 1970 überwinden? Welche Probleme identifizierten sie und auf welche Lösungsansätze wurde zurückgegriffen? An welche Guatemalteken und Guatemaltekinen richtete sich das neue Programm? Dies sind die Fragen, welche dieses Kapitel anleiten. In der folgenden Analyse stehen somit das nationale Familienplanungsprogramm, dessen Einbindung in die staatliche Gesundheitspolitik, die Aushandlungsprozesse um das Konzept der Familienplanung sowie die bedeutende Rolle, die das *population establishment* bei diesen Prozessen spielte, im Mittelpunkt. Als Quellengrundlage dienten die Korrespondenzen, Mitschriften und Berichte, welche zwischen den vor Ort arbeitenden Gesundheitsexperten und -expertinnen der USAID, der USAID-Hauptstelle in Washington, D.C. und guatemaltekischen Akteuren und Akteurinnen zirkulierten.

5.1 Die Aprofam und die ersten Familienplanungsaktivitäten

1965 lässt sich als *annus mirabilis* in der Geschichte der Familienplanung in Guatemala bezeichnen. Denn in diesem Jahr wurden in der guatemaltekischen Hauptstadt gleich zwei so genannte Familienplanungskliniken⁴ eröffnet, zum einen im privaten Hospital Latinoamericano und zum anderen in der öffentlichen Klinik des Instituto Guatemalteco de Seguridad Social⁵ (IGSS), eine vom guatemaltekischen Staat finanzierte, aber autonom agierende Organisation für gesundheitliche und soziale Dienste.⁶ Die Etablierung dieser Kliniken markierte den Beginn einer schnellen Expansion von Familienplanungsaktivitäten in Guatemala, woran die private guatemaltekische Familienplanungsorganisation Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala einen entscheidenden Anteil hatte: Deren leitenden Ärzte Enrique Castillo Arenales und Roberto Santiso Gálvez hatten sich bereits in den frühen Jahren um eine Popularisierung von Familienplanung in dem Land bemüht und verstanden sich als wichtige Akteure einer globalen

and Global Paradigms in a Cold War World«, in: Hartmann et al., *A World of Populations*, 2014, S. 83-107, hier: S. 87. In Peru dagegen fand die Familienplanungsidee in der Politik zunächst keine Zustimmung: Necochea López, *A History of Family Planning*, 2014, S. 101ff.

- 4 Der Begriff »Familienplanungsklinik« bezieht sich weniger auf die Eröffnung von Arztpraxen im institutionellen und materiellen Sinne, sondern auf die klinischen und sozialen Dienste, die im Zusammenhang mit der Verbreitung moderner Kontrazeptiva angeboten wurden.
- 5 Das 1946 gegründete IGSS ging mit der Etablierung eines Versicherungssystems einher, das für alle guatemaltekischen Bürger und Bürgerinnen gelten und gemeinsam von Arbeiter- und Arbeitgeberschaft sowie vom Staat getragen werden sollte. Vgl. IGSS, *Inauguración del Instituto Guatemalteco*, 1948. Siehe hierzu auch Kap. 2.4.
- 6 Vgl. Santiso Gálvez, Roberto: »Aborto ilegal como problema de salud«, in: Asociación Hondureña de Planificación Familiar; IPPF (Hg.): *Procedimientos del seminario centroamericano y de Panamá sobre »Población, Desarrollo Económico y Planificación Familiar«*, Tegucigalpa: IPPF 1966, S. 279-286, hier: S. 280. Vgl. Santiso Gálvez et al., *Guatemala: Pioneering Days*, 2007, hier: S. 141f. Zu den ersten Aktivitäten dieser Organisation siehe auch Kap. 3.3.

Bevölkerungskontrollbewegung. Ihre Deutung von Familienplanung, Aktivitäten und Strategien zur Popularisierung von Familienplanung stehen hier im Mittelpunkt.

Der internationale Rahmen war für die Aprofam zentral: Als Leitlinie für diese Organisation und deren leitenden Ärzte diente Puerto Rico, das seit den 1950er Jahren als Versuchsfeld für die Erforschung von ›Überbevölkerung‹ und der ersten Antibabypille Enovid galt und wo 1954 eine erste private Familienplanungsorganisation entstanden war.⁷ Auf deren Statuten, in denen auch Familienplanung definiert wurde, griff auch die Aprofam bei ihrer Gründung zurück. Was guatemalteke wie puerto-ricanische Familienplaner und -planerinnen miteinander verband und welches Verständnis von Familienplanung sie teilten, erläuterte Enrique Castillo Arenales 1963 erstmalig einem guatemalteken Medizinerpublikum: Guatemalteke Familien sollten eigenständig mithilfe von Verhütungsmitteln über die Anzahl ihrer Kinder und über den Zeitpunkt der Geburten entscheiden, wobei diese Entscheidung ›rational‹ und verantwortungsbewusst, beispielsweise unter Berücksichtigung der ökonomischen Möglichkeiten der Familien, getroffen werden sollte. Kein unerwünschtes Kind solle geboren, keines ohne gesundheitliche Versorgung, Bildung oder harmonische Lebensverhältnisse auskommen müssen, so der Mediziner. Zentral für die Familienplanungsidee, so betonte es Castillo in seinem Vortrag, war die Freiwilligkeit und Eigenverantwortung der individuellen Familie.⁸

Hierin lag laut dem Historiker Matthew Connelly die Attraktivität dieses Konzepts für eine weltweite Bevölkerungskontrollbewegung.⁹ Mit Familienplanung wurde argumentativ die individuelle Familie in den Mittelpunkt gerückt, zugleich sollte allerdings über die Disziplinierung individueller Paare auch ein developmentales Risiko der ›Bevölkerungsbombe‹ abgewendet werden. Familienplanung, so zeigt sich an einer von der Aprofam 1965 organisierten Konferenz, wurde hierbei das Potential zugeschrieben, eine ganze Reihe an gesellschaftlichen Entwicklungsproblemen in Guatemala lösen zu können: Mangelernährung, Landkonflikte, Abtreibungen und Gesellschaftsprobleme.¹⁰ Das zentrale Instrument für Familienplanung war die Verbreitung moderner Kontrazeptiva, die seit den frühen 1960er Jahren zur Verfügung standen. Diesen neuen biotechnologischen Möglichkeiten schrieben die guatemalteken Familienplaner und -planerinnen das Potential zu, komplexe soziale, gesundheitliche und ökonomische Probleme lösen zu können. Castillo sah in der neuen Verhütungstechnologie, zu der in den 1960er Jahren hormonelle und intrauterine Kontrazeptiva gezählt wurden, gar die »einzige Waffe, um illegale Abtreibungen zu bekämpfen«. ¹¹ In einem politisch höchst konfliktiven Kontext verstand die Aprofam den Rückgriff auf biotechnologische Mittel als neutral und wertfrei, was sich in ihr Selbstverständnis als unpolitische, nicht-religiöse Organisation einfügte.¹²

7 Zu Puerto Rico siehe beispielsweise Briggs, *Reproducing Empire*, 2002, konkret zur Familienplanungsorganisation, S. 124.

8 Castillo Arenales, *Planificación familiar*, 1963, S. 35f.

9 Vgl. zur Ideologie der Familienplanung Connelly, *Fatal Misconception*, 2008, S. 82; 102ff. Zur Bedeutung des Freiheitskonzepts siehe auch Bashford, *Global Population*, 2014, S. 344f.

10 Vgl. *Federación Médica de Guatemala, Crecimiento demográfico*, 1966 u.a. 16-25; 29f.

11 Castillo Arenales, *Planificación familiar*, 1963, S. 32.

12 Vgl. APROFAM, *Asociación Pro Bienestar*, ca. 1970, S. 1.

Geburtenkontrolle war in Guatemala keineswegs unumstritten: Die erste Konferenz, welche die Aprofam 1965 zu dem Thema organisierte, war in der Presse bereits kritisch beäugt worden.¹³ Guatemalteckische Ärzte und Ärztinnen fremdelten zudem mit Geburtenkontrolle, wie sich beispielsweise an dem Medizinstudenten René Francisco Villagrán Muñoz zeigt, der kontrazeptive Praktiken einer Sexualerziehung zur Lösung der diagnostizierten sexuellen und moralischen Probleme der guatemalteckischen Gesellschaft unterordnete.¹⁴ Die Mitglieder der Aprofam, zu denen in diesen Jahren vorrangig Ärzte, Sozialarbeiterinnen und Krankenschwestern zählten, versuchten zunächst einen möglichst unauffälligen Weg zu gehen, indem Familienplanung an Mutter-Kind-Gesundheit angebunden wurde. Der Rückgriff auf medizinische Räume hatte zum einen pragmatische Gründe, denn so konnten Patientinnen direkt erreicht und medizinische Einrichtungen und Personal genutzt werden. Zudem lassen sich medizinische Bereiche auch als Machträume verstehen, in denen beispielsweise politischen oder religiösen Akteuren und Akteurinnen keine Autorität zugestanden wird. Dem Arzt und der Ärztin wurde so auch die gesamte Verantwortung für die Vergabe von Kontrazeptiva zugeschrieben.

Zum anderen popularisierten diese Familienplanungspioniere neue hormonelle und intrauterine Verhütungsmittel primär als präventive Gesundheitsmaßnahme. Die im IGSS etablierte »Klinik zur familiären Beratung« war so Bestandteil des Programms zur Mutter-Kind-Gesundheit, welches das IGSS als erste öffentliche Institution 1963 initiiert hatte. Hier galt Familienplanung als Maßnahme gegen die hohe Zahl an illegalen Abtreibungen, oder, wie es im Jahresbericht des IGSS von 1965 verschleiert hieß, gegen die »Komplikationen des ersten Schwangerschaftstrimesters«.¹⁵ Wie an der Umschreibung deutlich wird, waren Fragen um Sexualität und Reproduktion tabuisiert. Ebenso wie bei Abtreibungen bedienten sich die ersten Familienplaner und -planerinnen so auch in Bezug auf die Popularisierung von Verhütungsmethoden zunächst einer zurückhaltenden Rhetorik: »familiäre Beratung« war ein beliebter Begriff, um auf die neuen Initiativen aufmerksam zu machen. Auch deshalb bezeichnete sich die Aprofam selbst als Familienwohlfahrtsorganisation. Ebenso sucht man direkte Hinweise auf Verhütungsmittel wie die Antibabypille oder die Spirale in den Unterlagen des IGSS und der Aprofam vergeblich, guatemalteckische Familienplanungspioniere verstanden die Regulierung der Kinderzahl mittels neuer Biotechnologien also als Tabuthema. Unter den Begriff »familiäre Beratung« fassten guatemalteckische Zeitgenossen dabei auch Eheberatung oder Sexualerziehung, wohingegen der vieldeutige Begriff Familienplanung in Guatemala schon früh als Synonym für Geburtenkontrolle und die Verbreitung neuer Verhütungsmittel benutzt wurde.¹⁶

13 Bspw. Control a Natalidad, 24.5.1965.

14 Vgl. Villagrán Muñoz, *Educación Sexual*, 1965, S. 100.

15 IGSS: *Informe anual de labores. Ejercicio 1965*, Guatemala 1965, S. 33.

16 Ebd., S. 33; APROFAM, *Asociación Pro Bienestar*, ca. 1970 S. 4. Hier trennten die Autoren zwischen sozialen und pädagogischen Diensten im Sinne einer »paternidad responsable« und den »klinischen Diensten einer Familienplanung«. Auf die Vieldeutigkeit des Begriffes hat beispielsweise Mario Faust-Scalisi hingewiesen. Faust-Scalisi, *There is an undercover movement*, 2014, FN 104.

Ihre eigenen Tätigkeiten konzeptualisierten Castillo Arenales und Santiso Gálvez als humanitäre Hilfe für ärmere, marginalisierte Bevölkerungsgruppen. Diese konnten es sich, im Gegensatz zur urbanen Oberschicht Guatemalas, nicht leisten, Antibabypillen in Apotheken oder privaten Praxen zu erwerben und waren somit nicht ›frei‹ in ihren reproduktiven Entscheidungen, so der Ausgangspunkt für ihre Arbeit.¹⁷ Familienplanung sollte nicht mehr länger ein »Privileg einer Minderheit« sein, was auch ein schlagkräftiges Argument für Familienplanung innerhalb und außerhalb Guatemalas darstellte. 1966 unterzeichneten so 30 Länder – Guatemala war zu diesem Zeitpunkt noch nicht vertreten – die von der US-amerikanischen NGO vorbereitete so genannte *Declaration on Population*, in der das Recht auf Familienplanung erstmalig zum universalen Menschenrecht proklamiert wurde. In dieser Deklaration wurde Familienplanung an vier Bereiche geknüpft: Sie fungierte als friedensstiftendes und wirtschaftliches Planungsinstrument, als individuelles Recht zur Bestimmung der Kinderzahl sowie als Grundlage zur individuellen Entfaltung.¹⁸ Trotz kritischer Stimmen aus verschiedenen Ländern und seitens der Katholischen Kirche konnten Organisationen des *population establishment*, darunter die International Planned Parenthood Federation (IPPF) und der Population Council, bei der Menschenrechtskonferenz 1968 in Teheran das Recht auf Familienplanung zum Menschenrecht deklarieren, wodurch die Verfügbarkeit moderner Kontrazeptiva über die internationale Staatengemeinschaft legitimiert – und somit ›Geburtenkontrolle‹ von der entwicklungspolitischen auf die individuell-rechtliche Ebene gehoben wurde.¹⁹ Hier hieß es ausdrücklich, dass Familien weltweit das Recht und die Pflicht besäßen, ihre Familien freiwillig und verantwortungsbewusst zu planen.²⁰

In Guatemala stand die Debatte um Recht und Pflicht in klarer Kontinuität zu den eugenisch motivierten Debatten um einen »familiären Zerfall«, der guatemalteckische Mediziner und Medizinerinnen in den 1950er Jahren beschäftigt hatte. So kam ärmeren Guatemalteken und Guatemaltekinen aus Sicht dieser Familienplaner und -planerinnen die Pflicht zu, ihre Familien im Sinne einer Entwicklung der guatemalteckischen

17 Roberto Santiso Gálvez, *Contraceptives as a Means to Combating Illegal Abortions. Fourth Conference of the International Planned Parenthood Federation, San Juan 19.-27.4.1964*: Sophia Smith Collection, Smith College, Northampton, Massachusetts (SSC), Planned Parenthood Federation of America records group II (PPFA II), Classified files, 1921-1983, 1.8 International Family Planning Western Hemisphere Region (WHR), 4th Regional Conference, San Juan, Puerto Rico, Papers and speeches, 1964.

18 Die Deklaration unterzeichneten Vertreter derjenigen Länder, die einen engen Kontakt zum Population Council, wie beispielsweise Kolumbien, unterhielten oder bereits Initiativen im Familienplanungsfeld eingeleitet hatten. Vgl. zur Deklaration und den Unterzeichnerstaaten: Birke, Roman: *Geburtenkontrolle als Menschenrecht. Die Diskussion um globale Überbevölkerung seit den 1940er Jahren*, Göttingen: Wallstein 2020, S. 94; 97.

19 Vgl. ebd., S. 113ff.

20 Vgl. Bashford, *Global Population*, 2014, S. 346; Santiso Gálvez, *Contraceptives as a Means*, 1964. Dieses Gerechtigkeitsprinzip wird noch stärker in einer späteren, ebenfalls undatierten Broschüre der Aprofam betont: APROFAM: *Planificación Familiar*, Guatemala o. D., S. 5. Zur Menschenrechtshematik siehe auch ausführlich: Hartmann, Annika: »Shaping Reproductive Freedom: Family Planning and Human Rights in Cold War Guatemala, 1960s-1970s«, in: *Forum for Inter-American Research*, 11, 3, 2019, S. 124-139, URL: <http://interamerica.de/wp-content/uploads/2019/01/hartmann.pdf> (10.11.2021).

Nation verantwortungsbewusst zu planen. Deutlich erkennbar wird dies an den Wirkstätten dieser ersten Familienplanungspioniere und -pionierinnen: die ersten ›Familienplanungskliniken‹, besonders die Klinik im IGSS, wurden in erster Linie von ärmeren Frauen konsultiert. Als die Aprofam 1967 weiter expandierte, zog sie in ein »dicht bevölkertes Viertel« an der Avenida Bolívar in der Zona 1, also dem kolonialen Zentrum der Stadt.²¹ Dieses Gebiet galt aufgrund der starken Zuwanderung ärmerer Bevölkerungsschichten bei einer urbanen Oberschicht als ›Problemviertel‹, in dem Verelendungsprozesse besonders erkennbar wurden. Mit der Etablierung ihrer Hauptklinik in diesem Stadtbereich brachte die Aprofam Familienplanung direkt zu den ärmeren Familien der Hauptstadt. Der urbane Raum fungierte damit als zentraler Interventionsraum und war auch der Ort, an dem sich die gesellschaftlichen Veränderungen deutlich zeigten. In diesem Problembewusstsein, das mit Inklusions- und Exklusionsmechanismen einherging, werden die Kontinuitäten von eugenischen Denkmustern erkennbar, die wiederholt für eine internationale fertilitätsregulierende Bevölkerungspolitik hervorgehoben wurden.²² In Guatemala ging es stets weniger um eine quantitative Problematisierung von Bevölkerung, die Familienplanungspolitiken antrieb, sondern um die Sorge um die ›Qualität‹ der guatemalteckischen Familie, deren Zerfallsprozesse in den 1960er Jahren im städtischen Raum ausgemacht wurden. Die Aprofam war dabei keinesfalls die einzige Organisation, die aktiv wurde: In den 1960er Jahren riefen unterschiedliche staatliche Organisationen und zivilgesellschaftliche Gruppen Projekte ins Leben, die mittels pädagogischer, medizinischer und sozialer Maßnahmen auf eine Verhaltensänderung ärmerer Stadtbewohner und -bewohnerinnen abzielten.²³

Pädagogische Maßnahmen zur Verhaltensänderung begleiteten auch die Vergabe von Verhütungsmitteln: Aufklärungsseminare, Eheberatungen und Hausfrauenkurse waren in der Praxis ebenso Bestandteil der Tätigkeiten der Aprofam wie gynäkologische Untersuchungen und Infertilitätsbehandlungen.²⁴ Aufklärung und Bildung sollten nicht nur zur Enttabuisierung von Geburtenkontrolle beitragen, sondern auch als moralisch markierte Probleme wie Alkoholismus oder Ehebruch eindämmen und die als ›natürlich‹ aufgefassten Geschlechterrollen wiederherstellen, wie Santiso Gálvez 1964 betonte.²⁵ War die Einführung von Verhütungsmitteln in den ›westlichen‹ Industriestaaten oder der Sowjetunion mit Diskursen über die Selbstbestimmung der Frau verknüpft, so lag den Interessen an Familienplanung in Guatemala stattdessen ein restauratives Familien- und Gesellschaftsbild zugrunde. Dies wurde auch an der Arbeitsaufteilung innerhalb der Aprofam deutlich, die an geschlechtlichen Grenzlinien verlief: Ärzte waren für die medizinischen Untersuchungen und die Vergaben von Verhütungsmitteln zuständig und hatten organisierende Positionen inne, während die zahlreichen

21 Santiso Gálvez et al., Guatemala: Pioneering Days, 2007, S. 142.

22 Vgl. Etzemüller, Einleitung, 2015, S. 14; Etzemüller, Thomas: *Ein ewigwährender Untergang. Der apokalyptische Bevölkerungsdiskurs im 20. Jahrhundert*, Bielefeld: transcript 2007, S. 110-139; Schultz, Susanne: *Hegemonie – Gouvernamentalität – Biomacht. Reproduktive Risiken und die Transformation internationaler Bevölkerungspolitik*, Münster: Westfälisches Dampfboot 2006, S. 83f.

23 Vgl. Way, Mayan in the Mall, 2012, S. 78f.

24 Vgl. APROFAM, Asociación Pro Bienestar, ca. 1970, S. 1.

25 Exemplarisch hierzu Santiso Gálvez, Contraceptives as a Means, 1964.

Krankenschwestern und Sozialarbeiterinnen für die Beratung und Aufklärung zuständig waren und so als »geschlechtliche Brücke« zu den Patientinnen fungierten.²⁶

Dass viele Guatemaltekinen in der Hauptstadt auf die neu etablierten Familienplanungskliniken zurückgriffen, zeigt sich an der schnellen Expansion der guatemaltekischen Familienplanungsorganisation. 1967, nur zwei Jahre nach der Etablierung der ersten Familienplanungskliniken, hatte die Aprofam bereits acht Kliniken in Guatemala-Stadt eröffnet. Auch die Nachfrage im IGSS war, so berichtete Santiso Gálvez bereits 1966 bei der ersten zentralamerikanischen Familienplanungskonferenz in Honduras, enorm angestiegen. Nach neun Monaten hätten bereits 685 Frauen allein im IGSS Verhütungsmittel erhalten, woraufhin das Personal weiter aufgestockt werden musste.²⁷ Die Entwicklungen in Guatemala wurden auch von den zentralen Institutionen des *population establishment* beobachtet: In einem Bericht der Ford Foundation hieß es im Januar 1967, dass die Aprofam innerhalb von nur zwei Jahren 3.000 Frauen »assistiert« habe, sprich Verhütungsmittel ausgegeben hatte.²⁸ Daran wird deutlich, dass bei internationalen Bevölkerungsexperten und -expertinnen die Verbreitung von Verhütungsmitteln im Fokus stand, während gesundheitliche Aspekte in den Hintergrund rückten. Erkennbar wird auch, dass der guatemaltekische Gynäkologe Santiso Gálvez als die treibende Kraft wahrgenommen wurde. Dieser hatte 1965 Enrique Castillo Arenales als Aprofam-Direktor abgelöst und entwickelte sich zum führenden Akteur bei der Verbreitung von Familienplanungsaktivitäten in Guatemala. War er einerseits in die Erforschung von »Bevölkerungsproblemen« involviert, so bemühte er sich andererseits darum, weitere Unterstützer und Unterstützerinnen für Familienplanung zu gewinnen. 1966 zeigten seine Bemühungen bereits Erfolge, als er 30 Ärzte in den ländlichen staatlichen Gesundheitszentren davon überzeugen konnte, Spiralen anzubieten. Auch wenn er selbst keinen direkten Kontakt zum damaligen Gesundheitsminister Emilio Poitevin hatte, so verschickte er formale Anfragen an den Minister, um ihn von der Notwendigkeit eines Familienplanungsprogramms für Guatemala zu überzeugen.²⁹

Die Unterstützung politischer Entscheidungsträger und -trägerinnen war auch deshalb wichtig, weil die Aprofam bald an ihre personellen und finanziellen Grenzen stieß. Zwar wurden Verhütungsmittel und ein kleiner Etat von der International Planned Parenthood Federation zur Verfügung gestellt, allerdings waren die Gelder nicht ausreichend. Selbst als 1967 erstmalig US-amerikanische Regierungsgelder an überregiona-

-
- 26 Randall Packard benutzt den Begriff »gendered bridge«, um die Funktion von Frauen als Vermittlerinnen zur einheimischen Bevölkerung in internationalen Gesundheitskampagnen zu beschreiben. Vgl. Packard, *History of Global Health*, 2016, S. 75.
- 27 Vgl. Santiso Gálvez, *Aborto ilegal*, 1966, S. 279-286.
- 28 Vgl. Noel-David Burlison, »*The School and Population Concern in Latin America, A Ten Country Report*« (January 1967): Rockefeller Archive Center (RAC), Ford Foundation Records (FF), Series Catalogued Reports, Reports, Box 308, S. 3.
- 29 Vgl. Donaldson, Stewart: *Report on the Study of the Guatemalan Family Planning Program, Guatemala: USAID 1968*: National Archives at College Park, MD (NACP), Records of the Agency for International Development 286 (RG 286), USAID Mission to Guatemala (USAID M. GUA), Public Health Office, Subject Files, Container 3, Folder Population Growth Control (Family Welfare Association), FY 69; Lyle Saunders, *Central American Notes* (16.-30.06.1966); *Central American Notes* (Oct. 1966): RAC, FF, Series Catalogued Reports, Box 18711, Report 4513.

le Forschungsinstitute sowie an international agierende Organisationen wie die IPPF flossen, über die Gelder an private Familienplanungsorganisationen kanalisiert werden sollten, blieb das IPPF-Budget für die Aprofam knapp.³⁰ Es stieg zwar um 40 %, die nun 14.000 US-Dollar waren jedoch immer noch zu wenig, um die steigenden Ausgaben zu decken.³¹ Auch der USAID waren die Hände gebunden, denn ihre Angestellten sollten nur auf offizielle Anfrage staatlicher Funktionsträger und -trägerinnen reagieren. Die Bitte von Santiso Gálvez nach der Finanzierung von Spiralen lehnte der USAID-Bevölkerungsbeauftragte in Guatemala, Donald MacCorquodale, deshalb ab.³² Die (geringe) Verfügbarkeit von Fördergeldern und eine Abhängigkeit von politischen Entscheidungsträgern und -trägerinnen begrenzten demnach die Handlungsspielräume dieser privaten Organisation Mitte der 1960er Jahre. Denn die Aprofam war eindeutig von der finanziellen Hilfe ausländischer Organisationen abhängig.

Die Situation änderte sich schlagartig, als das guatemalteckische Gesundheitsministerium 1967 eine erste offizielle Anfrage an die USAID schickte, die den Startschuss für das erste nationale Familienplanungsprogramm in Guatemala gab. Am 10. April 1967 wurde das erste Einjahresabkommen, betitelt »Rural Community Leadership and Modernization«, zwischen dem guatemalteckischen Gesundheitsministerium und der US-amerikanischen Entwicklungsorganisation abgeschlossen.³³ Weshalb sich der Gesundheitsminister Emilio Poitevin diesem Thema nun doch zuwandte, geht weder aus den USAID-Akten noch aus den Unterlagen der Ford Foundation hervor. Deren Mitarbeiter Julian Samora mutmaßte, dass die Konkurrenzsituation zwischen den zentral-amerikanischen Ländern zu diesem Schritt geführt hatte. So habe der guatemalteckische Minister mit Costa Rica gleichziehen wollen.³⁴ Diese Erklärung verweist darauf, dass ein nationales Vormachtstreben und weniger der Glaube daran, dass Familienplanung Guatemalas Entwicklungsprobleme lösen konnte, zur staatlichen Unterstützung eines Familienplanungsprogramms führte. Letzteres musste zudem verdeckt ablaufen, ähnlich wie bei den ersten Aktivitäten der Aprofam in Guatemala wurde auch in dem staatlichen Abkommen Familienplanung nicht ausdrücklich benannt. Vor diesem Hintergrund erfüllte auch die private, nicht-staatliche Aprofam eine bedeutende Funktion: Durch sie konnten staatliche Vertreter Verantwortung abgeben und mussten sich nicht selbst an Familienplanung beteiligen.

30 Vgl. Connelly, *Fatal Misconception*, 2008, S. 231. Die IPPF erhielt so einen Zuschuss von 3 Millionen US-Dollar.

31 So die Einschätzung des Ford Foundation Mitarbeiters Julian Samora. Vgl. Saunders, *Central American Notes*, Oct. 1966.

32 Vgl. William C. Gaud, *Policy Determination. Population and Family Planning Programs (3.11.1967)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 1, Folder Population Growth Control; zudem Saunders, *Central American Notes*, Oct. 1966.

33 Vgl. Donald MacCorquodale, *Family Planning Program (3.11.1967)*; USAID, *Rural Community Leadership and Modernization (Assistance to the Family Welfare Association)*, AID-520-11-810-187 (10.4.1967): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 2, Folder Population Growth Control (Family Welfare Association), FY68, 2.

34 Vgl. Julian Samora, *Meeting of representatives of International Agencies in San José, Costa Rica and discussions in Costa Rica, El Salvador und Guatemala, Memorandum to the files (20.2.1967)*: Benson Latin American Collection (BLA), Julian Samora Papers (JS), III. Activities and Organizations, 1966-1985, Population Program – Central America – General, 1966-1968, Box 69, Folder 5.

Im Ergebnis wurde die gesamte Fördersumme von 56.385 US-Dollar an die Aprofam ausgezahlt, deren direkte Förderung im lateinamerikanischen Vergleich durchaus ungewöhnlich war. Denn eine 1967 zirkulierende USAID-Richtlinie hatte noch angege- ben, dass private Familienplanungsorganisationen in Lateinamerika nur indirekt über die IPPF finanziert werden sollten. Die Ausnahme, die für Guatemala gelten sollte, ließ sich so dann auch Donald MacCorquodale nochmals bestätigen.³⁵ Diese Ausnahmere- gelung lässt sich auf die zentrale Position der Aprofam zurückführen, die diese inner- halb von zwei Jahren im Familienplanungsfeld in Guatemala erzielt hatte. Sie verfügte über die nötige Erfahrung und auch das Personal, wohingegen das Gesundheitsmini- stერიум nur über geringe Kapazitäten verfügte. Für die junge Familienplanungsorgani- sation stellte dieses Dreierabkommen eine deutliche Zäsur dar: Die Aprofam übernahm nicht nur die Gelder, sondern auch die gesamte Verantwortung für den Aufbau von 20 Familienplanungskliniken im ländlichen Bereich. Hierfür gestattete das Abkommen der Aprofam, die staatliche Gesundheitsinfrastruktur zu nutzen, staatlich angestellte Ärzte und Ärztinnen sowie Krankenschwestern auszubilden und auch versprochene Prämien an das Personal auszuzahlen. Die Position der Aprofam in der gesundheitspolitischen Landschaft Guatemalas änderte sich mit diesem Abkommen schlagartig: Von privaten Aktivitäten war diese nicht-staatliche Organisation nun in staatliche Aufgabenbereiche vorgedrungen.

Dies lässt sich als bedeutender Durchbruch für die Akteure und Akteurinnen des *population establishment* deuten: Besonders die Aprofam gelangte in diesem Moment zu Macht und Autorität über staatliche Angestellte und gegenüber anderen Gesundheitsin- stitutionen. Mit dem Abkommen brach zudem ein goldenes Zeitalter für die guatemal- tekische Familienplanungsorganisation an: Ihr stand nun das Vierfache von dem zur Verfügung, was sie zuvor von der IPPF erhalten hatte. Mit diesen Geldern stockte die Aprofam ihr Personal auf und konnte erstmalig ihre Mitarbeitenden zur Weiterbildung und Konferenzen in andere Länder schicken, beispielsweise zur großen IPPF-Konferenz 1967 in Chile.³⁶ Auch das Familienplanungsprogramm wuchs weiter: Wie der Direk- tor der Aprofam Santiso Gálvez 1968 festhielt, boten zu diesem Zeitpunkt bereits 40 Gesundheitszentren sowie 16 »mobile Einheiten«, die für die ländliche Versorgung zu- ständig waren, Familienplanung an.³⁷ Mit der vertraglichen Gebundenheit der Aprofam

-
- 35 Vgl. Donald MacCorquodale/Deane Hinton, *AID assistance to IPPF affiliated Family Planning Associations in Latin America* (14.8.1968): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 2, Folder Population Growth Control (Correspondence), FY 69. In Kolumbien spielte die private Profamilia eine ähnlich bedeutende Rolle bei der Verbreitung von Familienplanung wie die Aprofam, sie scheint jedoch nie direkt von der USAID finanziert worden zu sein. Vgl. Measham, Anthony R.; Lopez-Escobar, Guillermo: »Against the Odds. Colombia's Role in the Family Planning Revolution«, in: Robinson et al., *The Global Family Planning Revolution*, 2007, S. 121-137.
- 36 Vgl. Korrespondenzen zwischen USAID und Aprofam für 1967 und 1968, in: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Container 2, Folder Population Growth Control (Family Welfare As- sociation), FY 68.
- 37 Santiso Gálvez, Roberto: »Necesidad de la planificación familiar en Guatemala y métodos anti- conceptivos«, in: Facultad de Ciencias Económicas, Seminario sobre Población y Desarrollo, 1968, S. 135-145.

und der Formulierung von Zielen, die in der Anzahl an neuen Verhütungsmittelnutzerinnen ausgedrückt wurden, lässt sich auch eine inhaltliche Verschiebung beobachten: Lag ihr Fokus zu Beginn der 1960er Jahre noch stark auf der Bekämpfung von Abtreibungen, so rückten nun Bevölkerungswachstum und dessen sozioökonomische Implikationen stärker in den Mittelpunkt. Erkennbar wird dies am Ausbildungsprogramm für das staatliche Personal, dessen Inhalte sich stark auf Bevölkerungswachstum bezogen und Abtreibungen sowie gesundheitliche Faktoren diesem Fokus unterordneten. Auch soziale Aktivitäten nahmen gegenüber der Verbreitung moderner Kontrazeptiva nun mehr eine untergeordnete Rolle ein.³⁸ Zugleich orientierte sich die Aprofam nun stärker auf den ländlichen Raum – ihr Handlungsrahmen hatte sich also stark erweitert.

Mit diesem Abkommen änderte sich auch das Verhältnis der Aprofam zu ihren Geldgebern. Hatte die Aprofam zunächst weitestgehend autonom gearbeitet, stand sie nun stärker unter Beobachtung. Die USAID versuchte als Geldgeberin die Oberhand über die Aktivitäten im Bevölkerungsfeld zu behalten, wofür der Public-Health-Berater Thomas C. Hunt eingestellt wurde. Dieser sollte die unterschiedlichen staatlichen wie nichtstaatlichen Organisationen im Gesundheits- und Bevölkerungsbereich koordinieren. Hunts Versuche, in die Arbeit und Finanzen der Aprofam einzugreifen, stießen bei der guatemaltekischen Organisation auf große Gegenwehr. So lehnten es manche Mitglieder strikt ab, »Informationen über Aprofams interne Angelegenheiten mit einem Außenstehenden, zum Beispiel mit dem AID-Berater, zu teilen«, wie Hunt in seinem ersten Bericht im Dezember 1968 angab.³⁹ Zeichnen die USAID-Korrespondenzen ansonsten ein uniformes Bild der Aprofam und ihrer zahlreichen Mitglieder, so ist diese Mitteilung ein seltener Verweis darauf, dass auch die private Familienplanungsorganisation mit internen Konflikten und Auseinandersetzungen zu kämpfen hatte und eine enge Kooperation mit der USAID keinesfalls unumstritten war.

Die forsche Vorgehensweise Hunts belastete das Verhältnis zwischen den beiden Institutionen. Daraufhin bemühten sich die Mitarbeitenden der USAID bei den anstehenden Budgetverhandlungen für das Jahr 1968 um eine stärkere »Zusammenarbeit«, wie sie gegenüber der Aprofam betonten. So gab Hunt gegenüber der Aprofam zu: »Vielleicht habe ich zu viel in zu kurzer Zeit gewollt.«⁴⁰ Dass die Angestellten des Public-Health-Büros der USAID hier nachgaben, verdeutlicht, dass die USAID in großem Ma-

38 Korrespondenzen zwischen USAID und Aprofam für 1967 und 1968, in: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 2, Folder Population Growth Control (Family Welfare Association), FY 68.

39 *Thomas C. Hunt, Fourth Monthly Report (December 1968)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 3, Folder Population Reports (Hunt). Weitere Informationen zu den Aufgaben und Konflikten finden sich u. a. in den anderen Berichten im selben USAID-Ordner.

40 Der Eindruck einer Zusammenarbeit sollte auch dadurch erweckt werden, dass der Aprofam ein Fragenkatalog zugesandt wurde, bei dem beide Parteien ihre Ziele festlegten. Vgl. u. a. *Aprofam, Memorandum (14.10.1968)*; *Thomas C. Hunt an Carlos Estrada Avalos, El Convenio Nuevo (15.10.1968)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 3, Folder Population Growth Control (Family Welfare Association), FY 69; *Hunt an Estrada und Santiso, »Memorandum. Punto 7 en el informe de octubre pegado« (30.10.1968)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 3, Folder Population Reports (Hunt).

ße auf die Aprofam angewiesen war, die sich als führende und einzige Institution im Familienplanungsfeld in Guatemala etablierte hatte. Sie ebnete nicht nur den Weg zu einer staatlichen Familienplanungspolitik, sondern war auch die zentrale ausführende Akteurin in diesen Jahren. Studien, welche die Genese weltweiter Familienplanungsprogramme in den 1960er Jahren als hegemoniales Top-Down-Projekt finanzstarker vor allem US-amerikanisch geprägter Organisationen beschrieben haben, greifen folglich zu kurz.⁴¹ Die USAID verließ sich jedoch nicht nur auf die Aprofam: Sie übernahm zwar bedeutende Funktionen, doch ging es auch immer darum, eine stärkere staatliche Unterstützung für Familienplanungsprogramme zu gewinnen.

5.2 Der »neueste US-amerikanische Fimmel«? – Familienplanung und der guatemalteckische Staat

In den 1960er Jahren wurden in Guatemala gleich zwei Abkommen abgeschlossen, die zu einer Verbreitung von Familienplanung in Guatemala beitragen sollten. Zum einen das bereits erwähnte erste Familienplanungsabkommen »Rural Community Leadership and Modernization« 1967, bei dem der guatemalteckischen Familienplanungsorganisation Aprofam Gelder und Verantwortung zugeschrieben wurden, zum anderen 1969 ein weiteres Dreierabkommen, in dessen Zuge schlussendlich das guatemalteckische Gesundheitsministerium die Verantwortung und Leitung des Familienplanungsprogramms übernahm. Diese Abkommen markierten den Eintritt der US-amerikanischen Entwicklungsorganisation USAID in den Familienplanungsbereich Guatemalas: Von 1967 bis 1987 finanzierte sie mit insgesamt 22.231.000 US-Dollar die Verbreitung von Familienplanung im Land. Es war auch der einzige Gesundheitsbereich, der ohne Unterbrechung über zwei Jahrzehnte gefördert wurde.⁴² Auch wegen dieser hohen Geldsummen, die in Guatemala und auch in anderen Ländern in Familienplanung flossen, ist die USAID in der Forschung gleichermaßen als Sinnbild und Motor einer überaus mächtigen Bevölkerungskontrollbewegung beschrieben worden.⁴³ Diese Deutung vertreten auch guatemalteckische Kritiker und Kritikerinnen bis heute: Der Gesundheitsexperte und frühere Gesundheitsminister (1986-1990) Carlos Gehlert Mata sprach 2013 in einem Interview von einer »Infiltration« guatemalteckischer Ministerien durch USAID-Mitarbeitende. Die Etablierung eines Familienplanungsprogramms führte er so ausdrücklich auf den Druck der USAID zurück.⁴⁴ Steht außer Frage, dass die USAID als Organisation ein ausgeprägtes Interesse an der Verbreitung von Familienplanung hatte, so ergibt sich aus den USAID-Quellen für Guatemala ein komplexeres Bild als das, was in der Forschung und von Kritikerinnen und Kritikern gezeichnet wurde. Die Angestellten der US-amerikanischen Entwicklungsorganisation erscheinen hier keinesfalls

41 Wie prägend diese Perspektive immer noch ist, zeigt sich an der Monografie von Randall Packard, der Bevölkerungspolitik als hegemoniales, US-dominiertes Projekt beschreibt. Vgl. Packard, *History of Global Health*, 2016, S. 181-215.

42 Vgl. Bossert, Thomas John: *Sustainability of U.S. Government Supported Health Projects in Guatemala 1942-1987*, Washington, D.C.: American Public Health Association; USAID Dez. 1987, S. 8.

43 Vgl. Connelly, *Fatal Misconception*, 2008, S. 281ff.; Packard, *History of Global Health*, 2016, S. 209ff.

44 Interview mit Carlos Gehlert Mata, 22.8.2013.

übermächtig, sondern sahen sich in Guatemala mit großen Problemen konfrontiert, die Unterstützung der Regierung Méndez Montenegros zu gewinnen. Die Bemühungen der USAID, ihre Problemanalysen, das Zustandekommen des zweiten Familienplanungsabkommens 1969 sowie die Verhandlungsprozesse guatemaltekischer Regierungsvertreter um eine Bevölkerungsregulierung sollen hier beleuchtet werden.

Die staatliche Unterstützung war für die Verantwortlichen der USAID in Guatemala zentral: Obschon die Aprofam ab 1967 mit Zustimmung der Regierung agierte und sämtliche Tätigkeiten im Bereich der Familienplanung übernahm, bemühte sich die USAID auch im Anschluss an das erste Abkommen um eine stärkere Einbeziehung guatemaltekischer Regierungsvertreter. Weshalb dem Staat große Bedeutung zugeschrieben wurde, blieb in den Korrespondenzen der USAID-Mitarbeiter und -Mitarbeiterinnen offen, lässt sich jedoch anhand von Strategiepapieren erklären, welche die USAID-Zentrale in Washington, D.C. an ihre nationalen Büros verschickte. In einem auf November 1967 datierten ersten Leitfaden wurde beispielsweise die Annäherung an Regierungsvertreter als wichtiger Handlungsauftrag formuliert.⁴⁵ Auch in anderen Dokumenten, die der USAID in Guatemala zugesandt wurden, galt die staatliche Unterstützung als Voraussetzung dafür, dass Familienplanung auch bei der breiten Gesellschaft Anklang fand. Hatte dies auch ökonomische Gründe, so stand diese Strategie vor allem im Zusammenhang mit modernisierungstheoretischen Ansätzen, bei denen Regierungsvertretern eine Vorbildfunktion zugeschrieben wurde.⁴⁶

In Guatemala zeigten diese aber kaum Interesse an einem ›Bevölkerungsproblem‹. Zwar hatte der Gesundheitsminister mit der Unterzeichnung des ersten Abkommens 1967 seine Unterstützung signalisiert, doch zog er sich kurz darauf zurück. Gleiches galt für den guatemaltekischen Präsidenten Julio Méndez Montenegro, der keine Anstalten machte, sich einer antinatalistischen Bevölkerungspolitik anzunehmen und sich öffentlich für eine solche auszusprechen. Seine Zurückhaltung ist jedoch kaum verwunderlich: Seinen Amtsantritt 1966 hatte der erste zivile Präsident nach über zehn Jahren Militärregime nur durch ein Geheimabkommen mit der scheidenden Militärregierung absichern können. Dieser Pakt erlaubte dem guatemaltekischen Militär, unter dem Mantel der Demokratie, uneingeschränkt in die nationale Politik einzugreifen, was für das Land weitreichende Folgen hatte. Das Militär startete, mit US-amerikanischer Hilfe, erste Counter-Insurgency-Kampagnen im Osten des Landes, während zeitgleich die nationale Polizei und ultrarechte Terrorgruppen die Hauptstadt terrorisierten: Folter, Polizeikontrollen, in den Straßen abgelegte Leichen und durch Guerillagruppen verübte Bombenattentate gehörten zum Alltag vieler Guatemalteken und Guatemaltekinen.⁴⁷ In diesem Gewaltkontext maß der Präsident Méndez Montenegro, der für den Terror verantwortlich gemacht wurde, einem ›Bevölkerungsproblem‹ kaum Bedeutung zu. Selbst ›Entwicklung‹, das Schlüsselkonzept der 1960er Jahre, hatte kaum Platz in

45 Vgl. William C. Gaud, *Policy Determination. Population and Family Planning Programs* (3.11.1967): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 1, Folder Population Growth Control.

46 Vgl. Berelson, Bernard: »National Family Planning Programs. A Guide«, in: *Studies in Family Planning Programs*, 1, 5, 1964, S. 1-12, hier: S. 3; 5.

47 Vgl. Way, Mayan in the Mall, 2012, S. 122; Vrana, *This City Belongs to You*, 2017, S. 135ff.

der politischen Agenda des Präsidenten, der sich im Gegensatz zu seinem Vorgänger, dem Militäroberst Enrique Peralta Azurdia, kein eigenes Entwicklungsprogramm auf die Fahne schrieb. Rückblickend erklärte Donald MacCorquodale so auch: »A moment hardly appropriate to start this type of program.«⁴⁸

Diese retrospektive Einschätzung steht im scharfen Kontrast zu den Schilderungen, oder anders formuliert, zu den auffälligen Lücken in den USAID-Quellen. Vergeblich sucht man nach Analysen und Gesprächsprotokollen, die mehr über den entwicklungspolitischen Alltag in diesem Gewaltkontext verraten können. Diese Lücken verweisen zum einen auf eine entpolitisierte Projektlogik, bei der soziale, ökonomische und politische Faktoren dem Arbeitsalltag zum Opfer fielen, worauf der Anthropologe James Ferguson in seiner Studie zu Entwicklungspolitik in Lesotho aufmerksam gemacht hat.⁴⁹ Im Sinne einer bürokratischen, ergebnisorientierten Dokumentationsweise erschien es den Angestellten der USAID offenbar nicht wichtig, die politischen Probleme im Land zu dokumentieren. Zudem waren diese »Entwicklungshelfer und -helferinnen« vor Ort tätig, kommunizierten oftmals persönlich miteinander und hinterließen keine ausführlichen Berichte, anders als ihre Kollegen und Kolleginnen von nichtstaatlichen US-amerikanischen Organisation, die detailliert von ihren kurzen Reisen berichteten.

Eines der wenigen Dokumente, das Aufschluss über ein Treffen von USAID-Mitarbeitenden mit politischen Entscheidungsträgern und -trägerinnen in Guatemala gibt, ist ein kurzer Brief von Deane Hinton, damaliger Leiter der Public Health-Abteilung der USAID- Niederlassung in Guatemala, an seine Vorgesetzten in Washington, D.C. In diesem berichtete er von seinen Kontakten zum Gesundheitsminister Emilio Poitevin sowie von einem Treffen, das zwischen dem US-amerikanischen Botschafter John Gordon Mein und mehreren Ministern stattgefunden hatte.⁵⁰ Dabei ging es zum einen um eine klare Positionierung des guatemaltekischen Präsidenten und seines Ministerstabs für eine antinatalistische Bevölkerungspolitik in Guatemala, zum anderen konkret um die Etablierung einer Familienplanungsabteilung im Gesundheitsministerium und die Schaffung eines Bevölkerungspostens. Beides stellte sich jedoch als schwierig heraus: So urteilte Hinton, dass die Haltung der Regierung nur »schwer vorherzusagen« war. Im Hinblick auf das Gesundheitsministerium zeigten sich zudem große strukturelle Probleme: Das Ministerium war chronisch unterfinanziert, so dass es an Geld und Personal für den Aufbau einer Familienplanungsabteilung fehlte. Die USAID in Guatemala war durchaus bereit, Gelder für eine Umstrukturierung und einen externen Berater zur Verfügung zu stellen, jedoch zeigte das Ministerium, so Hinton, einen »bemerkenswerten Widerwillen« gegen US-amerikanischen Einfluss. An dieser Einschätzung manifestiert sich ein gewisses Unverständnis Hintons gegenüber der kritischen Haltung des Ministeriums bezüglich einer US-amerikanischen Einflussnahme. Zugleich wird in dieser Schilderung ein Spannungsfeld zwischen Ressourcenmangel und Hilfsnotwendigkeit einerseits und dem Streben nach nationaler Eigenständigkeit

48 Zitiert nach Santiso Gálvez et al., *Guatemala: Pioneering Days*, 2007, S. 138.

49 Ferguson, *The Anti-Politics Machine*, 2009, S. 20f.

50 Hierzu und zum Folgenden vgl. *Deane Hinton an David Frost (22.4.1968)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 1, Folder Population Growth Control.

andererseits erkennbar, in dem sich guatemaltekische Regierungsvertreter in diesen Jahren bewegten.

Zudem, so zeigt der Brief weiter, nahmen Regierungsvertreter Familienplanung in erster Linie als US-amerikanisches Produkt wahr. Im Gespräch mit dem Botschafter zeigte sich der guatemaltekische Finanzminister Alberto Fuentes Mohr sehr »verwirrt über das, was er offenbar als den neuesten US-amerikanischen Fimmel« auffassete – so Hinton. Ließ der Leiter der USAID diese Aussage unkommentiert, so ist es kaum verwunderlich, dass Mohr einem »Bevölkerungsproblem« nur wenig Bedeutung zumaß. Denn Mohr zählte, ähnlich wie Poitevin, zu einer Gruppe von reformistischen, sozial- und christdemokratischen Intellektuellen, die sich für einen alternativen Entwicklungspfad für Guatemala stark machten.⁵¹ Zwar beschäftigten sie sich auch mit »Bevölkerungsproblemen«, beispielsweise mit der Zuwanderung der ländlichen Bevölkerung Guatemalas in die Städte, der Lösungsansatz hieß für sie jedoch nicht Fertilitätsregulierung, sondern Bildungsförderung, Agrarreform, Industrialisierung – und im Falle Mohr konkret eine Steuerreform, die Ungleichheit angehen und die staatlichen Einnahmen für öffentliche Investitionen stärken sollte.⁵²

Diese strukturellen Ansätze standen nicht nur im Kontrast zu dem Lösungsansatz, den US-amerikanische Experten und Expertinnen mit Familienplanung in Guatemala propagierten, sondern auch zu einer Form von Bevölkerungspolitik, die das guatemaltekische Militär seit den 1950er Jahren verfolgt hatte: In dieser Zeit hatte sich die Vorstellung eines überbevölkerten Hochlands durchgesetzt, für dessen Lösung guatemaltekische Militärs eine Kolonisations- und Umsiedlungspolitik propagierten. Hatte es bereits in den 1950er Jahren erste Pläne gegeben, so wurden diese erst Ende der 1960er Jahre – ebenfalls finanziert von der USAID – in die Praxis umgesetzt. An ihrer Spitze stand der Militäroberst Oliverio Casasola, dem eine Besiedlung des großen, nördlich gelegenen Regenwaldgebiets El Petén mit »fähigen«, gesunden Bauernfamilien vorschwebte.⁵³ In seiner Konzeption und Umsetzung brachte das Projekt die rassistisch motivierten, sozialexklusiven Vorstellungen hochrangiger Militärs deutlich zum Ausdruck: Das Projekt begünstigte in erster Linie guatemaltekische Militärangehörige, denen große Ländereien übertragen wurden, wohingegen ärmeren indigenen und ladinischen Familien, die Casasola biologistisch als schädlich für den Staatsorganismus begriff, der Zugang zu hochwertigem Land verwehrt blieb. Nicht nur das, es fehl-

51 Zu einem gemäßigten sozialdemokratischen beziehungsweise christdemokratischen Reformismus in Guatemala siehe Urrutia, Edmundo: »Die unglückselige Subjektivität der guatemaltekischen Intellektuellen«, in: Hofmeister, Wilhelm; Mansilla, Hugo C. F. (Hg.): *Die Entzauberung des kritischen Geistes. Intellektuelle und Politik in Lateinamerika*, Bielefeld: transcript 2004, S. 69-97, hier: S. 77.

52 Vgl. Dosal, Paul Jaime: *Power in Transition. The Rise of Guatemala's Industrial Oligarchy, 1871-1994*, Westport: Praeger 1995, S. 202. Die Steuerreform scheiterte an Méndez Montenegro, der ein Veto dagegen einlegte. Mohr ging während der Regierungszeit Carlos Manuel Arana Osorios' ins Exil und kehrte erst 1974 zurück. 1979 wurde er von rechten Militärs in Guatemala-Stadt ermordet.

53 Vgl. zu den Anfängen dieser Kolonisationspolitik Kap. 2.4. Vgl. außerdem, Grandia, Enclosed, 2012, S. 54ff.

te an Straßen, Trinkwasser, Gesundheits- und Bildungseinrichtungen.⁵⁴ Obwohl diese Kolonisations- und Umsiedlungspolitik kaum etwas an der Lebenssituation ländlicher guatemaltekischer Familien änderte, wurde sie von Casasola in dieser Zeit als Lösung für ein ›Bevölkerungsproblem‹ im Hochland propagiert.⁵⁵

Diese Lösungsansätze unterschiedlicher guatemaltekischer Gesellschaftsgruppen blieben bei der USAID unerwähnt. Wohl aber, so zeigt wiederum der Brief von Deane Hinton, waren sie empfänglich für Kritik an ihrem Auftreten. ›Freunde‹, so gab Hinton an, hätten ihm mitgeteilt, dass die USAID die guatemaltekische Regierung mit der Bevölkerungsthematik ›überhäufen‹ würde und sie die Angelegenheit nicht zu einem ›kontraproduktiven Punkt‹ bringen sollte.⁵⁶ Zwar zeigte sich Hinton pikiert darüber, dass nur die USAID verantwortlich gemacht wurde, schließlich hätte sie Schützenhilfe ›von anderen‹ erhalten – hier meinte er vermutlich die guatemaltekische Familienplanungsorganisation –, doch überdachte Hinton seine Politik und plädierte für ein verdecktes, vorsichtiges Vorgehen in Guatemala.⁵⁷ Diese Strategie kollidierte dabei auch mit dem forscheren Vorgehen der USAID-Zentrale, die Zeitungsartikel über US-amerikanische Förderung von Bevölkerungsstudien in Guatemala zirkulieren ließ und damit die Kritik an der Familienplanung weiter befeuerte.⁵⁸ In diesem Kontext versuchten die USAID-Mitarbeitenden, nicht als aufdringliche ›ugly Americans‹ aufzutreten, sondern bemühten sich um eine vorsichtige Kontaktaufnahme zu den Ministern und staatlichem Personal, ohne dabei allzu viel öffentliche Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen.⁵⁹ Obwohl sich in anderen zentralamerikanischen Ländern ähnliche Probleme ergaben, galt Guatemala bei der USAID bald als Sonderfall: ›Family Planning is an extremely sensitive issue in Guatemala, clearly even more so than in the other Central American countries.‹⁶⁰

Wie umstritten das Thema bei guatemaltekischen Intellektuellen war, wurde der USAID in Guatemala dann auch Mitte 1968 vor Augen geführt, als die dependenztheoretisch orientierte renommierte Wirtschaftsfakultät der öffentlichen Universität eine erste nationale Konferenz zu wirtschaftlicher Entwicklung und Bevölkerungswachstum veranstaltete, an der sowohl Studierende als auch die guatemaltekische Presse großen

54 Vgl. Hurtado Paz y Paz, Petén, 2010, S. 88; Casasola, Oliverio: ›Grandezas y miserias del Petén‹, in: *Anales de la Sociedad de Geografía e Historia de Guatemala*, 40, 3/4, 1967, S. 162-177, hier: S. 171.

55 Vgl. ebd.

56 *Deane Hinton an David Frost* (22.4.1968): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 1, Folder Population Growth Control.

57 Ebd. Ein möglichst verdecktes Vorgehen war auch charakteristisch für eine Bevölkerungspolitik in Mexiko. Vgl. Faust-Scalisi, *There is an undercover movement*, 2014, S. 16.

58 Konkret ging es um einen Presseartikel, der unter dem Titel ›Cautious and Slow Government officials are not applying anticontraceptive methods in Latin America‹ in Guatemala zirkulierte und detailliert auch die finanzielle Unterstützung ROCAPs für Bevölkerungsstudien in Guatemala nannte. *Oliver L. Sause an George Coleman* (13.3.1968): NACP, RG 286, USAID M. GUA, ROCAP, Office of the Director, Container 4, Folder Health Facilities.

59 *The Ugly American* war der Titel eines 1958 veröffentlichten Romans, in dem US-amerikanische Diplomaten und Diplomatinen scharf für ihr arrogantes und unsensibles Auftreten kritisiert wurden. Lederer, William J.: *Der hässliche Amerikaner*, Hamburg: Nannen 1958.

60 *Deane Hinton an David Frost* (22.4.1968): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 1, Folder Population Growth Control.

Anteil nahmen. Hierbei sprachen sich die Teilnehmenden ausdrücklich gegen eine Familienplanungspolitik aus.⁶¹ Auch der Erzbischof von Guatemala-Stadt, Mario Casariego y Acevedo, gratulierte den Veranstaltern zu der deutlichen Stellungnahme, die »mit der Ansicht der letzten Enzyklika unserer Heiligkeit übereinstimme«.⁶² Gemeint war die nur kurz zuvor veröffentlichte Enzyklika der Katholischen Kirche, die Enzyklika *Humanae Vitae*, die den Gebrauch von »künstlichen« Verhütungsmitteln strikt untersagte und der auch die guatemalteckische Bischofskonferenz folgte.⁶³

Nicht nur Familienplanung, sondern die US-amerikanische Politik im Land stand insgesamt im globalen Protestjahr 1968 im Kreuzfeuer der Kritik: Während eine politisierte Studierendenschaft an der öffentlichen Universidad de San Carlos de Guatemala den US-amerikanischen Einfluss in Lehre und Hochschulpolitik anprangerte, attackierten Guerillagruppen US-amerikanische Militärs und Diplomaten, die für die Zunahme der Gewalt verantwortlich gemacht wurden. Bereits im Januar 1968 waren vier hochrangige US-amerikanische Militärs in der Hauptstadt beschossen worden, im August 1968 wurde der US-amerikanische Botschafter John Gordon Mein auf offener Straße erschossen.⁶⁴ Inwieweit US-amerikanische Entwicklungsexperten und -expertinnen ebenfalls um ihr Leben fürchteten, geht aus den Unterlagen nicht hervor. Wohl aber hielten die USAID-Mitarbeitende gerade »die Marxisten« als größtes Problem für das Familienplanungsprogramm in Guatemala, wohingegen die Haltung der Katholischen Kirche gegenüber Familienplanung nur wenig Erwähnung fand.⁶⁵ Damit unterschied sich ihre Einschätzung von der des Aprofam-Direktors Roberto Santiso Gálvez, der in der Rückschau die päpstliche Enzyklika und allgemein die engen Verbindungen zwischen Politik und Katholischer Kirche in Guatemala als größte Hindernisse für Familienplanung beschrieb.⁶⁶

Diese Probleme – die Zurückhaltung der guatemalteckischen Regierung einerseits und die Zunahme einer öffentlichen Kritik andererseits – stellten die USAID-Mitarbeitenden auch deshalb vor große Herausforderungen, da sie auf solche Situationen kaum vorbereitet waren.⁶⁷ James King verfügte zwar über mehr Erfahrungen als sein Vorgänger MacCorquodale, doch auch er war mit der Kritik an Familienplanung überfordert und erkundigte sich in Washington, D.C. danach, wie mit Kritikern und

61 Vgl. Declaraciones del seminario, 1968. Siehe hierzu zudem Kapitel 3.6.

62 *Mario Casariego an Rafael Piedra-Santa Arandí (5.8.1968)*, abgedruckt in: Facultad de Ciencias Económicas, Seminario sobre Población y Desarrollo, 1968, S. 185.

63 Vgl. *James King, Memorandum (10.4.1970)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 4, Folder Family Planning Association Correspondence, FY 70.

64 Eine Folge dieser Attentate war die Erhöhung der Gelder für Counter-Insurgency-Programme, vgl. MacClintock, Michael: *The American Connection*, London: Zed Books 1985, S. 97.

65 *James King, Guatemala. Leftist Views of Population and Economic Development (30.12.1968)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Executive Office, Central Subject Files, Container 25, Folder HIS Population Growth Control, FY 1969 #1.

66 Vgl. Santiso Gálvez et al., Guatemala: Pioneering Days, 2007, S. 149.

67 Zu MacCorquodale und seiner Berufung zum Bevölkerungsbeauftragten siehe Kap. 3.3 sowie Kap. 4.

Kritikerinnen umzugehen sei.⁶⁸ Inwieweit er Rückmeldung erhielt, ist unklar, wohl aber ging er in Reaktion auf die Kritik in die Offensive und organisierte im Herbst 1968 eine erste Vortragsreihe, an der hochrangige Bevölkerungsexperten und -expertinnen wie Benjamín Viel Vicuña, chilenischer Arzt und Experte für Präventivmedizin und Familienplanung, und J. Mayone Stycos, der das International Population Program (IPP) an der Cornell University leitete, teilnahmen. Die Veranstaltung war auch deshalb ein kleiner Erfolg, da sich erstmals die staatliche Dirección de Bienestar Infantil y Familiar, welche von der Präsidentengattin Sara de Méndez Montenegro geleitet wurde, an der Veranstaltungsorganisation beteiligte.⁶⁹ Zugleich versuchte James King ein nationales Komitee für Familienplanung zu etablieren, an dem sich gleichermaßen das Gesundheitsministerium und die Aprofam beteiligen sollten. Auch die Gründung eines nationalen Bevölkerungsrates mit Vertretern und Vertreterinnen unterschiedlicher Organisationen war in Planung. Beide Initiativen blieben jedoch ohne Erfolg: Das Familienplanungskomitee löste sich nach wenigen Treffen wieder auf und auch der Bevölkerungsrat kam über einen Papierentwurf nicht hinaus.⁷⁰

Dennoch kam es am 24. Juni 1969 zu einem zweiten Dreierabkommen, betitelt mit »Ländliche Gesundheit und Familienplanung«, zwischen der Aprofam, dem Gesundheitsministerium und der USAID. Dies war nicht nur deshalb erstaunlich, weil die Regierung in den Jahren davor keinerlei Interesse signalisiert hatte, sondern auch, weil das Gesundheitsministerium nun die gesamte Verantwortung über das Familienplanungsprogramm übernahm.⁷¹ Damit erfüllte sich die Hoffnung der USAID in Guatemala auf eine stärkere Einbindung staatlicher Vertreter und Vertreterinnen, allerdings war es nicht allein der Verdienst der USAID und ihrer Lobbyarbeit die zu diesem Schritt führte. Vielmehr war es ein Personalwechsel innerhalb des Gesundheitsministeriums entscheidend dafür, dass ein neues Abkommen zustande kam. Der Gesundheitsminister Poitevin hatte 1969 seinen Posten an Ricardo Asturias Valenzuela und Carlos Gallardo Flores abgegeben, die sich einem sozialdemokratischen Reformismus verpflichtet fühlten

68 Vgl. zum »Action Request« James King, *Guatemala. Leftist Views of Population and Economic Development* (30.12.1968): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Executive Office, Central Subject Files, Container 25, Folder Population Growth Control, FY 1969.

69 Der volle Titel lautet: Dirección de Bienestar Infantil y Familiar de la Secretaría de asuntos sociales de la presidencia de la República. Vgl. Programmbroschüre: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 2, Folder Population Growth Control (Correspondence), FY 69.

70 Vgl. James King, *Population Council's Information Service* (11.3.1969): NACP, RG 286, ROCAP, Office of the Director, Subject Files, Container 329, Folder Population Growth Control, FY 1969. Zwar hatte das Familienplanungskomitee einen Bevölkungsbeauftragten berufen, doch die Anfragen James Kings an Poitevin nach einem entsprechenden Posten blieben unbeantwortet. Zum Gremium vgl. James C. King, *Memorandum to the Records* (26.11.1968): NACP, RG 286, Public Health Office, Subject Files, Container 2, Folder Population Growth Control FY 1969.

71 Vgl. zum Vertrag USAID, *Changes and Corrections of Project Titles and Members, Effective July 1, 1970* (28.8.1969): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Program Office, Subject Files, Container 17, Folder PRM Projects, FY 1970; LA AID y el ministerio de salud pública y asistencia social subscribieron interesante convenio relacionado con los programas de salud materno infantil y familiar (24.6.1969): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 4, Folder Ministry of Health.

und bereits zuvor leitende Funktionen in wichtigen guatemaltekischen Gesundheitsorganen übernommen hatten.⁷² Beide Gesundheitsexperten hatten sich zuvor nicht mit einem Bevölkerungswachstum beschäftigt, sondern für sie stand eine Umstrukturierung des Gesundheitsministeriums im Vordergrund, die als erste Amtshandlung – zunächst vermutlich ohne die finanzielle Hilfe und Expertise der USAID – angegangen wurde. In diesem Schritt erhielt das Gesundheitsministerium auch erstmals eine Abteilung für Mutter-Kind- und-Familiengesundheit.⁷³

Das neue Familienplanungsabkommen revolutionierte das Gesundheitsministerium, das stets mit dem semi-staatlichen Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) in Konkurrenz gestanden hatte. Die neu eingerichtete División de Salud Materno-Infantil y Familiar (DIMIF) mit dem neuen Büro für Familienplanung entwickelte sich zur wichtigsten und größten Abteilung des Gesundheitsministeriums. Bald wurden für die Verbreitung von Familienplanungsaktivitäten 19 Vollzeitangestellte berufen – für das chronisch unterbesetzte Ministerium eine sehr hohe Zahl.⁷⁴ Für die Mitarbeitenden ergaben sich zudem neue Karrieremöglichkeiten: Die USAID investierte hohe Summen in die Ausbildung und Sensibilisierung der neuen Verantwortlichen und des ›im Feld‹ arbeitenden Personals. Dabei griff sie auf kurze Reise- und Konferenzstipendien zurück, bei denen die Stipendiaten und Stipendiatinnen, Reiseziele und Programme entlang beruflicher und sozialer Kriterien ausgewählt wurden: Personen, die in direktem Kontakt mit Patienten und Patientinnen standen, wurden in Guatemala oder in anderen lateinamerikanischen Ländern ausgebildet. Angestellte, die koordinierende Funktionen ausübten und prestigeträchtige Posten innehatte, reisten in die USA.⁷⁵

Der ministeriale Rückgriff auf Familienplanung bedeutete jedoch noch lange kein Eingeständnis eines entwicklungspolitisch gedachten ›Bevölkerungsproblems‹, das mit

-
- 72 Asturias Valenzuela gilt als Aktivist der guatemaltekischen Oktoberrevolution 1944. Er war auch an der Gründung des Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) beteiligt. Gallardo Flores stellte in den 1970er Jahren gemeinsam mit Alberto Fuentes Mohr die erste sozialistische Fraktion im guatemaltekischen Kongress.
- 73 Einen kurzen Hinweis auf die Umstrukturierung, nicht jedoch auf das Familienplanungsprogramm, findet sich hier: Rivera Alvarez, *Evolución de la salud pública*, 1985, S. 38. Zeitgleich schloss auch der Bildungsminister mit der USAID ein Abkommen über ein Bildungsprogramm ab. Vgl. Piedra Santa, Irene: *Alfabetización y poder en Guatemala. Los años de la Guerra fría (1944-1984)*, Guatemala: PRODESSA 2011, S. 225.
- 74 Neben dem Leiter des staatlichen Familienplanungsbüros arbeiteten neun Personen in der Hauptstadt, die anderen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen waren für die ländlichen Gesundheitszentren zuständig.
- 75 James C. King, *Ito's (26.2. 1970)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Executive Office, Central Subject Files, Container 28, Folder Population Growth Control, FY 1970. Der neue Leiter des Familienplanungsprogramms Darío de León besuchte beispielsweise im April 1970 die 6. Konferenz für Gynäkologie und Geburtshilfe in New York, nahm dort an Familienplanungskursen teil und besuchte das renommierte Center for Disease Control in Atlanta. Später machte er dann einen Master in Familienplanung an der Tulane University in New Orleans. Bei den USAID-Experten und -Expertinnen galt der Abschluss Darío de Leóns als Meilenstein einer Familienplanungsbewegung in Guatemala. Vgl. *Hitos del movimiento de planificación familiar en Guatemala*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Executive Office, Central Subject Files, Container 36, Folder Population General Correspondence, FY 75.

Bevölkerungskontrolle gelöst werden sollte. Vielmehr fanden die USAID und das Gesundheitsministerium einen Konsens im Gesundheitsbereich – konkret in Form der Mutter-Kind-Gesundheit. Dass Asturias Valenzuela nicht nur gegenüber einer Bevölkerungsregulierung Skepsis hegte, sondern auch gegenüber Familienplanung, deutet sich in der Art und Weise an, wie das Programm offiziell angekündigt wurde. In den Presseartikeln gab es keinerlei Hinweise auf Familienplanung oder gar Verhütungsmittel. Stattdessen wurde das neue Abkommen allgemein als »Gesundheitsabkommen« angekündigt, mit dem Kinderimpfungen, Ernährungsprogramme und der Schutz der Mutter gefördert werden sollte.⁷⁶ Mit dieser rhetorischen Zurückhaltung sollten vor allem Kritiker und Kritikerinnen besänftigt werden, wie der Gesundheitsminister bei einem ministerialen Treffen, das im Rahmen des Besuchs des New Yorker Senators Nelson Rockefeller mit nationalen und US-amerikanischen Gesundheitsexperten und -expertinnen stattfand, erklärte.⁷⁷ Letztlich wurde das Abkommen nicht in einer antinatalistischen, sondern in einer pronatalistischen Wohlfahrtspolitik verortet, die seit den 1940er Jahren stets auf Mutter-Kind-Schutz ausgerichtet war. Damit war Guatemala keinesfalls ein Ausnahmefall. Maria Dörnemann hat sich ebenfalls mit der Frage beschäftigt, wie in einem bevölkerungspolitisch-kritischen Kontext trotzdem eine Familienplanungspolitik etabliert werden konnte. Für Kenia zeigte sie auf, dass Familienplanung in erster Linie als Gesundheitspolitik und nicht als ökonomisch orientierte, entwicklungspolitisch gedachte Bevölkerungspolitik konzipiert wurde, was Familienplanung für kenianische Gesundheitsexperten und -expertinnen anschlussfähig machte.⁷⁸ Ähnliches ist, wie gezeigt, auch in Guatemala zu beobachten.

Diese Abgrenzungsprozesse zu den Lösungsansätzen des *population establishment* spiegeln sich auch am Gebrauch unterschiedlicher Begriffe wider: Die global vernetzte Aprofam plädierte für Familienplanung und legte damit den Schwerpunkt auf die Verbreitung moderner Kontrazeptiva. Staatliche Vertreter benutzten indes den breiteren Begriff »Familienberatung«, der sich vorrangig auf Gesundheitserziehung und Mutter-Kind-Gesundheit bezog. Die unterschiedliche Verwendung kündigte auch eine andere Gewichtung an, die sich in den frühen 1970er Jahren offen zeigte: Sexualerziehung, also ein pädagogischer Ansatz, hatte für staatliche Verantwortliche Vorrang vor der Verbreitung moderner Verhütungsmittel, die von Familienplanungsfürsprechern wie der Aprofam forciert wurden. Von Bevölkerungsexperten und -expertinnen wurde die staatliche Zurückhaltung weniger als politisch notwendiger Schritt, sondern als mangelnde Verpflichtung gegenüber Familienplanung und einem diagnostizierten Bevölkerungswachstum begriffen. »Familienberatung«, so Roberto Santiso Gálvez rückblickend, sei ein bloßer »Euphemismus« für Familienplanung gewesen.⁷⁹

76 Siehe bspw. den Zeitungsartikel *Firman Convenio Sobre Programas de Salud*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 4, Folder Ministry of Health.

77 Vgl. *James King, Brief Notes on the Rockefeller Visit (15.5.1969)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 6, Folder Health and Sanitation, General Correspondence, FY 70.

78 Vgl. Dörnemann, *Plan Your Family*, 2019, S. 216f.

79 Santiso Gálvez et al., *Guatemala: Pioneering Days*, 2007, S. 144.

Gab es bereits auf der inhaltlichen Ebene große Diskrepanzen, so entstanden weitere Konflikte bei dem Versuch, das Familienplanungsprogramm in die Strukturen des Gesundheitsministeriums zu integrieren, wobei sich die Unerfahrenheit des USAID-Personals erneut bemerkbar machte: Bei der Entwicklung des Programms waren beispielsweise die Leiter der fünf Gesundheitsregionen⁸⁰ Guatemalas nicht bedacht worden, die sich in Folge heftig gegen das Programm wehrten.⁸¹ Auch die Zwillingsstruktur von Aprofam und dem Gesundheitsministerium wirkte sich negativ aus, denn beide Institutionen schlossen unterschiedliche Verträge ab und bezahlten ihre Beschäftigten unterschiedlich.⁸² Als besonders problematisch erwies sich die Beziehung der beiden Institutionen zueinander: War die Aprofam zunächst die Hauptprotagonistin gewesen, übernahm sie nun eine unterstützende Funktion und musste die Führungsrolle, zusammen mit der Verantwortung über die Gesundheitszentren im ländlichen Bereich, an das Ministerium abgeben.⁸³ Die USAID-Gelder flossen nun an das Gesundheitsministerium, von dem die guatemalteckische Familienplanungsorganisation wiederum abhängig war. Schnell entstanden Streitigkeiten um Kompetenzen, Zuständigkeiten und Ressourcen. Konflikte entzündeten sich beispielsweise an der Frage, wer die Jeeps benutzen durfte, welche die USAID 1969 zur Verfügung stellte.⁸⁴ Für großen Ärger sorgte auch die Entwicklung eines gemeinsamen Werbeprogramms, das diese Organisationen als geschlossene Einheit präsentieren sollte. Hier kamen die inhaltlichen Diskrepanzen offen zum Ausdruck: Die Frage war, ob nun ›Familienberatung‹ oder doch Familienplanung benutzt werden sollte. Als beide Parteien nicht zum Einlenken bereit waren, drohte der USAID-Bevölkerungsbeauftragte damit, sämtliche Gelder für das Programm zu streichen. Mit Erfolg, denn 1971 wurde ein gemeinsames Büro für Information, Bil-

80 Zusätzlich zu Guatemala-Stadt wurde das Land Ende der 1960er Jahre in fünf Gesundheitsregionen unterteilt. Region 1 mit Chimaltenango, dem Departamento Guatemala, Sacatepéquez, Petén; Region 2 mit Alta und Baja Verapaz, El Progreso, Chiquimula, Zacapa und Isabal; Region 3 mit Jalapa, Jutiapa, Santa Rosa; Region 4 mit Retalhuleu, Suchitepéquez, Esquintla; Region 5 mit San Marcos, Quetzaltenango, Huehuetenango, Totonicapán, Quiché und Sololá. Vgl. *Table 3 Population by Departments and Health Regions 1971 & 1973*, Long, *An Analysis of Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Expenditure on health 1972/3 (January, 1974)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 14, Folder Ministry of Health, FY 74. Mitte der 1970er Jahre wurde die Unterteilung auf acht Regionen erweitert, 1977 wurden die 22 politischen Einheiten in 24 Gesundheitsregionen geteilt. Vgl. Schieck, Frederick et al.: *Health Sector Assessment Guatemala. Submitted by The United States Agency for International Development Mission to Guatemala*: USAID Nov. 1977, S. 62.

81 James King, *Doctors Orientation Program 18.-19.7.1969 (23.7.1969)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 4, Folder Memorandum for the Records, FY 70.

82 Vgl. James King, *Meeting with the Minister of Health on May 18, 1970 (19.5.1970)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 4, Folder Memorandum to the Records. Lohnerhöhungen boten beispielsweise immer wieder Anlass für Streit.

83 Auch an den Absprachen zum Abschluss des Vertrages war die Aprofam kaum beteiligt. James C. King, *Draft, Memorandum (10.6.1970)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 8, Folder Population General Correspondence, FY 70.

84 Vgl. Korrespondenzen, in: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 5, Oficina de Orientación Familiar, FY 70.

derung und Forschung ins Leben gerufen.⁸⁵ Kings »professionelle Besserwisserei« kam in dem Moment also nicht ohne ökonomische Druckmittel aus.⁸⁶ Er stellte die für Entwicklungspolitik wiederholt hervorgehobene »immanente Asymmetrie von Macht und Verfügungsgewalt«⁸⁷ in diesem Fall offen zur Schau und unterschied sich damit von seinem Vorgänger, der unauffälliger vorging.

Trotz der beschriebenen Konflikte hielt die USAID am Gesundheitssektor als Partner für eine Bevölkerungspolitik in Guatemala fest – es war der einzige Bereich, in dem sich ein Konsens, so instabil er auch war, über Familienplanung finden ließ, während andere Ministerien, ebenso wie der Präsident, Zurückhaltung übten. Méndez Montenegro hielt sich selbst dann bedeckt, als das Abkommen abgeschlossen wurde. Im Idealfall sollten die Staatspräsidenten jedoch eine fertilitätsregulierende Bevölkerungspolitik in die nationale, ökonomisch orientierte Entwicklungspolitik aufnehmen und Familienplanung an nationale Entwicklungsorganisationen anbinden, so zumindest das Muster in vielen Ländern.⁸⁸ In Guatemala blieb dies aus: Bis zum Ende seiner Regierungszeit äußerte er sich nicht zu einer antinatalistischen Bevölkerungspolitik im Land. Auch der guatemaltekeische Entwicklungsrat Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) spielte für die USAID-Mitarbeiter und -Mitarbeiterinnen keine Rolle, da dieser aus ihrer Sicht von kritischen Wirtschaftswissenschaftlern dominiert wurde, die keinerlei Interesse an der Bevölkerungsthematik hatten.⁸⁹

Wie hier gezeigt wurde, stand die staatliche Zustimmung zu einem Familienplanungsprogramm angesichts zahlreicher anderer Problemfelder, die von guatemaltekeischen Regierungsvertretern und Intellektuellen identifiziert wurden, auf tönernen Füßen und lässt sich weniger auf die politischen Bemühungen der USAID denn auf das Engagement von Einzelpersonen zurückführen. Deren Maßnahmen fielen zwar sehr unterschiedlich aus, waren jedoch alles andere als eine »Infiltration«, wie der guatemaltekeische Gesundheitsminister Carlos Gehlert Mata behauptet hatte. Zudem erkannten staatliche Vertreter Familienplanung zu keinem Zeitpunkt als entwicklungspoliti-

85 Vgl. James C. King, *Meeting with Carlos Gallardo Flores (12.1.1970)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 4, Folder Ministry of Health.

86 Laut Philipp H. Lepenies beruht die Entwicklungshilfe auf dem Modell der »institutionalisierten Besserwisserei«. Vgl. Lepenies, *Lernen vom Besserwisser*, 2009, S. 33.

87 Zu Recht sind Experten wie King deshalb auch als diejenige beschrieben worden, die unbeirrt eine »Entwicklungsmaschine« am Laufen hielten. Zum Zitat: Büschel, Hubertus: »Die Moral der ExpertInnen. Krise und Reformen in der westdeutschen »Entwicklungshilfe« und der ostdeutschen »Solidarität« in Afrika südlich der Sahara der 1960er und 1970er Jahre«, in: *Journal für Entwicklungspolitik*, 26, 3, 2010, S. 29-49, hier: S. 31. Wie Büschel hier weiter argumentiert, gab es nichtsdestotrotz große Unterschiede.

88 Siehe hierzu bspw. das Vorgehen in Kenia: Dörnemann, *Die Bevölkerungsexplosion in Kenia*, 2015, S. 64. Auch in Peru war zwischenzeitlich die zentrale Entwicklungsinstitution Instituto Nacional de Planificación an bevölkerungspolitischen Initiativen beteiligt. Vgl. Necochea López, *A History of Family Planning*, 2014, S. 104-117. Unter der Präsidentschaft von Carlos Lleras Restrepo wurde in Kolumbien eine staatliche Bevölkerungspolitik initialisiert, bei der die staatliche Planungsbehörde Departamento Nacional de Planeación mit dem Entwurf einer staatlichen Bevölkerungspolitik betraut wurde. Vgl. Huhle, *Bevölkerung, Fertilität, Familienplanung*, 2017, S. 133.

89 Vgl. Thomas C. Hunt, *Dr. Santiso's reaction to April 17 speech (10.4.1969)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 3, Folder Thomas C. Hunt Correspondence, FY 70.

schen Lösungsansatz an, weswegen man sich auf Mutter-Kind-Gesundheit als kleinsten gemeinsamen Nenner einigte. Damit unterschied sich Guatemala auch von anderen Ländern, wo Entwicklungsrate zumindest formal ein ›Bevölkerungsproblem‹ anerkannten.⁹⁰ Auch in der praktischen Umsetzung waren das Programm und seine Mitarbeitenden von Beginn an ein Sorgenkind für US-amerikanische Experten und Expertinnen, wie im nächsten Abschnitt erläutert wird.

5.3 Gesundheitspolitik und der ›Familienplanungstreik‹

Institutionell und konzeptionell war Familienplanung in Guatemala, wie auch in vielen anderen Ländern, an Gesundheit gebunden.⁹¹ Damit war Familienplanungspolitik in Guatemala auch stets nationale Gesundheitspolitik. Besonders in der Anfangsphase des Programms, von 1967 bis 1970, ging es der USAID-Niederlassung in Guatemala in erster Linie darum, eine Familienplanungsinfrastruktur aufzubauen, mithilfe derer moderne Kontrazeptiva in dem zentralamerikanischen Land verbreitet werden sollten. Diese Infrastruktur war allerdings in großem Maße vom Funktionieren des Gesundheitssektors abhängig. Die Art und Weise, wie Familienplanung an den Gesundheitssektor gekoppelt wurde, welche Probleme dabei auftraten und welche Lösungsansätze entwickelt wurden, ist in geschichtswissenschaftlichen Studien zur internationalen Bevölkerungspolitik kaum beachtet worden. In Guatemala ist diesen Implementierungsprozessen jedoch deshalb eine große Bedeutung beizumessen, weil die Versuche, guatemaltekes Gesundheitspersonal an Familienplanung zu binden, große Konflikte mit sich brachten. Diese wiederum zeigen, dass Widerstand gegen Familienplanung keinesfalls nur auf religiöse oder ideologische Motive, sondern auch auf ökonomisch-professionelle Aspekte zurückzuführen ist.

Der Start des Familienplanungsprogramms 1967 brachte für die Arbeit der Public-Health-Abteilung der USAID in Guatemala eine Neuausrichtung mit sich: Hatte die US-Regierung noch in den 1950er Jahren in zahlreiche Bereiche des guatemaltekes Gesundheitssektors, etwa in die Ausbildung von Gesundheitspersonal, Sanitär- und Abwasseranlagen, Krankenhausbau und in die Malariabekämpfung investiert, so reduzierte sich das breite Förderspektrum im Laufe der 1960er Jahre auf Malaria, Familienplanung und ländliche Gesundheit. Diese Tendenz spitzte sich 1970 insofern zu, als dass Familienplanung, zumindest kurzzeitig, der einzige Förderbereich dieser Abteilung in Guatemala war. Das Programm zum Aufbau eines mobilen Gesundheitsdienstes für ländliche Gebiete (PUMAR) wurde wegen »schlechter Ausführung« 1969 ebenso aufgegeben wie die Förderung des nationalen Malariadienstes – ursprünglich ein Prestigeprojekt der US-amerikanischen Regierung –, obgleich die Malariaprävalenz weiter

90 So beispielsweise in Kolumbien oder auch in Kenia. In der Praxis war aber auch in diesen Ländern ›Familienplanung‹ an das Gesundheitssystem gebunden. Vgl. Dörnemann, Die Bevölkerungsexplosion in Kenia, 2015, S. 64; zu Kolumbien: Ebd., S. 133f.

91 Bspw. in Kolumbien: Ebd., S. 134f.; in Peru: vgl. Necochea López, A History of Family Planning, 2014, S. 110f.; in Mexiko: Faust-Scalisi, There is an undercover movement, 2014, S. 116. Prägnant zum Thema »Bevölkerungspolitik als Gesundheitspolitik«: Dörnemann, Plan Your Family, 2019, S. 188-217.

gesunken war. Kampagnen zur Ausrottung der Malaria hatten global an Legitimität eingebüßt und galten gegen Ende der 1960er Jahre als kostenintensiv, risikoreich und »erfolglos«, weil sie das primäre Ziel, die Ausrottung der Krankheit, nicht erreicht hatten.⁹² Wenn auch in Guatemala kein direkter Zusammenhang zwischen Malariakampagnen und steigenden Bevölkerungszahlen hergestellt wurde – ein bei Bevölkerungsstrategen und -strateginnen populäres Argument gegen die Unterstützung von Malariaausrottung –, so machte eine diagnostizierte Erfolglosigkeit vorheriger Gesundheitskampagnen die Förderung des Familienplanungsfelds attraktiver, das laut einem USAID-Bericht aus dem Jahr 1970 in Guatemala zum »Bereich der größten Gesundheitsaktivität« aufgestiegen war.⁹³ Diese Prioritätenverschiebung zeigte sich auch am Mitarbeiterstab der Abteilung und ihren Tätigkeiten. Der erste USAID-Bevölkerungsbeauftragte Donald MacCorquodale war zuerst für zwei Bereiche, das PUMAR-Programm und Familienplanung, zuständig gewesen, investierte allerdings zu Beginn nach eigener Aussage lediglich 10 % seiner Zeit in Familienplanung.⁹⁴ 1968 zeigte sich bereits ein anderes Bild: Zu diesem Zeitpunkt waren bereits zwei Mitarbeiter, James King und Thomas C. Hunt, nur für die Etablierung des Familienplanungsprogramms zuständig.

Für internationale Bevölkerungsexperten und -expertinnen stand außer Frage, dass Familienplanung an den Gesundheitssektor angebunden werden sollte. Denn »Gesundheit« wurde argumentativ und praktisch als Vehikel für bevölkerungspolitische Fragen eingesetzt. In einem USAID-Strategiepapier, das 1964 an die Niederlassungen in Lateinamerika entsandt wurde, hieß es beispielsweise, dass mit einer »gesundheitsorientierten Herangehensweise« unerwünschte politische Kontroversen in Lateinamerika vermieden werden sollten.⁹⁵ Die Gewichtung von Gesundheit und Familienplanung gegenüber Bevölkerungskontrolle war jedoch stets Verhandlungsprozessen unterworfen: Ökonomisch ausgerichtete, zumeist soziologisch oder demografisch sozialisierte Bevölkerungsexperten und -expertinnen schrieben der Verbreitung hormoneller und intrauteriner Verhütungsmittel ein gesellschaftsveränderndes Potential zu. In der Antibabypille und der »Spirale« sahen die führenden Bevölkerungsstrategen und -strateginnen

92 Zum PUMAR-Programm vgl. Bossert, Sustainability of U.S. Government, 1987, S. 7. Zum Malaria-programm in Guatemala: Center for Disease Control: *U.S. Assisted Malaria Eradication Programs, Summary Report*, Atlanta May 1970, S. 23ff. Als Gründe für die Absetzung der Förderung gab das Zentrum eine steigende Resistenz des Vektors gegenüber DDT an, nannte aber auch die Mobilität der guatemalteckischen Bevölkerung, kaputte Häuser, Widerstand gegen das Programm sowie dessen starke Zentralisierung als Motive, um das Programm abzusetzen. Zu Malariakampagnen und der Frage, wie deren »Erfolg« zu bewerten ist, siehe auch: Packard, *History of Global Health*, 2016, S. 174.

93 Vgl. *Health Activities (ca. 1970)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 6, Folder Health & Sanitation (General Correspondence). Die Annahme, dass Malariakampagnen zu einem Bevölkerungsanstieg geführt hatten, war in der internationalen Bevölkerungsdebatte weit verbreitet. Vgl. Dörnemann, *Die Bevölkerungsexplosion in Kenia*, 2015, S. 60.

94 Vgl. *Guatemala, Estimation of AID expenditures for Population/Family Planning Activities during FY 1968 (3.5.1967)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Executive Office, Central Subject Files, Container 17, Folder Population Growth Control, FY 65.

95 Vgl. *Edgar Berman, Action Program-Population (11.5.1964)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 1, Folder Population Growth Control.

in den 1960er Jahren als einfaches medizinisches Mittel, ähnlich einer Impfung, welches die ›Bevölkerungsexplosion‹ schnell entschärfen könne. Gesundheitsexperten und -expertinnen, besonders die Pan American Health Organisation (PAHO), fremdelten allerdings mit diesem bevölkerungspolitischen Ansatz, den sie eher als ›technische‹ Angelegenheit betrachteten.⁹⁶ Der damalige Direktor der PAHO, Charles Williams, sprach sich gegen die weit verbreitete Annahme aus, dass mit der richtigen Familienplanungsformel, also das ›richtige‹ Verhütungsmittel, das reproduktive Verhalten von Familien geändert werden könne. Auch lehnte er Zielvorgaben in Form der Anzahl an Verhütungsmittelnutzerinnen ab. Stattdessen plädierte er für einen »integralen« Familienplanungsansatz, bei dem Familienplanung als Gesundheitsmaßnahme für Familien fungieren sollte.⁹⁷

Die leitenden Gesundheitsexperten der Public-Health-Abteilung in Guatemala bewegten sich zwischen diesen beiden Ansätzen: Einerseits blieb der gesundheitszentrierte Familienplanungsansatz bei den USAID-Mitarbeitenden in Guatemala unangefochten. Für James King und Donald MacCorquodale, beides Mediziner, stand somit außer Frage, dass neu verfügbare Verhütungsmittel als integraler Bestandteil von Mutter-Kind-Gesundheit angeboten werden sollten.⁹⁸ Vorschläge wie der eines Peace-Corps-Angestellten in Guatemala, dass Familienplanung auch ohne Gesundheitsdienste angeboten werden könnte, fanden keinen Anklang bei den beiden USAID-Ärzten.⁹⁹ Andererseits sahen sie sich jedoch verpflichtet, Zielvorgaben zu erfüllen und die Anzahl an Verhütungsmittelnutzerinnen zu erhöhen. In diesem Spannungsfeld waren die USAID-Experten und -Expertinnen im großen Maße vom Gesundheitssektor abhängig, der in Guatemala jedoch kaum funktionierte. Chronische Unterfinanzierung, Personalmangel und eine schlechte Qualität der Gesundheitsversorgung waren Hürden, die im Sinne einer Familienplanungspolitik überwunden werden mussten. Als selbstverständliche Allianzpartner galten in diesem Zusammenhang guatemalteckische Ärzte und Ärztinnen, denen die Aufgabe zufiel, Antibabypillen zu verschreiben und Spiralen einzusetzen. Dabei ergaben sich jedoch bald Probleme: Wie der Ford-Foundation-Mitarbeiter Julian Samora angab, arbeiteten Mitte der 1960er Jahre lediglich 1.200 Ärzte und Ärztinnen in Guatemala, allein 800 in der Hauptstadt.¹⁰⁰ Das große Stadt-Land-Gefälle, ein zentrales Charakteristikum vieler Länder des globalen Südens, zeigte sich in Guatemala also

96 Zu dem Spannungsfeld zwischen Familienplanung und Gesundheit und der Haltung US-amerikanischer Bevölkerungsexperten und -expertinnen siehe Connelly, *Fatal Misconception*, 2008, S. 200f. Zu PAHO und Familienplanung siehe Cueto, Marcos; Palmer, Steven Paul: *Medicine and Public Health in Latin America. A History*, New York: Cambridge University Press 2015, S. 194.

97 *Third Regional Meeting of International Agencies assisting in the Field of Population in Central America and Panama, December 1-2, 1969, Guatemala*: NACP, RG 286, USAID M. GUA., Office of the Director, Subject Files, Container 5, Folder Population Growth Control.

98 Vgl. James King, *Meeting with the Minister of Health (19.5.1970)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Container 4, Folder Memorandum to the Records.

99 Thomas C. Hunt, *Recommendations by Dr. Behrhorst to Dr. King and Dr. Hunt (Sept. 1968)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Container 3, Folder Thomas C. Hunt Correspondence, FY 70.

100 Julian Samora, *Population Central America (31.7.1967)*: BLA, JS, III. Activities and Organizations, 1966-1985, Population Program – Central America – General, 1966-1968, Box 69, Folder 5, S. 9.

in verschärfter Form. Zugleich attestierte Donald MacCorquodale dieser Berufsgruppe ein großes Desinteresse am ›Bevölkerungsproblem‹.¹⁰¹

Um diese Probleme zu lösen und ein Familienplanungsprogramm in Gang zu setzen, bediente sich der USAID-Experte ungewöhnlicher Maßnahmen: Statt auf Ausbildung und Information zu setzen, griff er mit dem Start des Familienplanungsprogramms 1967 auf ein ›Prämiensystem‹ zurück, das Ärzte und Ärztinnen sowie Krankenschwestern an Familienplanung binden sollte.¹⁰² Damit reagierte er auch auf die Forderungen des guatemaltekischen Gesundheitsministeriums, welches sich von den Prämien eine Aufbesserung des mageren Ärztegehaltes erhoffte. In dem chronisch unterfinanzierten staatlichen Gesundheitssystem war Gesundheitspersonal, besonders in den ländlichen Gesundheitszentren, nur halbtags angestellt und erhielt einen Lohn von 300 Quetzales, der nur knapp über dem durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen von 248 Quetzales lag. Gegenüber der Eröffnung einer privaten Praxis in der Hauptstadt oder einer Tätigkeit an der öffentlichen Universität, beides sehr viel profitabler und prestigeträchtiger, war die Tätigkeit im staatlichen Gesundheitssystem und dazu noch auf dem Land unattraktiv.¹⁰³

Dieses ›Prämiensystem‹ sollte den zeitlichen Mehraufwand kompensieren und war schlussendlich ein kurzfristiger, kaum durchdachter Lösungsversuch, der die tiefer liegenden strukturellen Probleme nicht lösen konnte. Dem monetären Anreizsystem lag dabei eine ökonomisch-mathematische Denkweise zugrunde, bei der Prämien für jede neue Patientin ausgezahlt wurden, die entweder die Antibabypille verschrieben oder eine Spirale eingesetzt bekam. Nur wer die volle ›Quote‹ von 26 Neupatientinnen pro Monat erreichte oder überschritt, erhielt die ›Gesamtprämie‹ von 65 Quetzales (65 US-Dollar), wurde diese nicht oder nur halb erfüllt, wurden die Zahlungen entsprechend reduziert.¹⁰⁴ Die Quoten basierten auf den mathematischen Kalkulationen Donald MacCorquodales, der annahm, dass Ärzte und Ärztinnen pro Stunde bis zu vier Patientinnen behandeln könnten, wenn Krankenschwestern die Krankengeschichte aufnahmen. Verständnis- und Sprachprobleme wurden ebenso wenig bedacht wie eine Aufklärung über gesundheitliche Risiken oder auch Ängste der Patientinnen vor einem medizinischen Eingriff wie bei der Spirale. Medizinische Nachuntersuchungen wurden zwar entlohnt, jedoch zu einem deutlich geringeren Betrag als die Erstbehandlung.¹⁰⁵ Damit wurde im Prämienprogramm medizinisches Handeln im Bereich der Familienpla-

101 Donald MacCorquodale, *Family Planning Program – AID to Circular* (3.11.1967): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Container 1, Folder Population Growth.

102 Ökonomische Anreizsysteme für Patienten und Patientinnen waren in den 1960er und 1970er Jahren nicht selten, beispielsweise im indischen Kontext, wo Familien ein Geldbetrag für Sterilisationen gezahlt wurde. Anreizsysteme für medizinisches Personal sind dagegen weniger bekannt.

103 Vgl. ebd. Zu den Berufsmöglichkeiten haben die von der Autorin interviewten guatemaltekischen Ärzte Auskunft gegeben.

104 Vgl. MacCorquodale, Donald W.: »Analysis of a Family Planning Program in Guatemala«, in: *Public Health Reports*, 85, 7, 1970, S. 570-574, hier: S. 570ff.; James C. King an Rodolfo Estrada Avalos (13.1.1969): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 3, Folder Population Growth Control (Family Welfare Association). Die Ärzte, Ärztinnen und Krankenschwestern sollten mindestens vier Arbeitsstunden pro Woche für Familienplanung aufwenden.

105 Vgl. ebd.

nung als rein technokratischer, beziehungsweise, im Falle der Spirale, als rein mechanischer Akt konzeptualisiert, während die soziale Dimension medizinischer Arbeit in die Bereiche von Krankenschwestern, Gesundheitspromotoren und -promotorinnen sowie Sozialarbeiterinnen ausgelagert wurde und auch negative gesundheitliche Folgen billigend in Kauf genommen wurden. Gleichzeitig kommt eine in den 1960er Jahren übliche entwicklungs- und gesundheitspolitische Metrik zum Vorschein, die sich auf einfache Messkriterien stützte.¹⁰⁶ Die Anzahl an vergebenen Verhütungsmitteln galt dabei als leichter mess- und überprüfbar als eine angemessene, individualisierte Gesundheitsberatung. Zweifelsohne begünstigte das Prämiensystem einen Umgang mit Familienplanung, der sich vorrangig an der massenhaften Verbreitung von Verhütungsmitteln orientierte und bei dem das gesundheitliche Wohlergehen guatemaltekischer Frauen einer Bevölkerungskontrolle untergeordnet wurde.

Die Annahme, dass ökonomische Anreize die Verhaltensweisen guatemaltekischer Ärzte und Ärztinnen verändern konnten, bestätigte sich zunächst. Falls diese oder das Pflegepersonal grundsätzliche Bedenken gegenüber dem Prämiensystem und Familienplanung hatten, so artikulierten sie diese nicht oder stellten sie gegenüber den ökonomischen Vorteilen zurück. Das ökonomische Anreizsystem schuf jedoch eine Erwartungshaltung, die der USAID-Bevölkerungsbeauftragte Donald MacCorquodale nicht einkalkuliert hatte. In Zuge der Versuche, das Familienplanungsprogramm in die Strukturen des guatemaltekischen Gesundheitsministeriums zu integrieren, wurden die Prämien zunächst ausgesetzt und dann von 2,50 auf 2 Quetzales gesenkt. Mit dieser Änderung brach ein wahrer Proteststurm bei den betroffenen Ärzten und Krankenschwestern in den ländlichen Gesundheitszentren aus: Im Januar 1969 weigerten sich die meisten Ärzte und Krankenschwestern, weiterhin am Familienplanungsprogramm teilzunehmen und schickten die versendeten Verhütungsmittel wieder zurück an die USAID.¹⁰⁷ Doch damit nicht genug: Sie reisten zudem in die guatemaltekische Hauptstadt, um dort gegen die Änderungen zu protestieren und machten ihren Unmut in Beschwerdebriefen an die US-amerikanische Entwicklungshilfeorganisation und die Aprofam Luft. Darin kritisierten diese, dass die Zahlungen in keinerlei Relation mit den geleisteten Tätigkeiten stünden, die Zeitberechnungen für die Betreuung unrealistisch und sie somit beim Abschluss der Verträge von falschen Voraussetzungen ausgegangen seien.¹⁰⁸ Wie wichtig offenbar der ökonomische Faktor und die Arbeitsbedingungen waren, wird am Brief von Oscar O. Gutiérrez Ortíz, Leiter der Gesundheitsregion Quetzaltenango deutlich, in dem er sich beklagte, dass er statt der versprochenen 60 Quetzales nur 57 Quetzales erhalten habe. Die neue Regelung, so argumentierten Gutiérrez Ortíz und seine Kollegen, würde deshalb »die Würde des Arztes gravierend verletzen und die Profession als solche auf die Fähigkeit als Kaufleute herabsetzen.«¹⁰⁹

106 Vgl. zum Thema Metrik und internationale Gesundheitspolitik den Sammelband Adams, Vincanne (Hg.): *Metrics. What Counts in Global Health*, Durham, London: Duke University Press 2016.

107 Vgl. Thomas C. Hunt, *Six Monthly Report (Feb. 1969)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Container 3, Subject Files, Folder Thomas C. Hunt Correspondence.

108 Bspw. *Conrado Balcárcel Lebes an Estrada Avalos (28.1.1969)*; *Oscar O. Gutiérrez Ortíz an Sr. Médico Supervisor, Aprofam (29.1.1969)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 3, Folder Population Growth Control (Family Welfare Association).

109 Ebd.

Da die guatemalteckische Familienplanungsorganisation für die Auszahlung dieser Prämien zuständig war und offenbar versäumt hatte, transparent über Änderungen und Bedingungen des Bonusprogramms aufzuklären, geriet sie besonders ins Fadenkreuz der Kritik. Guatemalteckische Ärzte und Ärztinnen warfen ihr erzürnt »Gaukelei« und »Diebstahl« vor.¹¹⁰

Wie aus den Briefen deutlich hervorgeht, ging es bei diesen Hinweisen auf das medizinische Ethos nicht etwa um das gesundheitliche Wohl der Patientinnen, die Legitimität von Familienplanung in Guatemala oder die Rolle der Aprofam, sondern um Gehälter und die ökonomischen Bedingungen medizinischen Handelns. So schätzte zumindest der spätere Bevölkerungsbeauftragte James King die Situation ein, der vermutete, dass es im Kern um ein angemessenes Gehalt ging, das vom guatemalteckischen Staat gezahlt werden sollte.¹¹¹ Mit der Prämienreduzierung hatten die Verantwortlichen der USAID, der Aprofam und des guatemalteckischen Gesundheitsministeriums einen neuralgischen Punkt der guatemalteckischen Medizinerschaft getroffen: Seit 1968 hatte es intensive politische und innerprofessionelle Diskussionen über faire Arbeitsbedingungen, über den so genannten *brain drain* – die Abwanderung von qualifiziertem (medizinischen) Personal ins Ausland –, die Qualität von medizinischer Lehre und Forschung sowie die Verantwortung des guatemalteckischen Staates gegeben. Diese Streitthemen boten in den Jahren 1969 und 1970 auch immer wieder Anlass für Medizinerstreiks, wobei der »Familienplanungsstreik« den Auftakt bildete. Im Frühjahr 1969 streikte die medizinische Fakultät, forderte höhere Löhne und bessere Arbeitsbedingungen und kritisierte die weltweit ungleiche Ressourcenverteilung.¹¹² Nachdem die guatemalteckische Regierung die Forderung nach einem höheren Etat ablehnte, legten Medizinstudierende in Solidarität mit den Dozierenden ihre Arbeit in den Kliniken nieder.¹¹³ Guatemala war kein Einzelfall: Auch in Mexiko, so hat Gabriela Soto Laveaga gezeigt, war es einige Jahre zuvor zu ganz ähnlichen Protesten gekommen.¹¹⁴ Der *brain drain* war angesichts der Proteste auch ein Thema, das den amtierenden Gesundheitsminister Asturias Valenzuela intensiv beschäftigte. Im Gespräch mit US-amerikanischen Ge-

110 Ebd.

111 Vgl. James King, *Meeting with the Minister of Health on May 18, 1970* (19.5.1970): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Container 4, Folder Memorandum to the Records.

112 Zu den Argumenten der medizinischen Fakultät siehe den Protestbrief der Dozierenden, der am 13. März beim Dekan Julio de León Méndez einging: *Acta No.729* (14.3.1969): Archivo de la Facultad de Ciencias Médicas (AFM), Actas de la Junta Directiva 1966-1970.

113 Siehe unter anderem »Decretan paro en la facultad de medicina«, in: *El Gráfico* (2.7.1969); »Suspenden clases en la facultad de medicina«, in: *El Gráfico* (8.7.1969). Die regierungsnahe Presse Guatemalas nutzte diesen »studentischen Ungehorsam«, um staatliche Repression zu legitimieren. »Derartige Proteste« zögen militärische Interventionen und autoritäre Regime unweigerlich nach sich, so die Tageszeitung *La Hora*. Vgl. Acuña, Augusto: »Huelga de estudiantes en hospitales puede traer muy malas consecuencias«, in: *La Hora* (10.7.1969).

114 Sie hat untersucht, wie die Ärztebewegung ihre Forderungen nach besseren Löhnen und Arbeitsbedingungen bald auch auf soziale Gerechtigkeit und gesundheitliche Versorgung für alle Mexikaner und Mexikanerinnen ausweitete. Die mexikanische Regierung ließ daraufhin viele Ärzte und Ärztinnen geheimdienstlich überprüfen. Vgl. Soto Laveaga, Gabriela: »Médicos, hospitales y servicios de inteligencia. El movimiento médico mexicano de 1964-1965 a través de reportes de inteligencia«, in: *Salud colectiva*, 7, 1, 2011, S. 87-97.

sundheitsexperten der Rockefeller-Delegation, die das Land im Mai 1969 besuchten, forderte er deshalb von den USA eine gesetzliche Regelung, die guatemaltekische Gesundheitsfachkräfte davon abhalten sollte, nach ihrem Auslandsstudium weiter in den USA zu arbeiten.¹¹⁵ Dabei manifestiert sich wiederum das starke Bedürfnis nach nationaler Eigenständigkeit – Guatemala sollte aus eigener Kraft, mit eigenem Fachpersonal aufgebaut werden.

Für das Familienplanungsprogramm in Guatemala hatten diese Konflikte erhebliche Folgen, denn in direkter Folge des ›Familienplanungsstreiks‹ sank die Anzahl an ›Neubehandlungen‹ rapide, wie Thomas C. Hunt in einem Bericht angab.¹¹⁶ Erst als die USAID und das guatemaltekische Gesundheitsministerium zusagten, die Prämienzahlungen für ein Jahr zu verlängern, nahmen staatliche Gesundheitsangestellte ihre Arbeit wieder auf. Zudem beschädigte das Prämienprogramm die Außendarstellung von Familienplanung. Wie Santiso Gálvez später angab, habe das Prämienprogramm den Widerstand gegen das Familienplanungsprogramm allgemein befeuert und oppositionelle Gruppen hätten die Gelegenheit genutzt, die Regierung Méndez Montenegros in der Presse zu diskreditieren.¹¹⁷ Das Thema dominierte auch die Gespräche zwischen den drei verantwortlichen Organisationen in den Jahren 1969 und 1970. James King und der stellvertretende Gesundheitsminister Carlos Gallardo hielten nur wenig vom Prämienprogramm MacCorquodales, da es eine Eingliederung der Familienplanungsaktivitäten in die allgemeine Gesundheitsversorgung im Land verhinderte. Ein Ersatz der Zusatzzahlungen durch höhere Löhne, wie er den Ärzten, Ärztinnen und Krankenschwestern ursprünglich versprochen wurde, war laut den Verantwortlichen jedoch ebenso wenig eine Option wie die Weiterzahlung der Prämien. Die Frage war nur, zu welchem Zeitpunkt eine Absetzung angesichts des anstehenden politischen Wechsels im Jahr 1970 den geringsten Schaden anrichten würde. So resümierte James King resigniert im Mai 1970:

It is quite obvious that this is a really critical issue and one which I have been wrestling with ever since I inherited the whole concept of overpayments from my predecessor. [...] No matter what solution we take, there will be a problem to the program somewhere along the line. In summary, this is a hell of a mess.¹¹⁸

Guatemaltekische Ärzte und Ärztinnen wurden somit zunehmend als Problemgruppe und Hindernis für das Familienplanungsprogramm ausgemacht. Dabei gab es nicht nur Konflikte bei der Bezahlung, sondern auch bei der Einbindung neuer Berufsgruppen:

-
- 115 Der New Yorker Senator bereiste Ende der 1960er Jahre zahlreiche lateinamerikanische Länder, wo er oftmals mit Protesten seitens antiimperialistischer Gruppen empfangen wurde. Vgl. Capello, Ernesto: »Latin America Encounters Nelson Rockefeller. Imagining the Gringo Patrón in 1969«, in: Stites Mor, Jessica (Hg.): *Human Rights and Transnational Solidarity in Cold War Latin America*, Madison: The University of Wisconsin Press 2013, S. 48–73.
- 116 Vgl. Thomas C. Hunt, *Six Monthly Report (Feb. 1969)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Container 3, Folder Thomas C. Hunt Correspondence.
- 117 Vgl. Santiso Gálvez et al., *Guatemala: Pioneering Days*, 2007, S. 144.
- 118 James King, *Meeting with the Minister of Health on May 18, 1970 (19.5.1970)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 4, Folder Memorandum to the Records, Public Health Office.

Krankenschwestern und insbesondere weibliche Fachkräfte der Sozialen Arbeit schrieben die USAID-Experten und -Expertinnen gerade im Hinblick auf den diagnostizierten Ärztemangel eine große Bedeutung zu. Krankenschwestern sollten beispielsweise das Einsetzen von Spiralen übernehmen, während Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen leitend-koordinierende Aufgaben übertragen wurden. Guatemalteckische Ärzte und Ärztinnen standen diesen Veränderungen skeptisch gegenüber und versuchten ihre Autorität in als genuin medizinisch verstandenen Aufgabenbereichen zu untermauern.¹¹⁹ Diese inner- und interprofessionellen Verschiebungen waren auch Thema beim ersten Familienplanungsorientierungsprogramm für medizinisches Personal im Juli 1969, bei dem die Rolle der Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen kritisiert wurde. Diese disziplinären Konflikte und nicht religiöse oder politische Einstellungen waren laut der Mission to Guatemala der USAID auch der Grund dafür, warum beteiligte Mediziner und Medizinerinnen das neue Familienplanungsprogramm ablehnten.¹²⁰

Die ökonomischen Bedingungen medizinischen Handelns, die Diskussionen über eine medizinische Reform und *brain drain* fanden bei US-amerikanischen Entwicklungsexperten und -expertinnen durchaus Beachtung. Donald MacCorquodale zog aus dem desaströs verlaufenden Prämiensystem seine ganz eigenen Lehren und forderte 1968 eine »Humanisierung« der guatemalteckischen Medizin, bei der junge Ärzte und Ärztinnen zu »bewussten Mediziner« erzogen werden sollten. Einzig in einer umfassenden Reform sah der Bevölkerungsbeauftragte den Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und für die Verbreitung von Familienplanung in Guatemala.¹²¹ Sein Nachfolger James King setzte dagegen erneut auf kurzfristige Lösungen, um Familienplanung im Land zu verbreiten.¹²² Ab 1969 finanzierte die USAID ein Ausbildungszentrum für »praktische Krankenschwestern« in Mazatenango, das zwar auch die Verbesserung der Basisgesundheitsversorgung zum Ziel hatte, aber in erster Linie eine schnellere Verbreitung moderner Kontrazeptiva ermöglichen sollte. James King erklärte hierzu: »hence what we can produce and produce fairly rapidly and relatively inexpensively are practical nurses. I made it quite clear that our interest in this was related to family planning«.¹²³ Kings Aussage verdeutlicht, wie sehr US-amerikanische Gesundheitsexperten und -expertinnen an kurzfristigen, ökonomisch

119 Thomas C. Hunt, *Field Report Jutiapa, Jalapa* (9.5.1969); Thomas C. Hunt, *Field Trip, Jutiapa und Jalapa* (6./7.5.1969): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files Container 3, Folder Thomas C. Hunt Correspondence FY 70.

120 Vgl. James King, *Doctors' Orientation Program – July 18-19, 1969* (23.7.1969): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 4, Folder Memorandum to the Records.

121 Vgl. Donald MacCorquodale an Arthur J. Rubel (9.7.1968): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 3, Folder Population Centers.

122 Vgl. James King, *Trip Report to Totonicapán, San Marcos y Momostenango* (13.2.1970): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 4, Memorandum for the Records FY 70. King hob Krankenschwestern immer wieder lobend hervor. Ärzte und Ärztinnen waren dagegen laut den USAID-Beschreibungen immer wieder auf Reisen, krank oder aus anderen Gründen verhindert.

123 James King, *Meeting with Sor Elizabeth* (May 18, 1970): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 4, Memorandum for the Records, FY 70.

rentablen Modellen interessiert waren, die schnelle Lösungen hervorbrachten.¹²⁴ King teilte damit die Auffassung seiner Vorgesetzten, dass dem Bevölkerungswachstum möglichst schnell begegnet werden müsse – und zwar durch die Verbreitung von Verhütungsmitteln.

Dass sich Familienplanung innerhalb der USAID in Guatemala in den 1960er Jahren zu einem fast dogmatischen Lösungsansatz entwickelte, wird auch an den zahlreichen Berichten deutlich, die James King und sein Berater Thomas C. Hunt von ihren Reisen in die ländlichen Gesundheitsregionen anfertigten. Um die Implementierung des Programms zu überwachen, besuchten sie zahlreiche ländliche Gemeinden, wo sie vorwiegend mit guatemalteakischem Gesundheitspersonal in Kontakt kamen und, wenn auch selten, einen Einblick in die Lebenswelten ländlicher guatemalteakischer Familien erhielten. Obwohl sie dabei auch mit den gravierenden Gesundheitsproblemen im Land wie Mangelernährung, parasitären und infektiösen Erkrankungen in Berührung kamen, führten diese Begegnungen nicht zu einem Hinterfragen des Familienplanungsansatzes. Zu seinem Besuch in Jalapa hielt Thomas C. Hunt beispielsweise fest: »First-hand contact with worn-out, harried-looking women carrying malnourished children rekindles ones [sic!] motivation to provide family planning services.«¹²⁵ An dieser seltenen Momentaufnahme manifestiert sich ein tiefer Glaube an die Möglichkeiten moderner Kontrazeptiva, denen eben auch das Potential zugeschrieben wurde, Guatemalas Gesundheitsprobleme zu lösen. Hunt sah somit das bestätigt, was weltweit über populäre und wissenschaftliche Medien verbreitet wurde und Menschen, Organisationen und Gelder in den 1960er Jahren in Aktion versetzte: die Vorstellung von armen, unterernährten, kinderreichen Familien in der ›Dritten Welt‹, deren sehnlichster Wunsch es war, ihre Kinderzahl zu regulieren. Auch angesichts anderer, komplexer Gesundheitsprobleme im Land büßte Familienplanung bei den USAID-Experten und -Expertinnen somit nicht an Legitimität und Relevanz ein.

Nichtsdestotrotz war Familienplanung auch stets mit anderen Gesundheitsmaßnahmen verknüpft beziehungsweise lässt sich sogar als impulsgebend für diese bezeichnen, gerade im Hinblick auf Frauen- und Kindergesundheit. Um Familienplanung als integralen Bestandteil von Mutter-Kind-Gesundheit zu fördern, sollten Gesundheitspromotoren beispielsweise das vom zentralamerikanischen Ernährungsinstitut entwickelte Nahrungsergänzungsmittel Incaparina verbreiten und Milchbanken zur Ernährung von Säuglingen bereitstellen.¹²⁶ Große Bedeutung wurde in Guatemala zudem, wie auch in anderen lateinamerikanischen Staaten, der Verbreitung von obligatorischen Papanicolaou-Tests zugeschrieben, womit Gebärmutterhalskrebs frühzeitig

124 Auf die hier erkennbare »Socialization for Scarcity« haben Harvard-Forscher und Forscherinnen aufmerksam gemacht. Siehe Greene, Jeremy et al.: »Colonial Medicine and Its Legacies«, in: Farmer, Paul et al. (Hg.): *Reimagining Global Health. An Introduction*, Berkeley: University of California Press 2013, S. 33-74, hier: S. 61.

125 Thomas C. Hunt, *Field Trip, May 6 and 7, 1969 to Jutiapa y Jalapa* (9.5.1969): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 3, Folder Thomas C. Hunt Correspondence.

126 Vgl. *Meeting, Office of Callardo* (11.7.1969): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 4, Folder Memorandum to the Records.

diagnostiziert werden sollte.¹²⁷ Mit Familienplanungsgeldern wurden guatemalteki-sche Gesundheitskräfte in den nötigen Labortechniken geschult und ein Zytologiezen-trum am guatemalteki-schen Roosevelt-Krankenhaus eingerichtet, das in den frühen 1970er Jahren als Ausbildungszentrum für Personen aus ganz Zentralamerika diente. An diesen Initiativen hatte die Aprofam einen entscheidenden Anteil, deren Angestellte sich für die ›Pap-Tests‹ besonders einsetzten.¹²⁸

Obschon die Einführung dieser Maßnahmen stets mit dem Anliegen verknüpft war, Familienplanung populärer zu machen, und fraglich bleibt, inwieweit diese Initiativen in der Praxis erfolgreich waren, so wird doch deutlich, dass ein gesundheitszentrierter Ansatz von Familienplanung in Guatemala in den 1960er Jahr breit vertreten war und bevölkerungspolitische Initiativen nachhaltige – gewollte und ungewollte – Auswirkungen auf diesen Sektor in Guatemala hatten. Die unterschiedlichen, oftmals konflikt-reichen Versuche, Familienplanung in den Gesundheitssektor zu integrieren, standen dabei oftmals in engem Zusammenhang mit dem Bestreben, die ländliche Bevölke-rung Guatemalas, die als wichtige Zielgruppe ausgemacht wurde, mit modernen Ver-hütungsmitteln zu versorgen. Die Etikettierung bestimmter Bevölkerungsgruppen als Problemgruppen und die Auseinandersetzung von Familienplanern und -planerinnen mit einem multiethnischen, multikulturellen Guatemala stehen im nächsten Abschnitt im Vordergrund.

5.4 Familienplanung und Ethnizität

Mit dem 1967 initiierten Familienplanungsprogramm sollten Verhütungsmittel auch einer ländlichen Bevölkerung zur Verfügung gestellt werden. Dies war ein durchaus ambitioniertes Projekt, denn 1964 lebten laut Zensus rund 2.700.000 Guatemalteken und Guatemaltekinen von einer geschätzten Gesamtbevölkerung von 4 Millionen in Kleinstädten und Dörfern, die mitunter schwer zugänglich waren und die kaum über Gesundheitsdienste verfügten.¹²⁹ Die Lebenswelten der guatemalteki-schen Landbevöl-kerung waren dabei sehr unterschiedlich: Während afrikanische und britische Einflüsse an der Karibikküste das Zusammenleben prägten, lebten im westlichen und mittleren Hochland viele Familien, die sich unter anderem als Tz'utujil, Kaqchikel oder K'iche'

127 Vgl. auch Necochea López, *A History of Family Planning*, 2014, S. 92; 110. Zur Geschichte der ›Pap-Abstriche‹ siehe Löwy, Ilana: »Cancer, Women, and Public Health. The History of Screening for Cervical Cancer«, in: *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 17, 2010, S. 53-67.

128 Zu dem Zytologieinstitut am Hospital Roosevelt, das erst von USAID/Guatemala und dann von ROCAP und dem nationalen Krebsinstitut gefördert wurde, siehe u.a. *Frederick Vintinner an Alfred Ravelli, Regional Training Facility in Cytology (2.3.1970)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Office of the Director, ROCAP Programs, Container 5, Folder Population Growth Control, FY 70; *Oliver L. Sause an Richard Prindle (19.11.1971)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Office of the Director, ROCAP Programs, Container 10, Folder Population Growth Control, FY 73. Zur Aprofam und dem ›Zytologieprojekt‹ siehe NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 4. Folder Family Planning Association (Correspondence) FY 70 .

129 Vgl. Guatemala, Dirección General de Estadística (Hg.): *VII Censo de Población 1964*, Guatemala 1971. S. 24ff.

identifizierten.¹³⁰ Männer und Frauen aus den ländlichen Gemeinden des Hochlands arbeiteten zudem oft saisonal in den großen Kaffee- und Zuckerfincas, in denen sich wiederum ganz eigene Lebenswelten entfalteten. Wie Familienplaner und -planerinnen einem multikulturellen, -linguistischen und -ethnischen Guatemala begegneten, welche Bevölkerungsgruppen besonders in den Fokus rückten und welche Probleme beim Ausbau des Familienplanungsprogramms entstanden, soll hier ausgeführt werden.

Die nationale Familienplanungsorganisation Aprofam war in der guatemalteki-schen Hauptstadt verwurzelt, wo ihre leitenden Ärzte arbeiteten und erste Erfahrungen im Familienplanungsfeld sammelten. Ausgehend von diesem urbanen Kontext konzeptualisierten sie ein modernes Guatemala, in dem eine indigene Bevölkerung ebenso wenig repräsentiert war wie afroguatemalteki-sche Gruppen. Dies geht zumindest aus den Vorträgen hervor, welche die leitenden Ärzte in Guatemala und auf internationalen Familienplanungskonferenzen in den frühen 1960er Jahren hielten.¹³¹ Diese Beiträge zeigen, dass der Fokus dieser Ärzte zunächst auf die urbane Lebenswelt ausgerichtet war und ländlichen Familien erst dann Bedeutung zugeschrieben wurde, als sie ihre ursprünglichen Wohnorte verließen und in der Hauptstadt nach Arbeit suchten. Zog es Ende der 1950er Jahre sowohl ladinische als auch indigene Familien in die Hauptstadt, so wurden diese allgemein als ›ländliche Bevölkerung‹, ›Immigranten‹ und ›ländliche Massen‹ markiert. Somit ordneten diese Ärzte die guatemalteki-sche Gesellschaft vor allem nach sozialen Kriterien.

Besonders prägnant findet sich dieses soziale Ordnungsdenken in einem kurzen Vortrag wieder, den Roberto Santiso Gálvez 1964 bei der Konferenz der International Planned Parenthood Federation in Puerto Rico hielt. In seiner kleinen Gesellschafts-analyse ordnete er Guatemala nach sozialen Kategorien, wobei er die Mittel- und Ober-schicht in der Hauptstadt verortete.¹³² Die Unterschicht sah er indes im ländlichen Raum repräsentiert. Geburtskontrollpraktiken fungierten bei Santiso Gálvez als kultu-relle Unterscheidungsmerkmale, wobei er einer Unterschicht zuschrieb, nur Stillen als Verhütungsmethode zu kennen. Hatten US-amerikanische Anthropologen diese Verhü-tungsmethoden in den 1940er Jahren indigenen Familien zugeschrieben, so bleibt un-klar, inwieweit Roberto Santiso Gálvez diese Methode als spezifisch indigen begriff.¹³³ Wohl aber wird deutlich, dass die für modernisierungstheoretische Ansätze bedeuten-den soziokulturellen Ordnungskategorien, besonders die Stadt-Land-Dichotomie, die Wahrnehmung guatemalteki-scher Mediziner und Medizinerinnen auf ihr Land prägten. Multikulturalität und Multiethnizität hatten in der nationalen Repräsentation, die Santiso Gálvez 1964 entwarf, zunächst keinen Platz. Diese Sichtweise ging damit auch mit einer ›Unsichtbarmachung‹ der Probleme indigener Bevölkerungsgruppen einher.

130 Hier sind nur drei der 21 in Guatemala vertretenen unterschiedlichen Sprachgruppen genannt.

131 Vgl. Castillo Arenales, Enrique: »Guatemala. Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatema-la«, in: Excerpta Medica Foundation (Hg.): *Proceedings of the Seventh Conference of the International Planned Parenthood Federation, Singapore, February 10-16, 1963*, Amsterdam 1964, S. 672-675; Castillo Arenales, Planificación familiar, 1963; Federación Médica de Guatemala, Crecimiento demográfico, 1966.

132 Vgl. Santiso Gálvez, *Contraceptives as a Means*, 1964.

133 Vgl. zu den Verhütungsmethoden Paul, Benjamin D.: »The Life Cycle«, in: Tax, Sol (Hg.): *Heritage of Conquest. The Ethnology of Middle America*, Glencoe, Illinois: Free Press 1952, S. 174-193.

Die Gegenüberstellung von Stadt und Land und die damit einhergehende Unsichtbarmachung von Ethnizität war also nicht nur kennzeichnend für eine militärische Entwicklungsdoktrin, wie der guatemaltekeische Historiker Arturo Taracena festhielt, sondern allgemein für eine urban verwurzelte guatemaltekeische Oberschicht ein prägendes Denkmuster.¹³⁴

Mit dieser Sichtweise unterschied sich der guatemaltekeische Arzt allerdings grundlegend von den Deutungen des ersten USAID-Bevölkerungsbeauftragten Donald MacCorquodale, der 1966 gegenüber dem Soziologen und Ford-Foundation-Mitarbeiter Julian Samora erklärte, dass die indigene Bevölkerung das Land zum »Spezialfall« mache. Diesen Eindruck bestätigte auch der US-amerikanische Anthropologe John D. Early, der bei dem Gespräch anwesend war.¹³⁵ Humanitäres Interesse und entwicklungspolitisches Problemendenken ging bei diesen US-Amerikanern Hand in Hand: Sie identifizierten indigene Frauen und Männer als wichtige Zielgruppe von entwicklungs- und bevölkerungspolitischen Initiativen. Familienplanung, gemeinsam mit Bildungs- und Gesundheitsprogrammen, konzeptualisierten sie als humanitäre Maßnahme für eine Bevölkerungsgruppe, die laut Early von staatlichen Verantwortlichen stets ignoriert worden sei.¹³⁶ Zugleich machten sie indigene Frauen und Männer als potenzielle Störfaktoren für Familienplanungsprogramme aus, was sie unter anderem mit dem geringen Bildungsstand, einer isolierten Lebensweise und einer ablehnenden Haltung gegenüber allem Neuen und Unbekannten erklärten. Auch die Tatsache, dass in vielen Ortschaften kaum Spanisch gesprochen würde, verstanden die beiden US-Amerikaner im Hinblick auf den Ausbau eines nationalen Familienplanungsprogramms als Problem. Modernisierungshemmende Merkmale, die in internationalen Entwicklungsdiskussionen oftmals allgemein einer bäuerlichen Bevölkerung zugeschrieben wurden, projizierten sie in Guatemala zunächst auf indigene Bevölkerungsgruppen, wohingegen nicht-indigene Familien in diesem Szenario zunächst keinerlei Erwähnung fanden.¹³⁷ Ethnizität schrieben diese Experten und Expertinnen somit eine große Bedeutung zu.

Die »ethnische Komposition« der Gemeinden war auch ein Faktor, der 1967 mit Abschluss des Familienplanungsabkommens »Rural Community Leadership and Modernization« diskutiert wurde. Eine zentrale Zielvorgabe war dabei die Eröffnung von 20 Familienplanungskliniken außerhalb der Hauptstadt, für deren Auswahl die guatemaltekeische Aprofam zuständig war.¹³⁸ Mit der Erweiterung ihres Arbeitshorizonts rückte für die guatemaltekeische Familienplanungsorganisation also auch Ethnizität in den Blick, was durchaus in Kontrast zu ihren früheren Eindrücken stand und auf die Fluidität von Gesellschaftsbildern hinweist. Entscheidend für die Auswahl der Ortschaften,

134 Vgl. Taracena Arriola et al., *Etnicidad, estado y nación*, 2004, S. 75.

135 Saunders, *Central American Notes*, 16.-30.6. 1966).

136 Ebd.

137 Vgl. zu den Entwicklungsdebatten und -initiativen über bzw. für eine ländliche Bevölkerung und zur Wahrnehmung dieser als gefährliche, entwicklungshemmende Gruppe siehe Sackley, *The Village*, 2011; Cullather, *The War on the Peasant*, 2013, S. 192-208.

138 Vgl. *USAID, Changes and Corrections of Project Titles and Members, Effective July 1, 1970* (28.8.1969): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Program Office, Project Files, Container 17, Folder PRM Projects, FY 1970.

in denen Familienplanungskliniken eröffnet werden sollten, war für die guatemalte-
kischen Familienplaner und -planerinnen jedoch zunächst nicht Ethnizität, sondern
Praktikabilität, also Gesundheits- und Kommunikationsinfrastrukturen sowie Bevöl-
kerungszahlen.¹³⁹ Die Familienplaner und -planerinnen entschieden sich dazu, Verhü-
tungsmittel zunächst in Gesundheitszentren anzubieten, die zumindest in Ansätzen
über klinisches Personal und Gerätschaften verfügten. Mit der institutionellen Anbin-
dung von Familienplanung an den staatlichen Gesundheitsbereich gingen sie den einfa-
chen Weg, wobei Gesundheitszentren eben nur in den Klein- und Kommunalstädten zu
finden waren. Guatemalteckische Dörfer sollten stattdessen mit der Hilfe von Gesund-
heitspromotoren und -promotorinnen abgedeckt werden, doch dieses Gesundheitspro-
gramm war ineffektiv.¹⁴⁰ Obwohl die ländliche Bevölkerung als Zielgruppe ausgemacht
wurde, mied die für die Umsetzung zuständige Aprofam zunächst die Anstrengungen,
die mit der Arbeit in guatemalteckischen Dörfern verbunden waren. Sie hatte hierfür
auch schlichtweg keine Ressourcen und war auf die Hilfe von staatlichem Gesundheits-
personal angewiesen.

Damit lässt sich auch erklären, weshalb im indigen geprägten Quiché keine ›Fam-
ilienplanungsklinik‹ eröffnet wurde. In diesem schwer zugänglichen Gebiet war der
guatemalteckische Staat kaum existent, eine gesundheitliche Versorgung der Bewohner
und Bewohnerinnen wurde stattdessen von religiösen Organisationen übernommen.
Diese blinden Flecken in der ›Familienplanungslandkarte‹ interessierten die Verant-
wortlichen zu Beginn kaum, schließlich steckte das Programm zu diesem Zeitpunkt
noch in der initialen Erprobungsphase. Wie sehr die Sorge um Bevölkerungswachstum
und das Interesse an indigenen Gruppen allerdings den Blick auf die Aktivitäten im
ländlichen Raum bestimmte, zeigt sich an einem 1967 von Donald MacCorquodale ver-
fassten Bericht. In diesem hob er hervor, dass vier der neuen Familienplanungskliniken
in den »am schnellsten wachsenden Kommunalstädten Puerto Barrios, Escuintla, Retal-
huleu und Mazatenango« sowie acht in Gemeinden mit »hoher indigener Bevölkerung
lagen«.¹⁴¹

Indigenität galt zunächst als Störfaktor für die Verbreitung moderner Kontrazepti-
va, doch die Erfahrungen aus dem ›Feld‹ belehrten die Familienplaner und -plane-
rinnen in Guatemala bald eines Besseren. Donald MacCorquodale bemerkte, fast über-
rascht, »kein Anzeichen für ein größeres oder geringeres Interesse an Familienplanung
seitens Indianerfrauen gegenüber Nichtindianerfrauen«.¹⁴² Statt des »ethnischen Fak-

139 Vgl. *Aprofam, Reunión celebrada el día 8 de Mayo (8.5.1967)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Folder Population Growth Control (Family Welfare Organisation), FY 68.

140 Als Stadt galten laut dem Zensus von 1950 Ortschaften, die über mehr als 2.000 Bewohner verfügten. Bei Ansiedlungen, deren Bewohnerzahl zwischen 1.500 und 2.000 lag, war entscheidend, dass diese über eine Wasserversorgung verfügten. Die so genannten Gesundheitsposten, die in dem dreistufig gegliederten Gesundheitssystem Guatemalas für eine Basisversorgung in den Dörfern zuständig waren, wurden nicht mit eingebunden.

141 *Donald MacCorquodale, Family Planning Program – AID to Circular (3.11.1967)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 2, Folder Population Growth Control (Family Welfare Association), FY 68, S. 1.

142 Ebd., S. 4.

tors« identifizierte MacCorquodale bald die mangelnde Qualität der Gesundheitszentren und die Arzt-Patientinnen-Kommunikation als größte Stolpersteine für Familienplanung in Guatemala. Dieser Denkwandel lässt sich auch auf eine Evaluierung zurückführen, die im Sommer 1968 von dem USAID-Praktikanten Stewart Donaldson durchgeführt wurde.¹⁴³

Ziel dieser ersten Bewertung war es, durch Befragungen aufzuspüren, weshalb der Erfolg der Gesundheitszentren so unterschiedlich ausfiel. Bei Donaldson fanden soziale und ethnische Ordnungskriterien zusammen: Er griff dabei auf die Unterscheidungen »urban-ladinisch, ländlich-ladinisch, ländlich-indigen sowie ländlich-gemischt« zurück.¹⁴⁴ Wie hier deutlich erkennbar wird, wurde Indigenität ausschließlich in einem ländlichen Kontext verortet. Ließ Donaldson diese Einordnung unkommentiert, so deutet sie doch auf die in diesen Jahren weit verbreitete modernisierungstheoretische Annahme hin, dass indigene Personen mit der Migration in die Städte ihre indigene Identität »ablegen« würden.¹⁴⁵ Ländlichkeit und Indigenität gingen somit aus der Sicht dieser Familienplaner und -planerinnen eine enge Verknüpfung ein. Ähnlich wie MacCorquodale hatte Donaldson ein ausgeprägtes Interesse daran, die Haltung der indigenen Bevölkerung einzufangen. Zusätzlich zu den ersten Befragungen ließ er so noch weitere Befragungen mit indigenen Frauen durchführen. Die Studie zeigte dabei auf, dass sich die schlechte klinische Praxis und das Desinteresse des klinischen Personals an Familienplanung negativ auf die Rezeption des Programms bei der indigenen Bevölkerung auswirkten. In Sololá beispielsweise, einer mittelgroßen Stadt im Hochland, kannten laut Donaldson nur zwei der befragten 20 indigenen Frauen das Familienplanungsprogramm.¹⁴⁶

Auf Grundlage dieses Berichts und seiner eigenen Erfahrungen machte MacCorquodale bald die apathisch ablehnende Haltung der urbanen Mittel- und Oberschicht gegenüber indigenen Frauen und Männer als größtes Problem aus: Gegenüber den Ford-Foundation-Beratern David Burleson und Arthur Rubel berichtete er von dem großen Andrang auf Informationsveranstaltungen zu Familienplanung in indigenen Gemeinden, die jedoch deshalb nicht stattfinden könnten, da die dafür zuständigen Ärzte und Ärztinnen nicht erschienen.¹⁴⁷ Auch seien indigene Patientinnen, so gab MacCorquodale gegenüber Rubel an, Diskriminierung und einer groben Behandlung durch den Arzt ausgesetzt und würden deshalb nicht zu den Nachuntersuchungen erscheinen. Auch die obligatorischen gynäkologischen Untersuchungen und die Abnahme eines Abstrichs zur Früherkennung von Gebärmutterkarzinomen würden laut MacCorquodale

143 *Steward Donaldson, Report on Study of Guatemalan Family Planning Program (ca. Aug. 1968):* NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 3, Folder Population Growth Control (Family Welfare Association), FY 69.

144 Vgl. ebd., S. 4.

145 In Guatemala erhielt diese Annahme einen eigenen Namen, nämlich »Ladinisierung«, siehe hierzu Kap. 2.3.

146 *Steward Donaldson, Report on Study of Guatemalan Family Planning Program (ca. Aug. 1968):* NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 3, Folder Population Growth Control (Family Welfare Association), FY 69, S. 5.

147 Vgl. *Noel-David Burleson, The School and Population Concern in Latin America, A Ten Country Report (Jan. 1967):* RAC, FF, Catalogued Reports, Box 308, S. 6.

nur unregelmäßig durchgeführt.¹⁴⁸ Kurzum, nicht einer ›indigen‹ geprägten Lebensweise, sondern der Interaktion zwischen dem Klinikpersonal und seinen Patientinnen schrieb der Gesundheitsexperte eine große Bedeutung zu.

Für diesen Denkwandel war auch der Kontakt zum US-amerikanischen Medizinanthropologen Benjamin D. Paul wichtig. Dessen Erfahrungen schienen für MacCorquodale auch wichtiger zu sein als die Überlegungen internationaler Bevölkerungsstrategen und -strateginnen, auf die sich der USAID-Mitarbeiter nur selten bezog. Paul leitete ›Don‹, wie MacCorquodale oftmals genannt wurde, erste Informationen zur Haltung indigener Frauen gegenüber Familienplanung weiter und machte ihn auf den diskriminierenden, herablassenden Umgang ladinischer Ärzte mit ihren indigenen Patienten und Patientinnen aufmerksam.¹⁴⁹ Diese Beobachtungen standen in Zusammenhang mit Pauls Fachgebiet: Er und seine Frau Lois werden zu den Pionieren einer angewandten Medizinanthropologie gezählt. Seit den 1940er Jahren hatte sich das Ehepaar Paul immer wieder mit der Frage beschäftigt, weshalb sich indigene Gemeinden Guatemalas mit Gesundheitsinnovationen so schwer taten.¹⁵⁰ Seinen Expertenstatus in dem Feld untermauerte Paul 1955 mit der Veröffentlichung des Sammelbandes *Health, Culture, and Community* in dem der damalige Harvard-Dozent die These vertrat, dass die Interaktionen oder besser gesagt die Kluft zwischen Gesundheitsfachkräften und Communities über den Erfolg beziehungsweise Misserfolg von Gesundheitsprogrammen entschied und deshalb die Bedürfnisse, Vorstellungen und Traditionen einheimischer Dörfer mit einbezogen werden müssten.¹⁵¹

Diese kritischen Überlegungen Pauls spiegelten sich auch in den Erklärungsansätzen von MacCorquodale wider, der die Verhaltensmuster seines eigenen Berufsstands als Problem ausmachte. Er sei, so gab er 1967 an seine Vorgesetzten weiter, »eher über die Qualität der angebotenen Dienste [...] besorgt, denn um eine schnelle Expansion von Familienplanungskliniken« in Guatemala.¹⁵² Die Ansicht, dass die Interaktion zwischen Arzt und Community bei der Implementierung von Familienplanungsprogrammen »ebenso entscheidend für deren Erfolg und Scheitern [sei] wie gesellschaftliche Faktoren«, vertrat ›Don‹ später zudem in zwei Aufsätzen, die er 1970 und 1972

148 Vgl. Donald MacCorquodale an Arthur Rubel (9.7.1969): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 3, Folder Population Centers, FY 69.

149 Ebd. sowie Saunders, Central American Notes, Oct. 1966.

150 Vgl. Adams, Walter R.; Hawkins, John P.: »Introduction. The Continuing Disjunction between Traditional and Western Medical Beliefs and Practices in Guatemala«, in: Adams, Walter R.; Hawkins, John P. (Hg.): *Health Care in Maya Guatemala. Confronting Medical Pluralism in a Developing Country*, Norman: University of Oklahoma Press 2007, S. 3-27, hier: S. 5.

151 Der junge, aufstrebende Soziologe J. Mayone Stycos steuerte zu diesem Band eine Feldstudie zur Bedeutung kultureller Faktoren für ›Familienplanung‹ in Puerto Rico bei. Stycos, J. Mayone: »Birth Control Clinics in Crowded Puerto Rico«, in: Paul, Benjamin D. (Hg.): *Health, Culture, and Community Case Studies of Public Reactions to Health Programs*, New York: Russell Sage Foundation 1955, S. 198-211.

152 Donald MacCorquodale, *Estimation of AID expenditures for Population/Family Planning Activities During FY 1968* (3.5.1967): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Executive Office, Central Subject Files, Container 17, Folder Population Growth Control Folder Population Growth Control.

in Fachzeitschriften des Public-Health-Feldes veröffentlichte.¹⁵³ Hat der Medizinhistoriker Randall Packard für die 1960er Jahre eine Beschleunigung von Familienplanung konstatiert, bei der in erster Linie darum ging, Verhütungsmittel schnell und massenhaft zu verbreiten, so zeigt sich an MacCorquodale das Gegenteil, denn die Qualität von Familienplanungsprogrammen stand durchaus zur Debatte.¹⁵⁴ An MacCorquodale manifestiert sich zudem die Widersprüchlichkeit entwicklungspolitischen Handelns: Einerseits plädierte er für ein besseres Arzt-Patientinnen-Verhältnis, andererseits hatte er mit der bereits erwähnten Einführung eines ›Prämiensystems‹ ein Programm initiiert, das den Kontakt zwischen Arzt und Patientinnen quasi auf die Vergabe von Verhütungsmitteln reduzierte. Mit seinen Hinweisen zur Qualität des Programms unterschied er sich allerdings von seinen Nachfolgern, die eine massenhafte Verbreitung von Kontrazeptiva anstrebten und die hierfür auf den populären entwicklungspolitischen Community-Development-Ansatz zurückgriffen.

5.5 *Community development* und Familienplanung

Eine der ersten Personen, die eine Bewertung des neu etablierten Familienplanungsprogramms in Guatemala vornahm, war die schwedische Genetikerin, Biologin und Familienplanungsexpertin Suzanne Aurelius, die im Auftrag der schwedischen Entwicklungsorganisation Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA) im Februar 1968 mehrere lateinamerikanische Staaten, darunter auch Guatemala, bereiste. In Guatemala identifizierte sie die große Informationslücke als zentrales Problem des Familienplanungsprogramms. Dass Familienplaner und -planerinnen in Guatemala weder Radio noch Printmedien einsetzten, hielt sie für besonders hinderlich, und resümierte, dass aus diesem Grunde eine »Familienplanungs-idee« nur langsam zur »analphabetischen, ländlichen Bevölkerung« Guatemalas durchdringe.¹⁵⁵ Sie vertrat damit die in den 1960er Jahren im *population establishment* populäre Sichtweise, dass sich Frauen unabhängig von ihrer sozialen oder ethnischen Gruppenzugehörigkeit Angebote zur Geburtenkontrolle wünschten. Aus dieser Annahme leiteten Familienplaner und -planerinnen weltweit zwei Handlungsprämissen ab: Zum einen die Bereitstellung von Verhütungsmitteln, zum anderen die Information und Bildung über die neuen Familienplanungsangebote.¹⁵⁶ Dementsprechend fielen auch die von Aurelius formulierten Lösungsvorschläge für Guatemala aus: die massenhafte Verbreitung von audiovisuellem Informationsmaterial, angepasst an den analphabetischen Bevölkerungsteil, Bildungsprogramme und besonders die Anbindung von Familienplanung an *community*

153 MacCorquodale, Donald W.: »Characteristics of Clinic Personnel May Influence Family Planning Acceptance«, in: *Health Services Reports*, 87, 9, 1972, S. 782-786, hier: S. 738. Dass der ethnische Faktor eine geringere Rolle als erwartet spiele, hebt er auch in diesem Artikel hervor: MacCorquodale, Analysis, 1970.

154 Vgl. Packard, *History of Global Health*, 2016 S. 204ff.

155 Vgl. Aurelius, Suzanne: *Family Planning in Latin America. Field Report*, Stockholm: SIDA 19.7.1968, S. 4.

156 Packard spricht beispielsweise von einem *supply-side approach*, während Unger die Bedeutung eines verhaltensorientierten Ansatzes beschreibt. Packard, *History of Global Health*, 2016, S. 185; Unger, *Family Planning*, 2014, S. 68.

development sollten zu einer schnelleren Verbreitung von Verhütungsmitteln beitragen. Aus zweierlei Hinsicht hielt die Schwedin, wie auch ihre Kollegen und Kolleginnen, *community development* für bedeutend: Erstens sollten die Dorfbewohner damit direkt erreicht werden und zweitens zielten diese auf eine Verhaltensänderung ab.

Mit *community development* griff die Schwedin auf ein entwicklungspolitisches Konzept zurück, das in den Kolonialpolitiken des frühen 20. Jahrhunderts seine Anfänge findet, jedoch erst in den 1960er Jahren an Bedeutung gewann. In Kontrast zu den *top-down* angelegten Infrastrukturprojekten der 1950er Jahre ging es darum, ländliche Bewohner und Bewohnerinnen direkt zu adressieren und eine Modernisierung »von unten« oder besser gesagt »von innen«, also aus der *community* heraus, auszulösen.¹⁵⁷ Über Selbstbestimmung, Selbstregulierung und Selbstverantwortung, die Foucault'schen »Technologien des Selbst«, sollte ein intrinsischer Wandel ausgelöst werden.¹⁵⁸ Dieses Prinzip popularisierten führende Bevölkerungsstrategen wie der US-amerikanische Verhaltensforscher Bernard Berelson auch für die Veränderung von Fertilitätsverhalten: Schlüsselpersonen aus den *communities* sollten eine Vorbildfunktion übernehmen und in den ländlichen Dörfern Geburtenkontrolle normalisieren.¹⁵⁹

Auch bei Familienplanern und -planerinnen in Guatemala fand das Modell des *community development* Zuspruch. Aufgenommen wurde die Idee von dem Aprofam-Arzt Roberto Santiso Gálvez und den USAID-Mitarbeitern James King und Thomas C. Hunt, die sich mit Aurelius getroffen hatten und eine schnelle Verbreitung neuer Verhütungsmethoden im ländlichen Guatemala anstrebten. Für die Planung und Konzeption dieser Projekte suchten sie sich jedoch Kooperationspartner: In Guatemala gab es seit den 1950er Jahren ganz unterschiedliche Initiativen, Akteure und Gestaltungsformen im Feld des *community development*.¹⁶⁰ Die Aprofam und die USAID setzten dabei nicht auf das 1964 initiierte staatliche Integrated Community Development (ICD), sondern auf zivilgesellschaftliche und religiöse Gruppen und Einzelpersonen, die in entlegenen Gebieten arbeiteten. Sie knüpften beispielsweise Kontakt zu katholischen Gruppen, die sich der von der katholischen Soziallehre inspirierten Acción Católica verschrieben

157 Zu *community development* siehe Sackley, *The Village*, 2011; Cullather, Nick: »The Target is the People«. Representations of the Village in Modernization and U.S. National Security Doctrine«, in: *Cultural Politics*, 2, 1, 2006, S. 29-48.

158 Vgl. Foucault, Michel: »Technologien des Selbst«, in: Martin, Luther H. (Hg.): *Technologien des Selbst*, Frankfurt a.M.: Fischer 1993, S. 24-62.

159 Vgl. Unger, Family Planning, 2014, S. 58-73. Der US-amerikanische Verhaltensforscher und Vizepräsident des Population Council Bernard Berelson plädierte so in seinem Leitfaden für die Anwendung von *community development* in Familienplanungsprogrammen. Dieser Leitfaden ging auch an Familienplaner und -planerinnen in Guatemala. Vgl. Berelson, National Family Planning Programs, 1964.

160 Das guatemaltekeische Militär rief beispielsweise ein Civic-Action-Programm ins Leben, das jedoch eher auf kurze Gesundheitskampagnen statt auf Partizipation setzte. Über das staatliche Programm Acción Conjunta ist wenig bekannt. Katholisch inspirierte Initiativen liefen unter dem Begriff Acción Social oder Acción Católica. Trotz der semantischen Nähe verband diese Akteure und Akteurinnen wenig. Zu *community development* in Guatemala siehe Streeter, *Managing the Counterrevolution*, 2000, S. 155ff.; Streeter, *Nation-Building*, 2006 sowie Way, *Mayan in the Mall*, 2012, S. 89ff.

hatten. Dazu zählten der deutsche Priester Siegfried Fleiner¹⁶¹, der mit der Unterstützung von Caritas International in Zunil arbeitete, sowie Vertreter und Vertreterinnen des katholischen Mary-Knoll-Ordens.¹⁶² An diesen Kontakten wird deutlich, dass, wie auch Raúl Necochea für Peru gezeigt hat, katholische Geistliche, vor allem auf den unteren Hierarchieebenen, gegenüber Familienplanung keinesfalls abgeneigt waren.¹⁶³ Nichtsdestotrotz entwickelte sich in Guatemala keine längerfristige Zusammenarbeit in dem Bereich, was auch damit zusammenhing, dass ausländische Geistliche nach der Melville-Affäre 1968, bei der einige Mitglieder des Mary-Knoll-Ordens des Landes verwiesen wurden, unter Beobachtung oligarchisch-konservativer, antikommunistischer Gruppen standen.¹⁶⁴ Lehrreich waren diese Erfahrungen trotzdem: Die USAID in Guatemala sammelte über diesen Kontakt erste »Erfahrungen mit Arbeitsmethoden mit den Indigenen in Guatemala«, wie Hunt nach einem Besuch in Zunil erklärte.¹⁶⁵

Das Interesse an indigenen Familien führte USAID-Mitarbeitende auch nach Chimaltenango, wo der US-amerikanische Arzt Carroll Behrhorst mit der Hilfe der Lutherischen Kirche 1962 eine eigene Klinik gegründet hatte.¹⁶⁶ Behrhorst stand wie kein anderer in Guatemala für ein community-basiertes Gesundheitsmodell, bei dem er Männer und Frauen aus den umliegenden Kaqchikel-Gemeinden zu so genannten Gesundheitspromotoren und -promotorinnen ausbildete. In den 1970er Jahren galt das »Chimaltenango-Projekt« als eines der Vorzeigemodelle für eine Basisgesundheitsversorgung, bei der Gesundheit für alle durch die Teilhabe der betroffenen Menschen möglich gemacht werden sollte.¹⁶⁷ Ab 1968 bot er im Rahmen seines Gesundheitsprogramms auch Familienplanung an. Eine Kaqchikel sprechende Krankenschwester ging

-
- 161 Siegfried Fleiner arbeitete ab 1964 als Pfarrer in Zunil, bis er 1975 von der guatemaltekischen Regierung des Landes verwiesen wurde. Zurück in Deutschland engagierte sich Fleiner weiter sozial, bekannt wurde er als Seelsoerger der ehemaligen RAF-Terroristin Brigitte Mohnhaupt.
- 162 Seit 1943 war der US-amerikanische Mary-Knoll-Orden in Huehuetenango in den Bereichen Bildung, Landwirtschaft und Gesundheit tätig. In den 1960er Jahren beteiligten sich die Mary-Knoll-Ordensbrüder und -schwestern in Guatemala zunehmend an befreiungstheologisch inspirierten Projekten, die eine politische Selbstbestimmung Indigener anstrebten. Vgl. u.a. Fitzpatrick Behrens, Susan: »From Symbols of the Sacred to Symbols of Subversion to Simply Obscure. Maryknoll Women Religious in Guatemala, 1953 to 1967«, in: *The Americas*, 61, 2, 2004, S. 189–216.
- 163 Vgl. Necochea López, Priests and Pills, 2008.
- 164 1967 wurde die Gruppe um Tom und Arthur Melville und Schwester Marian Pahl vom Ordensvorsteher wegen ihrer politischen Aktivitäten des Landes verwiesen. Die »Melville-Affäre« sorgte in- und außerhalb Guatemalas für großes Aufsehen. Vgl. Berryman, Christians in Guatemala's Struggle, 1984, S. 18f.
- 165 Thomas C. Hunt, *Visita del Dr. Hunt a Zunil (14.5.1969)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 3, Folder Thomas C. Hunt Correspondence.
- 166 Behrhorst hatte in seinem Heimatbundesstaat Kansas als Hausarzt gearbeitet, bevor er Ende der 1950er Jahre nach Guatemala ging. Mitte der 1960er Jahre löste er sich wegen unterschiedlicher Grundsätze von der evangelisch-lutherischen Kirche. Gelder erhielt er daraufhin von World Neighbors, der evangelischen Zentralstelle für Entwicklungshilfe und Oxfam. Vgl. *Carroll Behrhorst, Health and Development. The Chimaltenango Development Program, Its Evolution, 1961 to 1982. Unpublished Draft*: Louisiana Research Collection (LaRC), Carroll Behrhorst Papers (CB), Box 25, Folder Correspondence on establishing Chimaltenango Clinic 1960–1963, S. 9.
- 167 Behrhorst, Carroll: »The Chimaltenango Development Project in Guatemala«, in: Newell, Kenneth (Hg.): *Health by the People*, Genf: World Health Organization 1975, S. 30–53.

von Tür zu Tür, informierte über Verhütungsmitteln und organisierte Treffen. Die Arbeit Behrhorsts mit indigenen Gruppen machte ihn für die USAID interessant, die auch den Kontakt zwischen Behrhorst und der US-amerikanischen philanthropischen Stiftung Pathfinder Fund herstellte. Deren Gründer Clarence Gamble hatte sich auf diese Art von Projekten, wie sie Behrhorst in Guatemala aufgebaut hatte, spezialisiert. Um die Verbreitung moderner Kontrazeptiva zu beschleunigen, setzte diese Stiftung auf schnelle Interventionen und pragmatische Lösungen, wenn nötig auch ohne staatliche Unterstützung.¹⁶⁸ Vom Pathfinder Fund erhielt Behrhorst auch Verhütungsmittel und Gelder für eine erste Befragung zum Geburten- und Verhütungsverhalten in Kaqchikel-Gemeinden rund um Chimaltenango.

Aus Sicht der USAID und des Pathfinder Fund gestaltete sich die Zusammenarbeit mit Behrhorst jedoch bald als schwierig, da Behrhorst seinen eigenen Ideen und seinem eigenen Rhythmus folgte. Als ihm beispielsweise Masernimpfstoffe zur Verfügung gestellt wurden, setzte er die Studie zu Gunsten einer Impfkampagne aus.¹⁶⁹ Die Studie kam ins Stocken und wurde letztlich nicht abgeschlossen. Doch auch der Arbeitsweise der USAID stand Behrhorst zunehmend kritisch gegenüber. So legte er bereits 1968 James King und Thomas Hunt nahe, selbst zwei Monate in den indigenen Gemeinden zu verbringen, um »ein Gefühl« für diese zu entwickeln.¹⁷⁰ Damit unterstellte er den USAID-Mitarbeitern eine Unkenntnis der Bedürfnisse der ländlichen Bevölkerung. Diese Sorge thematisierte er auch gegenüber dem stellvertretende Staatssekretär für interamerikanische Angelegenheiten, Charles A. Meyer, der kurz vorher mit dem US-amerikanischen Botschafter in Guatemala, Nathaniel Davis, die Behrhorst-Klinik in Chimaltenango besucht hatte: »I am afraid that we North Americans too often think in terms of what is good for us is good for all, and then there is this universal sin of generally thinking of a situation in terms of what is there in it for me, or us.«¹⁷¹ Damit stellte er die Denk- und Handlungsweisen sowie Motive der US-amerikanischen Entwicklungspolitik grundlegend in Frage. Seine Kritik richtete sich konkret an die Politiken in Guatemala, die er für ungleichgewichtig hielt, weshalb er auch dafür plädierte, das gesamte Familienplanungs- und Agrarprogramm auf das indigene Hochland zu konzentrieren.¹⁷² Auch die Vorannahmen der USAID-Mitarbeitenden, dass viele indigene Frauen Familienplanung ablehnten, versuchte er zu revidieren: Seiner Meinung nach

168 Gamble hatte mit seinem Erbe aus der Seifenfirma Procter & Gamble Co. die Stiftung aufgebaut. Die Strategien des Pathfinder Funds hat Raúl Necochea aufgezeigt: Necochea López, Raúl: »Gambling on the Protestants. The Pathfinder Fund and Birth Control in Peru, 1958-1965«, in: *Bulletin of the History of Medicine*, 88, 2, 2014, S. 344-372.

169 Zu Behrhorst und den Problemen mit Pathfinder Fund und King siehe die Dokumente in NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 7, Folder Pathfinder Fund, FY 70.

170 *Thomas C. Hunt, Recommendations by Dr. Behrhorst to Dr. King and Dr. Hunt (Sept. 1968)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 3, Folder Thomas C. Hunt Correspondence.

171 *Carroll Behrhorst an Charles A. Meyer (27.4.1969)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 6, Folder Health and Sanitation Correspondence, FY 70.

172 *Hunt, Recommendations by Dr. Behrhorst (Sept. 1968)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 3, Folder Thomas C. Hunt Correspondence.

brauchte es keine Hilfe und Motivation von ›außen‹. Die diagnostizierten Misserfolge des Familienplanungsprogramms führte er indes auf die asymmetrische, diskriminierende Arzt-Patientinnen-Beziehung zurück.¹⁷³ Behrhorst trat somit für eine humanitäre, wohlwollende, auf Zusammenarbeit ausgerichtete Entwicklungspolitik ein, wobei auch er sich zum (paternalistischen) Fürsprecher indigener Gruppen erklärte und indigenen Familien, die er als »lebensgebende Kraft« Guatemalas verstand, mit einem romantisierenden Blick begegnete.¹⁷⁴

Einen anderen Zugang zu Guatemalas ländlicher Bevölkerung hatte indes die nicht-staatliche guatemaltekeische Organisation ›Bewegung für den ländlichen Wiederaufbau‹ (Movimiento de Reconstrucción Rural, MGRR), mit der die Aprofam im Rahmen eines weiteren ländlichen ›Pilotprojekts‹, gefördert vom Pathfinder Fund, kooperierte. Das MGRR war in eine gleichnamige globale Bewegung eingebettet, die auf den in Yale ausgebildeten chinesischen Bildungsexperten James Yen zurückgeht.¹⁷⁵ Wie kein anderes Projekt verdeutlicht das MGRR, wie sehr Entwicklungsinitiativen in Guatemala von wirtschaftlichen und sicherheitspolitischen Interessen geleitet waren. In den Reihen des MGRR fanden sich zahlreiche Vertreter einer konservativen wirtschaftlichen Elite Guatemalas wie beispielsweise der Anwalt und spätere Vizepräsident Eduardo Cáceres Lehnhoff.¹⁷⁶ Diese Gruppe interessierte sich weniger für die indigene Bevölkerung im Hochland, sondern konzentrierte ihre Aktivitäten auf das östlich gelegene Departamento Jalapa, in dem sich die Probleme Guatemalas laut dem ersten MGRR-Direktor Vicente Esquit Cujcuj »im Durchschnitt« zeigten und das deshalb dieser Bewegung als entwicklungspolitisches Laboratorium galt.¹⁷⁷ Zu diesem Zeitpunkt wurde der Osten Guatemalas als ›Korridor‹ für die ersten guatemaltekeischen kommunistischen Guerillagruppen angesehen, die sich in den frühen 1960er Jahren im salvadorianischen Exil gegründet hatten und nun über die Grenze ins Land gelangten.¹⁷⁸ Zacapa und Izabal waren Ende 1966 die ersten Schauplätze für die Auseinandersetzungen zwischen guatemaltekeischen Militärs und Guerillagruppen, bei denen tausende Zivilisten und Zivilistinnen getötet und ganze Dörfer unter militärische Kontrolle gestellt wurden. Zugleich machten die idealen Bodenbedingungen das Gebiet für den Anbau unterschiedlicher

173 Ebd.

174 Ebd.

175 Zu Yen siehe Hayford, Charles Wishart: *To the People. James Yen and Village China*, New York: Columbia University Press 1990. Zum MGRR in Guatemala siehe Dary Fuentes, Claudia: *Unidos por nuestro territorio. Identidad y organización social en Santa María Xalapán*, Guatemala: Editorial Universitaria 2010, S. 137ff.

176 Cáceres Lehnhoff war zudem Mitbegründer der katholischen Privatuniversität Rafael Landívar und dann Vizeminister in der Militärregierung von Carlos Arana Osorio. Er starb 1980 beim Brand in der spanischen Botschaft, der als Schlüsselereignis des guatemaltekeischen Bürgerkriegs gilt. Zu den Mitgliedern des MGRR siehe Movimiento Guatemalteco de Reconstrucción Rural: *Memoria Anual de Labores 1986*, Guatemala 1986, S. 15, 18; vgl. Dary Fuentes, *Unidos por nuestro territorio*, 2010, S. 139.

177 Vgl. Movimiento Guatemalteco de Reconstrucción Rural, *Memoria Anual de Labores 1986*, 1986, S. 12.

178 Diese Ansicht vertritt auch Dary Fuentes. Vgl. Dary Fuentes, *Unidos por nuestro territorio*, 2010, S. 139.

Agrarprodukte wie Kaffee, Früchte und Getreide attraktiv, was eine Kontrolle über dieses Gebiet umso wichtiger machte. Das MGRR arbeitete, ähnlich wie das Behrhorst-Projekt, im *community development*, wobei auch die eingeführten Maßnahmen die wirtschaftlichen und sicherheitspolitischen Interessen dieser Organisation widerspiegeln: Zum einen sollte eine als traditionell markierte Landwirtschaft, die auf den Anbau und Eigengebrauch von Kürbissen, Bohnen und Mais abzielte, durch moderne kapitalistische Formen des Wirtschaftens abgelöst werden. Zum anderen ging es darum, mittels Demokratisierungs-, Bildungs- und Gesundheitsprojekten ländliche Bewohner und Bewohnerinnen sesshaft zu machen, in klaren Organisationsformen zu stabilisieren und so für den guatemalteken Staat »lesbar«, also kontrollierbar, zu machen.¹⁷⁹ Mit ihrer Vision einer kontrollierbaren, wirtschafts- und konsumorientierten ländlichen Familie gab das MGRR in gewisser Weise einen Vorgeschmack auf die vom guatemalteken Militär in den 1980er Jahren errichteten »Modelldörfer«, die auf eine absolute Kontrolle guatemalteken Dörfer abzielten.¹⁸⁰

Im Rahmen des mit der Aprofam eingeleiteten Pilotprojekts sollte das MGRR auch Familienplanung in die Gemeinden in Jalapa einführen. Anders als bei Behrhorst setzte dieses Projekt jedoch nicht auf die Einbindung der ländlichen Bewohner und Bewohnerinnen, sondern auf Experten und Expertinnen »von außen«, konkret eine Krankenschwester, eine Sozialarbeiterin sowie einen Arzt, die Informationskampagnen zu Familienplanung durchführen und Verhütungsmittel ausgeben sollten. Während der eingestellte Arzt sich von Beginn an zurückhielt, waren die beiden Mitarbeiterinnen überaus aktiv. Sie fuhren in die Dörfer, sprachen mit Familien und führten Informationsseminare durch. Mit im Gepäck hatten sie Informationsbroschüren, Comicheftchen und Poster, die unter anderem vom Pathfinder Fund zur Verfügung gestellt wurden. Beispielsweise kam dort der von Walt Disney und dem Population Council produzierte Animationsfilm »Family Planning« zum Einsatz, in dem Donald Duck den allwissenden Experten mimte und Zuschauern und Zuschauerinnen die Vorteile der Kleinfamilie vorführte. Im Mittelpunkt stand hier eine ländliche Bauernfamilie, für deren Wohlergehen Familienplanung ganz bildlich als Schlüssel präsentiert wurde.¹⁸¹ Audiovisuellem Werbematerial, in dessen Gestaltung viel Zeit und Fördergelder investiert wurden, schrie-

179 Diese Mechanismen der Kontrolle und Sichtbarmachung versteht der US-amerikanische Anthropologe als zentrales Merkmal von Staatlichkeit. Vgl. Scott, James C.: *Seeing Like a State. How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed*, New Haven: Yale University Press 1998.

180 Laut Sackley wurden in keiner anderen Region Techniken zur Kontrolle von Dorfbewohnern und -bewohnerinnen so konsequent und tragisch angewandt wie in Zentralamerika. In Guatemala brannte das Militär in den 1980er Jahren ganze Dörfer nieder und errichtete neue Modelldörfer, die als »Entwicklungspole« bezeichnet wurden. Vgl. Sackley, *The Village*, 2011, S. 502. Siehe hierzu auch Kap. 7.3.

181 Zum Film und seiner Entstehungsgeschichte siehe Parry, Manon: *Broadcasting Birth Control. Mass Media and Family Planning*, New Brunswick, London: Rutgers University Press 2013, S. 84f. Den Comic-Film aus den 1960er Jahren kann auch noch heute bei Youtube angesehen werden. Les Clark (Regisseur); Bosche, William (Drehbuch): *Family Planning, USA*: Walt Disney; Population Council 1967. 11 Minuten, URL: <https://youtu.be/tzDkiceqzU> (23.01.2022).

ben Familienplaner und -planerinnen weltweit das große Potential zu, das Verhalten zahlreicher Familien ändern zu können.¹⁸²

Abbildung 6: Beispiel für eine Werbeanzeige mit Ankündigung, dass diese im nächsten Monat 1969 in der gesamten Republik verteilt werde. Text auf Deutsch: Planen Sie die Familie und Ihre Kinder werden glücklich sein.



Quelle: APROFAM: »Materiales de Divulgación«, in: Boletín Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala, 10, 1969, S. 3.

Auch die vom Gesundheitsministerium und der Aprofam entwickelten Medien fanden in diesen Kampagnen Anwendung. Dazu zählten beispielsweise die von der Aprofam entwickelten Werbeanzeigen (Abb. 6), die ein bestimmtes Bild der guatemaltekischen Familie transportierten und ganz offensichtlich nicht für ein ländliches Publikum gestaltet waren: Zu sehen war ein verschiedengeschlechtliches, urbanisiertes, »westlich« gekleidetes Paar mit einem Säugling im Arm – also die Kernfamilie, bestehend aus Mutter, Vater und wenigen Kindern, die sich an »westlichen« Lebensstilen orientierte und auch ihre Kinderzahl am Idealbild der »westlichen« Kleinfamilie anpasste. Diese Kernfamilie stand auch im Mittelpunkt des Logos, das die guatemaltekische Familienplanungsorganisation um 1967 in ihren Korrespondenzen benutzte (Abb. 7): Im Vordergrund war eine – wiederum »westlich« gekleidete – Kleinfamilie, bestehend aus Mutter, Vater und drei Kindern, zwei Jungen und einem Mädchen, zu sehen. Die Familienmitglieder hielten sich an den Händen, der Vater hatte unterstützend seinem ältesten Sohn die Hand auf die Schulter gelegt – beides suggerierte familiäre Nähe, einen liebevollen, verantwortungsbewussten, fürsorglichen Umgang mit den Kindern und familiäre

182 Die zentrale Bedeutung von Massenmedien in einer globalen Familienplanungsbeziehung und ihre Gestaltung hat Manon Parry herausgearbeitet, vgl. Parry, *Broadcasting Birth Control*, 2013.

Harmonie. Auch das Paar selbst schien in diesem familiären Gefüge eine gleichrangige, liebevolle Beziehung zu führen, jedoch mit unterschiedlichen, an geschlechtlichen Grenzlinien verlaufenden Aufgaben, zumindest deutet dies die Bildsprache an: War die Mutter verantwortlich für die Erziehung der Tochter, die sie an der Hand nahm, führte der Vater die beiden Söhne – dargestellt durch die auf der Schulter des Sohnes abgelegte Hand und die Gruppierung der beiden Söhne auf Seiten des Vaters.

Abbildung 7: Erstes Logo der guatemaltekischen Familienplanungsorganisation Aprofam, das bis ca. 1969 im Gebrauch war und u.a. als Briefkopf zum Einsatz kam.



Quelle: RAC, PC, Acc. 2, Series 2 Foreign Correspondence, Box 77, Folder 734 Guatemala-Correspondence, Reports, Studies. Mit freundlicher Genehmigung des Rockefeller Archive Center.

In dem Logo wurde somit die Kleinfamilie als Ideal popularisiert, die guatemaltekischen Familienplanern und -planerinnen als Garant für Entwicklung und Moderne galt.¹⁸³ Die Kleinfamilie war zudem gleichermaßen Gegenentwurf wie Lösungsformel für andere Lebens- und Familienformen, die zwar weit verbreitet waren, aber zunehmend als Indikator für gesellschaftliche Zerklüftungsprozesse, als traditionell und modernisierungshemmend markiert wurden. Darunter fielen alleinerziehende Mütter und Väter ebenso wie kinderreiche Familien auf dem Land, in dem dörfliche, nicht-familiäre Beziehungen oftmals wichtige Versorgungsfunktionen erfüllten.¹⁸⁴ Obgleich

183 Dieses Ideal war auch in anderen Ländern weit verbreitet. Siehe zur Konstruktion dieser Vorstellung über Bevölkerungsstudien in Kolumbien Huhle, *Bevölkerung, Fertilität, Familienplanung*, 2017.

184 Vgl. hierzu auch Kap. 2.5 sowie Way, *Mayan in the Mall*, 2012, S. 80f.

das Modell der Kleinfamilie im starken Kontrast zu den Lebensrealitäten vieler Guatemalteken und Guatemaltekinen stand, sollte eben dieses, so suggerierte das Logo, prägend für ganz Guatemala sein, es war zudem das Element, das Guatemalas ländlichen und urbanen Raum zu einem modernen Guatemala verbinden konnte. So war im Hintergrund das guatemalteckische Territorium samt Belize¹⁸⁵ in einem der Nationalfarbe Guatemalas ähnlichen Farbton abgebildet, zugleich ging eine mit Hochhäusern angedeutete moderne Großstadt in einen mit einem einfachen Haus und Bäumen gekennzeichneten ländlichen Raum über. Später, in den 1960er Jahren, wurde dieser komplexe Hintergrund dann von einfacheren Symbolen abgelöst – einem grünen Dreieck mit den territorialen Umrissen Guatemalas –, die sich an einer globalen Bildsprache und dem Beispiel der IPPF orientierten (Abb. 8).¹⁸⁶ Interessanterweise nahm im Laufe der Zeit auch die dargestellte Kinderzahl ab: Waren auf dem ersten Logo noch drei Kinder zu sehen – vermutlich erschienen guatemalteckische Verantwortliche Familien mit drei Kindern realistischer und auch wünschenswerter –, so waren beim zweiten, an die internationale Symbolik angelehntem Logo nur noch zwei Kinder zu sehen (Abb. 9). Im heutigen Emblem ist gar nur ein Kind angedeutet.¹⁸⁷ Diese Unterschiede in der visuellen Darstellung deuten darauf hin, dass sich die Vorstellung guatemalteckischer Familienplaner und -planerinnen über die ideale Kinderzahl durchaus von dem unterschied, was internationale Entwicklungsorganisation in den 1960er und 1970er Jahren popularisierten. All diese Repräsentationen hatten allerdings nur wenig mit dem gemein, wie Guatemalteken und Guatemaltekinen in diesen Jahren lebten. Sie stellten auf allen Ebenen ein Idealbild dar: die Verknüpfung von Stadt und Land – einschließlich Belize – zu einem modernen Guatemala, in dessen Zentrum die moderne, heterosexuelle Kleinfamilie stehen sollte.

185 Seit der Unabhängigkeit Guatemalas 1821 erhob das Land Anspruch auf das an der Karibik gelegene belizische Territorium, das 1863 von der britischen Regierung, wohlgermerkt einseitig, zur britischen Kolonie ›Britisch-Honduras‹ erklärt wurde. In den 1960er Jahren konkretisierten sich diese Ansprüche in Verhandlungen mit der britischen Regierung, die jedoch erfolglos blieben und die Spannungen zwischen Großbritannien und Guatemala verschärften.

186 Zum Logo und zur neuen Medienkampagne siehe u.a. *Thomas C. Hunt, Eight Monthly Report (Apr. 1969)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 3, Folder Thomas C. Hunt Correspondence, FY 70, S. 4; APROFAM: »Materiales de Divulgación«, in: *Boletín Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala*, 10, 1969, S. 3.

187 Das heutige Emblem findet sich beispielsweise auf der Homepage der Aprofam: <https://www.aprofam.org.gt/>, (10.04.2022).

Abbildung 8 (links): Werbeanzeige der Aprofam aus dem Jahr 1969. Text auf Deutsch: Lassen Sie sich bei der Entscheidung über die Familiengröße beraten.

Abbildung 9 (rechts): Werbeanzeige der Aprofam aus dem Jahr 1971. Text auf Deutsch: Eine geplante Familie, eine glückliche Familie.

BUSQUE CONSEJO PARA DECIDIR SOBRE EL TAMAÑO DE SU FAMILIA. ...Y SU HOGAR SERA MAS FELIZ.

CONSULTE A SU MEDICO... VISITE LA CLINICA DE ORIENTACION DE LA FAMILIA

FAMILIAR DE SU VECINDARIO. O PIDA INFORMACION A LA Asociación Pro-Bienestar De la Familia Apartado postal 1004, Guatemala, teléfono 271 32

K120-12

FAMILIA PLANIFICADA FAMILIA FELIZ

CONSULTE A SU MEDICO O VISITE LA CLINICA DE PLANIFICACION FAMILIAR

CLINICAS DE PLANIFICACION FAMILIAR

CLINICAS CENTRALES 6a. Av. 3-24, Z. 1, Tel. 27132. LUNES A VIERNES de 8.00 a.m. a 4.00 p.m. y de 6.00 p.m. a 8.00 p.m.	HOSPITAL ROOSEVELT CONSULTA EXTERNA LUNES A VIERNES de 10.00 a 4.00 p.m.
DISPENSARIO MUNICIPAL No. 10 Colonia Jochales, Zona 6 LUNES A VIERNES de 5.00 a 7.00 p.m.	HOSPITAL GENERAL (MATERNIDAD) LUNES A VIERNES de 8.00 a 12.00 a.m.
DISPENSARIO MUNICIPAL No. 2 26 Av. 24-09, Zona 5. LUNES A VIERNES de 2.00 a 4.00 p.m.	CENTRO DE SALUD COLONIA 1o. DE JULIO LUNES A VIERNES de 4.00 a 6.00 p.m.
DISPENSARIO MUNICIPAL Y UNIVERSITARIO Col. Florida, Av. Alemania 3-44, Zona 19. LUNES A VIERNES de 2.00 a 4.00 p.m.	CLINICA DE LA COLONIA EL MILAGRO LUNES A VIERNES de 4.00 a 6.00 p.m. DISPENSARIO MUNICIPAL No. 4 3a. Calle 15-52, Zona 6. LUNES A VIERNES de 4.00 a 6.00 p.m.

APROFAM

Colaborando en el Programa Nacional de Orientación Familiar

K120-11 23

Quelle (links): Diario El Imparcial (12.9.1969), S. 12. Mit freundlicher Genehmigung und Unterstützung des Archivo Histórico del Centro de Investigaciones Regionales de Mesoamérica (CIRMA). Diese Arbeit gibt nicht die Meinung des CIRMA wieder. Die Verantwortung für den Inhalt und die Ausführung liegt bei der Autorin.

Quelle (rechts): Diario El Imparcial (8.10.1971), S. 11. Mit freundlicher Genehmigung und Unterstützung des Archivo Histórico del Centro de Investigaciones Regionales de Mesoamérica (CIRMA). Diese Arbeit gibt nicht die Meinung des CIRMA wieder. Die Verantwortung für den Inhalt und die Ausführung liegt bei der Autorin.

Trotz der großen Diskrepanzen zwischen ländlichen Lebenswelten und der in den Werbeanzeigen gezeigten idealen Familie hatte das Bildungs- und Informationsprogramm großen Erfolg: Allein im Juni 1969 nahmen an den 37 Informationsveranstaltungen in den Gemeinden wie San Manuel Chaparrón oder San Pedro Pinula, in denen sowohl indigene als auch ladinsische Familien lebten, über 600 Personen teil. Der Andrang war offenbar so groß, dass sich sogar Schlangen an den Arztpraxen in Jalapa bildeten, in denen Spiralen und Antibabypillen erhältlich waren. Die beteiligten Familienplaner und -planerinnen waren darüber durchaus erstaunt: So hatten sie in ihren Berichten zunächst die Lebens- und Denkweise als Hürde für die Verbreitung von Familienplanung ausgemacht, dann aber festgestellt, dass »trotz des eigentümli-

chen Charakters« der Landbewohner und -bewohnerinnen Familienplanung auf großes Interesse stieß.¹⁸⁸

Es ist bemerkenswert, dass das Pilotprojekt trotz der großen Resonanz in der Bevölkerung nach nur knapp einem Jahr, also 1970, wieder eingestellt wurde. Dafür war jedoch die Rückmeldung des USAID-Bevölkerungsbeauftragten James King entscheidend: Er betonte zwar die Erfolge der Bildungsprogramme, gab aber zugleich an, dass der Arzt seine Aufgaben nicht wahrgenommen habe, Verhütungsmittel kaum an interessierte Frauen ausgegeben und damit das formulierte Ziel, eine massenhafte Vergabe von Verhütungsmitteln, nicht erfüllt worden sei. Kontrazeptiva wurde damit also Vorrang vor Bildung und Aufklärung eingeräumt. Das Scheitern des Projekts führte King dabei nicht auf die Nutzerinnen zurück, sondern auf den Arzt des MGRR, der von Beginn an nur wenig Interesse an Familienplanung gezeigt habe und deshalb von King als »Stolperstein« beschrieben wurde.¹⁸⁹ An King manifestieren sich auch die großen Widersprüche und Diskrepanzen zwischen konkreten Familienplanungsprojekten und einer allgemeinen Diagnose des Familienplanungsprogramms: Während er im Hinblick auf das MGRR-Projekt das Scheitern beim beteiligten guatemalteckischen Mediziner suchte, so erklärte er im gleichen Jahr, beim 3. Bevölkerungstreffen internationaler Organisationen in Guatemala 1969, die »Erfolglosigkeit« des gesamten Familienplanungsprogramms im Land neben einem geringen Budget und fehlender politischer Unterstützung mit der Tatsache, dass in Guatemala »sehr viele Indianer« lebten.¹⁹⁰ Der Rückgriff auf die indigene Bevölkerung, der in dem Fall die Rolle des Sündenbocks zugeschrieben wurde, lässt sich durchaus als Strategie deuten, um das eigene Scheitern nach außen zu rechtfertigen.

Die Vorstellung, dass indigene Bevölkerungsgruppen Familienplanung ablehnend gegenüberstanden, festigte sich auch durch die Verbreitung wissenschaftlicher Studien, welche die fertilitätsbeeinflussenden Faktoren in Guatemala offenlegen sollten und von den jeweiligen USAID-Bevölkerungsbeauftragten rezipiert wurden. Bedeutend war in diesem Zusammenhang eine Studie, die in unterschiedlichen ländlichen Gemeinden von 1967 bis 1968 vom Instituto Centroamericano de Población y Familia (ICAPF) mit Geldern vom Population Council und der USAID durchgeführt wurde.¹⁹¹ Das Forscherteam rund um ihren Direktor, dem Arzt Carlos Gehlert Mata, schrieb Ethnizität eine bedeutende Rolle zu. Konkret stellten sich die Forschenden in ihrer Untersuchung zur

188 *Informe de Jalapa (1969)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 7, Folder Pathfinder Fund.

189 Die Finanzierung sollte dabei, so die Empfehlung Kings an den Pathfinder Fund, langsam auslaufen, um das MGRR nicht zu verärgern. Die Bildungsaktivitäten sollten vom Gesundheitsministerium und der Aprofam weiter durchgeführt werden. In den 1980er Jahren arbeitete das MGRR dann wieder mit der Aprofam zusammen. Vgl. *Romeo de León an James King (12.12.1969)*; *James C. King an Edward Meldahl (17.12.1969)*; *Informe de Jalapa (1969)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 7, Folder Pathfinder Fund; *Movimiento Guatemalteco de Reconstrucción Rural, Memoria Anual de Labores 1986, 1986*, S. 68.

190 *Third Regional Meeting of International Agencies assisting in the Field of Population in Central America and Panama, December 1-2, 1969, Guatemala*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Office of the Director, Subject Files, Container 5, Folder Population Growth Control.

191 Zu Gehlert Mata und dem ICAPF siehe Kap. 3.5.

»soziokulturellen Konditionierung von Fertilität« die Frage, inwieweit ethnische Zugehörigkeit auch das Geburtenverhalten beeinflusste.¹⁹² Das Forscherteam führte Interviews zu Familiengröße, Verhütung, Ehe- und Sexualverhalten, Bildungsstand und Religiosität in unterschiedlichen Gegenden Guatemalas durch: in den Munizipien San Marcos de Izabal und El Estor am Lago de Izabal, in den afroguatemalteckisch-karibischen Gebieten um Puerto Barrios sowie in Kaqchikel- und Tz'utujil-Gemeinden am Lago Atitlán.¹⁹³

Die Studie brachte die komplexen Lebensrealitäten unterschiedlicher Gemeinden in Guatemala zum Ausdruck und hob zugleich gemeinsame Merkmale hervor. Beispielsweise identifizierten die Forscher als gemeinsames Charakteristikum die Diskrepanz zwischen tatsächlicher und idealer Familiengröße, da die befragten Familien im Durchschnitt fünf bis sechs Kinder hatten, sich aber nur vier Kinder, idealerweise zwei Jungen und zwei Mädchen, wünschten. Damit unterschieden sich die Vorstellungen und Bedürfnisse ländlicher Familien von den populären Werbeanzeigen, in denen Paare mit maximal drei Kindern dargestellt wurden. Zudem sahen viele Eltern laut der Studie in ihren Kindern Möglichkeiten der Altersversorgung und wichtige Arbeitskraft. Die Idee einer Familienplanung stand also tendenziell im Kontrast zu den Bedürfnissen guatemalteckischer Familien.¹⁹⁴ Doch diese Diskrepanz beschäftigte das Forscherteam des ICAPF kaum, stattdessen hatten sie ein großes Interesse an den Unterschieden in den Geburtenkontrollpraktiken, die sie entlang ethnisch-kultureller Grenzen deuteten.

Besonders in den Fokus gerieten die als kulturell anders wahrgenommenen indigenen Gemeinden sowie die afroguatemalteckischen Gemeinden in und um die Karibikstädte Livingston und Puerto Barrios. In Letzteren trafen die Forscher auf ein ihnen unbekanntes Familienmodell, bei dem Männer in polygamen Beziehungen lebten. Die afroguatemalteckischen Gemeinden beschrieben die Forscher dabei allgemein als »schwarze Rasse« und schrieben dieser einen enthemmten, sexualisierten Lebensstil zu, der sich an einem frühen Sexualkontakt und wechselnden sexuellen Beziehungen zeige.¹⁹⁵ Diese Sexualität galt dem Forscherteam auch als Erklärung dafür, dass afroguatemalteckische Frauen und Männer nur in geringem Maße ihre Geburten regulierten. Mit dieser Studie wurden somit schwarze Körper hypersexualisiert.¹⁹⁶

192 Prägend für das Forschungsdesign waren die Sozialwissenschaftlerin Judith Blake und ihr Kollege Kingsley Davis, die 1956 »kulturelle« Faktoren als »konditionierende Variablen« von Sexual- und Geburtenverhalten beschrieben hatten. Vgl. Blake, Judith; Davis, Kingsley: »Social Structure and Fertility. An Analytic Framework«, in: *Economic Development and Culture Change*, 4, 3, 1956, S. 211-235.

193 Besonders war die Studie für die Verantwortlichen auch deshalb, da zum ersten Mal, so die Darstellung, Interviews direkt – mithilfe von Übersetzern und Übersetzerinnen – mit indigenen Frauen und Männern durchgeführt wurden. Vgl. Amaro, Nelson: *Encuesta sobre el condicionamiento socio-cultural de la fecundidad en áreas marginales urbanas-metropolitanas ladino-rurales e indígenas-tradicionales: Primera parte, marco teórico y metodológico*, Guatemala: ICAPF 1968, S. 160.

194 Vgl. ebd., S. 72-86.

195 Die ICAPF-Forscher gaben an, dass afroguatemalteckische Männer mit zwei bis drei Frauen Kinder bekämen. Vgl. ebd., S. 84.

196 Ebd. Die Hypersexualisierung schwarzer Körper ist ein globales historisches Phänomen. Siehe bspw. zu Ecuador Rahier, Jean Mutaba: »Latin American Hyper-Sexualization of the Black Body. Personal Narratives of Black Female Sexuality/Beauty in Quito, Ecuador«, in: *Ideaz*, 14, 33, 2016, S. 150.

In indigenen Gemeinden wurden dagegen die geringen Geburtenkontrollpraktiken auf mangelndes Planungsbewusstsein zurückgeführt. So gebe es zwar eine Vorstellung darüber, dass eine hohe Kinderzahl, insbesondere für die Vererbung von Land an die Familienmitglieder, ökonomische Nachteile mit sich bringe, jedoch führe ein »fatalistischer und gleichzeitig magischer Charakter« dazu, dass indigene Familien ihre Kinderzahl dem »Schicksal« überließen.¹⁹⁷ Eine indigene Kosmvision stand aus Sicht der Forscher einem rationalen Planungsgedanken im Wege. Schrieben die Forschenden ethnischen Gruppen bestimmte sexuelle und reproduktive Verhaltensweisen zu, so deuten sie die Fertilitätsunterschiede auch im Rahmen der Modernisierungstheorie: Communities charakterisierten sie entweder als isoliert oder offen, wobei Isolation weniger topografisch als im Hinblick auf die Einbindung in kapitalistische Wirtschaftsformen und Kommunikationsstrukturen gemeint war. In »offenen« Gemeinden seien Verhütungsmittel bekannter, wobei alle »geschlossene« Gemeinden als indigen klassifiziert wurden.¹⁹⁸ Die Ethnisierung von Sexualität und Geburtenkontrolle ging schlussendlich mit modernisierungstheoretischen Annahmen Hand in Hand.

Neben dem Sexual- und Geburtenverhalten beschrieb das Forscherteam auch die interethnischen Beziehungen und Organisationsstrukturen. Diese Beschreibungen geben einen seltenen, wenn auch gefilterten Einblick in die Lebenswelten guatemaltektischer Gemeinden und die Auswirkungen staatlicher Entwicklungsinitiativen. Die Studie zeigt, dass staatliche Entwicklungsprojekte vorrangig auf die wirtschaftlichen und sicherheitspolitischen Interessen der guatemaltektischen Elite zugeschnitten waren. Beschreibungen zu Entwicklungsinitiativen finden sich nur zu den Gemeinden in Izabal, die über große Erdölreserven und ausgezeichnetes Weideland verfügten. Zu San Marcos de Izabal hieß es beispielsweise, dass die Bewohner und Bewohnerinnen ihr fruchtbares Land zugunsten der Viehwirtschaft aufgeben mussten. Das vom Staat neu zugeteilte Ackerland, so hielten die Interviewer und Interviewerinnen fest, war wenig fruchtbar. Für Izabal wurde zudem ein »politisch angespanntes Klima« verzeichnet, was auf die Präsenz von Guerillagruppen zurückgeführt wurde.¹⁹⁹ Am Lago Atitlán gab es dagegen, so legt die Studie nahe, kaum staatliche Projekte. Der Staat war somit in Guatemala unterschiedlich präsent – besonders das als indigen wahrgenommene Hochland war ein weißer Fleck in der mentalen Landkarte staatlicher Akteure und Akteurinnen.

Bei ihren Forschungsarbeiten wurden die Interviewer und Interviewerinnen auch mit Gerüchten konfrontiert.²⁰⁰ Dem Interviewpersonal wurde beispielsweise vorgeworfen, dass es eine kleine Flasche mit sich führe, in der es einen kleinen Gringo, also US-Amerikaner, aufbewahre, der dann in den Bauchnabel der Frau injiziert werde, damit diese »Gringo-Kinder« bekomme. Ebenso kursierte das Gerücht, dass die Forscher die Geschlechtsteile der Männer und Frauen maßen und die Personen mit den größten Geschlechtsteilen nach Kuba geschickt würden. Diesen Gerüchten kam dabei

197 ICAPF et al., Encuesta, 1968, S. 76.

198 Vgl. ebd., S. 72-76.

199 Vgl. ebd., S. 80.

200 Vgl. ebd., S. 52-56.

eine sinnstiftende Funktion zu.²⁰¹ So vermischte sich die politische Dimension des Kalten Krieges, für welche die USA und Kuba sinnbildlich standen, mit Vorstellungen von Fruchtbarkeit und Sexualität sowie mit Erfahrungen mit früheren medizinischen Forschungs- und Vermessungspraktiken zu einem neuen Erklärungsansatz. Eine durch den Systemkonflikt geprägte Entwicklungs- und Forschungspraxis erhielt folglich eine sexualisierte Verpackung.²⁰²

Diesen Gerüchten und möglichen Implikationen für eine Familienplanungspolitik in Guatemala maß der Entwicklungshelfer Thomas C. Hunt ebenso wenig Bedeutung zu wie der problematischen Landverteilung in Izabal oder der Feststellung, dass sich viele ländliche Familien von Kindern eine Arbeitsentlastung und Versorgung im Alter erhofften. Die Reaktion Hunts, der die Ergebnisse zusammenfasste und ins Englische übersetzte, verdeutlicht dabei, wie selektiv derartige Studien rezipiert wurden. Er sah also nur das, was er sehen wollte. Wichtig waren für Hunt zwei Aspekte: das Bewusstsein über die ökonomischen Nachteile einer großen Kinderzahl sowie die hohen Abtreibungszahlen in vielen ländlichen Gemeinden, die Hunt als Beweis dafür galten, dass auch hier Frauen ihre Familiengröße kontrollieren wollten. Für das guatemalteckische Familienplanungsprogramm bedeute dies, so resümierte Hunt, dass es auf kürzere Sicht effektiver sei, sich auf die urbanen Zentren zu konzentrieren, wo medizinische Einrichtungen und Kommunikationsstrukturen vorhanden seien. Auf längere Sicht hielt er es jedoch durchaus für möglich, Familienplanung auch in indigenen Gemeinden einzuführen.²⁰³

Die Richtung, die das Familienplanungsprogramm Ende der 1960er Jahre nahm, entsprach den Schlussfolgerungen Hunts. Pilotprojekte im ländlichen Raum, die eine Transformation ländlicher, insbesondere indigener Familien zum Ziel hatten, waren aus Sicht der Familienplaner und -planerinnen erfolglos. Stattdessen konzentrierte man sich auf städtische Krankenhäuser, was auch dem urbanen Lebensstil guatemalteckischer Ärzte und Ärztinnen entsprach. Die Aprofam, die 1968 ein Pilotprojekt zu Sexualerziehung und Verhütungsmitteln in der Kommunalstadt Jutiapa initiierte und dort »exzellente Erfolge« erzielte, räumte der Verbreitung von Familienplanung über eine etablierte Gesundheitsinfrastruktur Priorität gegenüber der Arbeit in guatemalteckischen Dörfern ein.²⁰⁴ Guatemalteckische Ärzte und Ärztinnen verließen ihre urba-

201 Für die sinnstiftende Funktion von Gerüchten und deren Auswirkungen auf Gesundheitspolitiken vgl. Lee, Jon D.: *An Epidemic of Rumors. How Stories Shape Our Perception of Disease*, Boulder: Utah State University Press 2013.

202 Die Forscher des ICAPF machten religiöse Akteure für diese Gerüchte verantwortlich, mit der Bedeutung und der Aussagekraft dieser Gerüchte setzten sie sich allerdings nicht auseinander. Mit Gerüchten und der Rezeption von Gesundheits- und Forschungsteams in den Gemeinden hatte sich bereits in den 1950er Jahren der US-amerikanische Anthropologe Richard N. Adams im Auftrag des INCAP auseinandergesetzt. Siehe Adams, Richard N.: »Programa de Investigación Nutricional en Guatemala«, in: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 46, 1959, S. 200-214.

203 Vgl. Thomas C. Hunt, *Comments on some conclusions from a pilot study of fecundity in Guatemala by ICAPF (Apr. 1969)*: NACP, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 3, Folder Hunt Correspondence, FY 70.

204 Thomas C. Hunt, *Fifth Monthly Report (Jan. 1969)*: NACP, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 3, Folder Thomas C. Hunt Correspondence, FY 70.

ne Komfortzone nur ungerne, auch deshalb war der so genannte Post-Partum-Ansatz, der vom Population Council ab Mitte der 1960er Jahre popularisiert wurde, in Guatemala beliebt. Hierbei sollten Frauen kurz nach der Geburt, wenn sie laut Bernard Berelson »hoch motiviert« waren, über Verhütungsmittel informiert werden und möglichst gleich im Krankenhaus die Spirale erhalten.²⁰⁵ Die Verwundbarkeit der Frauen nach der Geburt sollte also systematisch zur Verbreitung neuer Verhütungsmittel und damit für die Senkung der nationalen Geburtenrate ausgenutzt werden. Dass gerade im Hochland eine medizinische Versorgung nur unzureichend zur Verfügung stand, verdrängten die Experten und Expertinnen in diesem Zusammenhang ebenso wie die medizinethischen Implikationen eines solchen Ansatzes. Die Verschiebung von ländlichen hin zu urbanen Familien wird an dem neuen Programmtitel für 1970 erkennbar: Statt unter »Bevölkerung und ländliche Gesundheit« firmierte das Familienplanungsprogramm nunmehr unter »Bevölkerung und Familiengesundheit«.²⁰⁶

Zwischen einer Identifikation indigener Gruppen als Zielgruppe, also dem, was Didier Fassin als ›Lebenspolitik‹ beschrieben hat, und konkreten Regulierungsmaßnahmen, also einer foucaultschen Biopolitik, lagen in Guatemala Welten.²⁰⁷ Nur selten bemühten sich Familienplaner und -planerinnen intensiv darum, Familienplanung auch in indigenen, abgelegenen Dörfern zur Verfügung zu stellen. Obgleich die Erfahrungen und Rückmeldungen aus dem ›Feld‹ Familienplaner und -planerinnen eines Besseren belehrt, verfestigte sich bei ihnen die Vorstellung, dass Familienplanung an indigenen Gruppen scheiterte, zu einem Topos im »Narrativ des Scheiterns«.²⁰⁸

5.6 »Die neue Ära der Fertilitätskontrolle« – Geburtenkontrollpraktiken

Neu verfügbare Verhütungsmittel, wie die Antibabypille und die Spirale, nahmen in dem 1967 etablierten Familienplanungsprogramm eine zentrale Funktion ein. Es ging im Kern darum, die Fertilität von Guatemaltekinen mithilfe hormoneller und intrauteriner Kontrazeptiva zu regulieren, wohingegen Bildung, Aufklärung und Information dazu dienen sollten, die neuen Möglichkeiten der Geburtenkontrolle in Guatemala populär zu machen. Waren sich Familienplaner und -planerinnen in Guatemala darüber einig, dass die Vergabe von Kontrazeptiva im Zentrum des Programms stehen sollte, so war die Frage, auf welche Verhütungsmethoden zurückgegriffen werden sollte, Gegenstand von Aushandlungsprozessen. Die Debatten und Praktiken rund um Geburtenkontrolle wurden in Guatemala dabei nicht von religiösen oder staatlichen Akteuren

205 Berelson, National Family Planning Programs, 1964, S. 4.

206 Vgl. USAID, *Changes and Corrections of Project Titles and Members, Effective July 1, 1970* (28.8.1969): NACP, USAID M. GUA, Program Office, Subject Files, Container 17, Folder PRM Projects, FY 1970.

207 Didier Fassin unterscheidet Lebenspolitik, bei der eine Evaluierung des Menschenlebens vorgenommen wird, von einer Foucaultschen Biopolitik, bei der die Technologien und die Art und Weise, wie Menschen reguliert werden, beschrieben werden. Vgl. Fassin, Didier: »Humanitarianism as a Politics of Life«, in: *Public Culture*, 19, 3, 2007, S. 499–520, hier: S. 500f.

208 Zum Motiv des Scheiterns und seiner geschichtswissenschaftlichen Einordnung siehe Büschel, Einleitung, 2009, hier: S. 11ff.

und Akteurinnen bestimmt, sondern in erster Linie von Institutionen des *population establishment*. Die USAID, Aprofam und US-amerikanische Pharmakonzerne prägten, wie im Folgenden gezeigt wird, im Wesentlichen die Geburtenkontrollpraktiken in Guatemala in den 1960er Jahren.

Die wissenschaftliche Erforschung und Weiterentwicklung der beiden wichtigsten kontrazeptiven Produkte der 1960er Jahre, die Antibabypille und das Intrauterinpressar, im Deutschen auch Spirale genannt, stand in engem Zusammenhang mit den Debatten um das globale Bevölkerungswachstum.²⁰⁹ Die Entwicklung des ersten Antibabypillenprodukts ›Enovid‹ geht maßgeblich auf die finanzielle und ideelle Unterstützung der Geburtenkontrollaktivistinnen Margaret Sanger und Katherine Dexter McCormick zurück. Getestet wurde die Pille in Puerto Rico, bevor sie 1960 erstmalig für den US-amerikanischen Markt zugelassen wurde.²¹⁰ Die Spirale war im Gegensatz zur ›Pille‹ nicht neu: der deutsche Gynäkologe Ernst Graefenberg hatte bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts einen mit Silberdraht umwickelten Ring entworfen, der zur Verhütung in die Gebärmutter eingeführt wurde. Mit den Debatten über das globale Bevölkerungswachstum erlebte diese Verhütungsmethode jedoch ein außerordentliches Comeback: Der Population Council förderte die Weiterentwicklung der Spirale massiv, indem er 1961 erste Forschungsstipendien an die Ärzte Jack Lippes und Lazar Margulies vergab, welche daraufhin die zweite Spiralgeneration aus flexiblem Plastik entwickeln konnten.²¹¹ Hinter der (Weiter-)Entwicklung dieser Verhütungsmittel stand wesentlich das Bestreben, Verhütungsmethoden zu finden, die sicher, kostengünstig und einfach verständlich in verschiedensten Kontexten eingesetzt werden konnten.²¹²

In Guatemala waren es die leitenden Ärzte der Aprofam, die sich erstmalig näher mit diesen als neu und modern beschriebenen Verhütungsmethoden und ihrem Gebrauch in den unterschiedlichen gesellschaftlichen Schichten beschäftigten. Einen Einblick in die biomedizinischen Entwicklungen erhielt der Aprofam-Direktor Enrique Castillo Arenales 1962 bei einer von der International Planned Parenthood Federation für lateinamerikanische Familienplanungspioniere und -pionierinnen organisierten Konferenz in New York. Hier stellten führende Ärzte der internationalen Verhütungsmittelforschung, darunter Lazar Margulies, Jaime Zipper, Gregory Pincus und John Rock, ihre neuen Forschungen zur Spirale und Antibabypille vor.²¹³ Während dieser Konferenz knüpfte Castillo Arenales ebenfalls erste Kontakte zu US-amerikanischen Pharmakonzernen, die Antibabypillen vertrieben. Über diese privaten marktwirtschaftlichen Kanäle, konkret den guatemalteckischen Pharmabetrieb Solbeda, waren später

209 Vgl. u.a. Huhle, *Bevölkerung, Fertilität, Familienplanung*, 2017, S. 242ff.; Niethammer, Lutz; Satjukow, Silke: »Wenn die Chemie stimmt... Geschlechterbeziehungen und Geburtenkontrolle im Zeitalter der Pille«, in: Niethammer, Lutz; Satjukow, Silke (Hg.): »Wenn die Chemie stimmt...« *Geschlechterbeziehungen und Geburtenkontrolle im Zeitalter der Pille*, Göttingen: Wallstein 2016, S. 9-35, hier: S. 12; Marks, Lara V.: *Sexual Chemistry. A History of the Contraceptive Pill*, New Haven, London: Yale University Press 2010, S. 13ff.

210 Zur Geschichte der Antibabypille siehe ebd.

211 Vgl. Takeshita, Chikako: *The Global Biopolitics of the IUD. How Science Constructs Contraceptive Users and Women's Bodies*, Cambridge: MIT Press 2012, S. 15.

212 Vgl. Connelly, *Fatal Misconception*, 2008, S. 174f.

213 Vgl. hierzu die Unterlagen der PPFA, in: SSC, PPFA II, Series VIII Foreign, Box 204, Folder 17.

auch die erste Antibabypille ›Enavid‹ in Guatemala erhältlich.²¹⁴ Wie viele andere Zeitgenossen schrieben auch Castillo Arenales und seine Kollegen der Antibabypille und der Spirale das Potential zu, Geburtenkontrollpraktiken in Guatemala revolutionieren zu können. Beide Produkte galten im Gegensatz zu den bis dato bekannten Verhütungsmethoden wie der Klaus-Ogino-Methode, Kondomen, Diaphragmen, Coitus Interruptus und Sterilisation als reversibel, zuverlässig, einfach und ›koitusunabhängig‹. Diese Merkmale, so argumentierte Castillo Arenales, machten Geburtenkontrolle zum ersten Mal praktikabel für ärmere Bevölkerungsschichten in Guatemala, die zuvor durch ›traditionelle‹ Methoden in ihrem Wunsch nach Empfängnisverhütung gebremst worden waren.²¹⁵ Roberto Santiso Gálvez argumentierte sogar, dass diese Methoden der Unter- und Mittelschicht überhaupt erst die Möglichkeit zur Geburtenkontrolle eröffneten, da in diesen Schichten die bisherigen Praktiken zur Empfängnisverhütung gänzlich unbekannt seien.²¹⁶ Kurzum: Aus der Sicht der Aprofam-Ärzte leiteten diese neuen Kontrazeptiva eine »neue Ära der Fertilitätskontrolle« in Guatemala ein.²¹⁷

Doch nicht für alle Guatemaltekinen waren diese Kontrazeptiva in gleichem Maße zugänglich. Vielmehr bestimmten in den frühen 1960er Jahren soziale Herkunft und kontrazeptive Politiken des *population establishment* darüber, wer auf Antibabypillen und Spiralen zurückgreifen konnte. Castillo Arenales argumentierte 1963, dass sich der Gebrauch der Pille in Guatemala unweigerlich auf »bestimmte ethnische Gruppen«, also eine ladinische Oberschicht, beschränken müsse, wohingegen er die Spirale als geeignetes Mittel für Guatemalas »Massen« anpries.²¹⁸ Damit bezog sich Castillo auf Aussagen von der Konferenz in New York, bei der Margulies und Zipper die »idealen Konditionen, zum Beispiel Einfachheit, Effektivität und Wirtschaftlichkeit« der Spirale hervorgehoben hatten.²¹⁹ Die Spirale wurde als praktikabler angesehen, da sie nur einmal eingesetzt werden musste, sie war zudem günstiger als die Pille. Das Sprechen über die Vor- und Nachteile von Verhütungsmitteln transportierte qualitative Zuschreibungen: Ärmeren Frauen wurde die für eine zuverlässige Empfängnisverhütung notwendige regelmäßige Einnahme der Antibabypille nicht zugetraut. Damit war Guatemala kein Einzelfall, auch in anderen Ländern des globalen Südens wurde die Spirale als einfache technologische, massentaugliche Lösung verbreitet.²²⁰ Die Spirale war auch das Verhütungsmittel, das 1965 mit der Eröffnung der ersten ›Familienplanungskliniken‹ in der guatemaltekinischen Hauptstadt der urbanen Unter- und Mittelschicht zur Verfügung stand, während die Antibabypille zunächst ein Luxusgut der Oberschicht blieb. Verbreitet wurde zunächst der so genannte Lippes-Loop, eine Spirale aus Kunststoff,

214 Santiso Gálvez, *Contraceptives as a Means*, 1964.

215 Vgl. Castillo Arenales, *Planificación familiar*, 1963, S. 33f. Castillo berief sich hier auf den US-amerikanischen Gynäkologen Alan Guttmacher.

216 Vgl. Santiso Gálvez, *Contraceptives as a Means*, 1964.

217 Galich, Luis Fernando: »Acerca del Uso de Anticonceptivos Orales«, in: *Boletín Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala*, 12, 1970, S. 1.

218 Castillo Arenales, *Planificación familiar*, 1963, S. 34f.

219 Jaime Zipper, *Clinical Experience with the Use of a Flexible Nylon Ring (Graefenberg Ring) as a Contraceptive Technique, First Family Planning Seminar for Latin American Leaders, New York (4.6.1962)*: SSC, PPFA II, Foreign, 1939-1979, Latin America – Latin American Seminar – Programs, Miscellaneous, 1962.

220 Vgl. Huhle, *Bevölkerung, Fertilität, Familienplanung*, 2017, S. 250ff.

die von der IPPF und dem Pathfinder Fund an die Aprofam und das IGSS gespendet wurde.²²¹ Somit gaben deren Politiken zunächst die Möglichkeiten der Empfängnisverhütung in Guatemala vor.

Mit dem Beginn des nationalen Familienplanungsprogramms 1967 sollte sich diese Situation jedoch ändern. In ausgewählte Gesundheitszentren in ländlichen Regionen wurden Spiralen und Antibabypillen versandt. Auch Kondome, Diaphragmen und Vaginalcremes waren erhältlich, jedoch nur in sehr kleinen Mengen. Geburtenkontrolle zielte also auf den weiblichen Körper ab, wobei Verhütungsmittel für den Mann, wie beispielsweise Forschungen zu einer ›Verhütungsimpfung‹, bei der guatemalteckischen Aprofam durchaus auf Interesse stießen.²²² Einen Großteil der ›neuen‹ Verhütungsmittel stellte hierbei wiederum die IPPF zur Verfügung, ob kostenfrei oder für einen geringen Verkaufsbetrag ist nicht klar.²²³ Traten andernorts schnell auch Versorgungsprobleme bei der Verbreitung von Antibabypillenprodukten auf, finden sich in den Korrespondenzen der USAID keine Hinweise auf derartige Engpässe in Guatemala.²²⁴

Der Fall Guatemalas verdeutlicht, dass nationale Geburtenkontrollpraktiken oftmals sehr unterschiedliche Dynamiken entfalteten. Obgleich sich internationale Organisationen für eine Popularisierung der Spirale einsetzten, war der Rückgriff auf die Pille recht hoch, wie die Mitarbeitenden der Public-Health-Abteilung der USAID in Guatemala dokumentierten. Sie vermerkten, dass manche Gesundheitszentren in ländlichen Gebieten keinerlei Spiralen ausgegeben hatten. Der USAID-Mitarbeiter Thomas C. Hunt hielt beispielsweise fest, dass 69 % der ›Neunutzerinnen‹ im Jahr 1967 noch die Spirale gewählt, 1969 sich dagegen nur noch 23 % für diese Methode entschieden hätten.²²⁵ Auch im zentralamerikanischen Vergleich war Guatemala das Land, das den höchsten Jahresbedarf an Antibabypillen bei der IPPF anmeldete.²²⁶ Mit dieser hohen Nachfrage nach Antibabypillen lief Guatemala gegen globale Konjunkturen an, was unterschiedlich begründet wurde. Der USAID-Mitarbeiter Donald MacCorquodale hielt

221 Vgl. Santiso Gálvez, *Necesidad de la planificación familiar*, 1968; Santiso Gálvez et al., *Guatemala: Pioneering Days*, 2007, S. 142.

222 Vgl. Castillo Arenales, *Planificación familiar*, 1963, S. 35. Von Forschungen zu einer ›Verhütungsimpfung‹ und zu hormoneller Verhütung für den Mann wurde auch bei der Konferenz der Federación Médica de Guatemala berichtet. Vgl. Federación Médica de Guatemala, *Crecimiento demográfico*, 1966, S. 45ff. Siehe zur ›Impfung‹ auch Takeshita, *The Global Biopolitics*, 2012, S. 14ff.

223 Produkte, die zum Einsatz kamen, waren Ovulen 29 und Eugynon. Vgl. NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 4, Folder Family Planning Association, Correspondence 70 #2.

224 Vgl. beispielsweise zur Türkei Hartmann, Heinrich: »Verhüten und Verbreiten. Türkische Bevölkerungspolitik und die Logistik der Kontrazeptiva, 1960-1980«, in: Niethammer et al. (Hg.), *Wenn die Chemie stimmt*, 2016, S. 385-407.

225 *Thomas Hunt, Informe final (16.11.1970)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 9, Folder Thomas Hunt (Correspondence), S. 2f.

226 Für das Jahr 1968 meldete Guatemala einen Jahresbedarf von 75.000 Antibabypillenzyklen bei der IPPF an, Costa Rica, das den zweithöchsten Betrag angab, lag nur bei 18.000 Zyklen. Diese absoluten Zahlen sind schwierig einzuordnen, zudem ist unklar, ob die Länder nicht auch von anderen Förderinstitutionen Antibabypillen erhielten. Vgl. *Vintinner an Albert Grego (11.3.1968)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, ROCAP, Office of the Director, Subject Files, Container 4, Folder Health Facilities, FY 1969.

die medizinischen Praktiken und das fehlende gynäkologische Wissen guatemaltekischer Ärzte und Ärztinnen und weniger die Entscheidung guatemaltekischer Frauen für ausschlaggebend.²²⁷ Nicht nur eine mangelhafte Ausbildung, auch ein gewisser ärztlicher Pragmatismus ließe sich dieser Haltung zugrunde legen. Das Ausstellen von Pillenrezepten war schlussendlich einfacher und erforderte weniger Kontakt mit den Patientinnen als das Einsetzen der Spirale, das auch mit Nachuntersuchungen verbunden war.

An einer stärkeren Popularisierung der Antibabypille hatte allerdings auch der Aprofam-Arzt Santiso Gálvez einen bedeutenden Anteil. Dieser hatte 1965 Castillo Arenales als Direktor der guatemaltekischen Familienplanungsorganisation abgelöst und vertrat eine andere Haltung als sein Vorgänger und führende Bevölkerungsstrategen wie beispielsweise der Verhaltensforscher Bernard Berelson, die sich dafür einsetzten, dass zwar eine Auswahl an Verhütungsmitteln angeboten wurde, medizinisches Personal in Ländern des globalen Südens aber in erster Linie die Spirale empfehlen sollte.²²⁸ Konträr zu diesen Ansätzen bat Santiso Gálvez 1966 die USAID darum, neben ›Spiralen‹ auch die Anschaffung von Antibabypillen für Guatemala zu unterstützen.²²⁹ Dieser Aufwertung der Pille lagen seine konkreten Erfahrungen aus dem Klinikalltag im IGSS zugrunde. Denn dort hatte sich gezeigt, dass sich die Spirale für viele post-abortive Patientinnen in Guatemala nicht anbot. Abtreibungen wurden in Guatemala zumeist unter unhygienischen, illegalen Bedingungen durchgeführt, was zu Folgeinfektionen der Gebärmutter führen konnte. Deshalb, so argumentierte Santiso Gálvez, werde die Spirale oftmals abgestoßen.²³⁰ Heftige Nebenwirkungen wie Fieber, Infektionen und Zwischenblutungen waren zudem bei der zweiten Spiralegeneration der 1960er Jahren nicht unüblich.

Zugleich ging es der guatemaltekischen Familienplanungsorganisation auch darum, eine Wahlfreiheit bei der Auswahl der Verhütungsmethode zu ermöglichen. Guatemaltekische Familien sollten somit nicht nur die Möglichkeit haben, sich von ungewollten Schwangerschaften zu ›befreien‹, sondern auch frei und gemäß ihren religiösen Überzeugungen und individuellen Vorlieben über die Verhütungsmethoden zu entscheiden. Wie im Bericht der Ford Foundation festgehalten wurde, erkundigte sich Santiso nach der Förderung von Antibabypillen, um ein ›breiteres Spektrum an Verhütungsmitteln‹ anbieten zu können.²³¹ Konkret ging es ihm hier um die Mutterschaftsabteilung des IGSS, die von Frauen der urbanen Unter- und Mittelschicht besucht wurde.²³² Diese Initiative lassen vermuten, dass, anders als in anderen lateinamerikanischen Ländern, in Guatemala die Antibabypille nicht nur der Oberschicht vorbehalten

227 Donald MacCorquodale, *Family Planning Program – AID to Circular* (3.11.1967): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 2, Folder Population Growth Control (Family Welfare Association), FY 68, S. 4.

228 Vgl. Necochea López, *A History of Family Planning*, 2014, S. 71.

229 Vgl. Saunders, *Central American Notes*, Oct. 1966.

230 Vgl. Santiso Gálvez, *Aborto ilegal*, 1966, S. 285.

231 Vgl. Saunders, *Central American Notes*, Oct. 1966.

232 Vgl. ebd.

bleiben sollte.²³³ Guatemaltekischen Familienplaner und -planerinnen hatten in jeden Fall ein sehr viel größeres Interesse an hormonellen denn an intrauterinen Verhütungsmitteln, was sich deutlich an den Debatten um mögliche Nebenwirkungen zeigt. Während die Probleme, die mit der Spirale auftraten, nur kurzzeitig die Aufmerksamkeit der Aprofam-Ärzte auf sich zogen, verfolgte die guatemaltekische Familienplanungsorganisation die internationalen Diskussionen über die Risiken der Antibabypille genau und erkundigte sich mehrfach bei der USAID nach dem neuesten Stand der Forschung.²³⁴ Zur Debatte stand, inwieweit dieses Verhütungsprodukt Krebserkrankungen verursachte und Thrombosen auslöste. Auf diese Risiken hatte dann auch das britische Dunlop-Komitee für Medikamentensicherheit hingewiesen, dessen Bericht weltweit sowohl bei medizinischem Personal als auch bei Patientinnen große Unsicherheit auslöste.²³⁵ Die International Planned Parenthood Federation reagierte 1970 mit einer Stellungnahme, in der betont wurde, dass Pillen mit wenig Östrogengehalt bei einer guten medizinischen Begleitung weiterhin bedenkenlos verschrieben werden könnten. Dieses Papier wurde von der Aprofam in verkürzter Form in ihrem eigenen Bulletin für die guatemaltekische Medizinerschaft abgedruckt. Die guatemaltekische Familienplanungsorganisation war somit darum bemüht, mögliche Zweifel an diesem Produkt rasch aus dem Weg zu räumen.²³⁶

Das »Pillenprogramm« und die »Neutralitätspolitik hinsichtlich der beiden angebotenen Methoden«, welche der guatemaltekischen Familienplanungsorganisation zugeschrieben wurden, gerieten seitens der USAID im Hinblick auf die ländlichen Regionen in die Kritik, wie ein Bericht des USAID-Praktikanten Stewart Donaldson zeigt. Dieser hatte 1968 im Auftrag der Public-Health-Abteilung der USAID in Guatemala das Familienplanungsprogramm in dem Land evaluiert und auf die zahlreichen Probleme, die bei der Verbreitung der Pille in ländlichen Regionen auftraten, hingewiesen. Viele Frauen, so Donaldson, unterbrachen die Pilleneinnahme oder setzten sie komplett ab, befolgten also die Therapie nicht richtig und kompromittierten somit die Effektivität des Pillenprogramms.²³⁷ Dass nicht nur stereotypische Vorurteile wie im Falle

233 Auch beispielsweise in Kolumbien war die Pille zunächst in erster Linie bei der Oberschicht verbreitet. Vgl. Huhle, *Bevölkerung, Fertilität, Familienplanung*, 2017, S. 244.

234 Siehe zu den Anfragen die USAID Korrespondenz mit der guatemaltekischen Aprofam, NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 4, Folder Family Planning Association (Correspondence), FY 70.

235 Das britische Komitee für Medikamentensicherheit ist besser unter dem Namen seines Gründers bekannt: Sir Derrick Dunlop gründete 1963 erstmalig ein entsprechendes Komitee, um die Folgen und Nebenwirkungen neuer Medikamente zu prüfen. Zum Dunlop-Bericht siehe Leathard, Audrey: *Fight for Family Planning. The Development of Family Planning Services in Britain 1921-74*, London, Basingstoke: The Macmillan Press LTD 1980, S. 111.

236 Zur Stellungnahme der IPPF siehe Aprofam, *Memorandum general con respecto a los acontecimientos más recientes en el uso de anticonceptivos orales (26.1.1970)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 4, Folder Family Planning Association (Correspondence), FY 70. Zum Beitrag der Aprofam, Galich, *Acerca del Uso de Anticonceptivos*, 1970, S. 1.

237 *Steward Donaldson, Report on Study of Guatemalan Family Planning Program (1968)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 3, Folder Population Growth Control (Family Planning Association), S. 9.

Castillo Arenales den Blick auf kontrazeptive Praktiken prägten, wird an der Argumentation Donaldsons deutlich. Zwar rekurrierte auch er auf Kultur als Erklärungsansatz für medizinbezogene Verhaltensweisen, indem er den geringen Bildungsgrad ländlicher Frauen sowie einen Hang zur Unpünktlichkeit als Probleme identifizierte. Doch wichtiger erschienen Donaldson Faktoren, auf die individuelle Patientinnen nur wenig Einfluss hatten. Schlechte Behandlungspraktiken, fehlende Aufklärung zur Einnahme der Pille, eine gestörte Arzt-Patientinnen-Kommunikation, die fern von einer ›informierten Einwilligung‹ war, sowie lange Anfahrtswege und Wartezeiten identifizierte er als grundlegende Probleme, die das Pillenprogramm störten.²³⁸ Vor Ort arbeitende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen waren folglich keinesfalls auf dem ›strukturellen Auge‹ blind.

Praktikabilität war eine zentrale Leitlinie für Familienplanungspolitik in Guatemala, wie an den Empfehlungen Donaldson deutlich wird. Er resümierte, dass die diagnostizierten strukturellen Probleme durch angemessene Aufklärungsprogramme, eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung und regelmäßige Nachkontrolle ausgeräumt werden könnten. Sein Lösungsvorschlag war jedoch ein anderer: Angesichts der komplexen Problemlage riet er dazu, von einer Verbreitung der Pille in ländlichen Gebieten abzusehen und stattdessen, wie auch in anderen Ländern üblich, nur auf die Spirale zurückzugreifen. Patientenaufklärung sei zwar wünschenswert, so Donaldson, aber »schwieriger zu überprüfen und umzusetzen als eine definitive Präferenzpolitik«.²³⁹ Hieran manifestiert sich eine für die internationale Gesundheits- und Entwicklungspolitik charakteristische Handlungslogik, auf die auch der Medizinhistoriker Randall Packard hingewiesen hat: Alternative, umfassendere Lösungsansätze fielen einem entwicklungspolitischen Pragmatismus zum Opfer.²⁴⁰ Kulturelle Vorurteile und ›gut gemeinte‹ Überlegungen im Sinne einer ›Nutzerfreundlichkeit‹ gingen hier Hand in Hand und begründeten eine pragmatische Haltung, die jedoch in der Praxis die reproduktive Wahl guatemaltekmischer Frauen beschränkte.

Donaldsons Vorschläge stießen bei der Aprofam auf große Gegenwehr. Ihre Mitglieder sahen hierin eine klare Einschränkung der »Familienplanungsphilosophie«, sprich der Wahlfreiheit der Patientinnen, wie argumentiert wurde.²⁴¹ Es ist bezeichnend, dass diese Position von Personen formuliert wurde, die ansonsten in der Geschichte der Familienplanung in Guatemala kaum sichtbar werden: Es waren zwei Frauen, die Krankenschwester Ana María Guirola de Posadas und die Sozialarbeiterin Fluvia Ordéñez de Muñoz, die Donaldsons Bericht detailliert analysierten und sich mit Nachdruck gegen die vorgeschlagene »Präferenzpolitik« aussprachen. Inwieweit sie diese als Ausdruck einer männlich dominierten Bevölkerungskontrollpolitik deuteten und die reproduktiven Rechte guatemaltekmischer Frauen eingeschränkt sahen, bleibt offen. Deutlich wird

238 Ebd., S. 9.

239 Ebd., S. 13.

240 Packard, *History of Global Health*, 2016, S. 9.

241 *Recommendations of Ana María Guirola de Posadas; Fluvia Ordéñez de Muñoz, nurse and social worker on the Stuart Donaldson study (Aug. 1968)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 3, Folder Thomas C. Hunt Correspondence.

jedoch, dass auch weibliche Akteurinnen versuchten, die Politiken der Geburtenkontrolle in Guatemala mitzubestimmen.

Versuche, gleichermaßen die Auswahl an verfügbaren Verhütungsmethoden zu erweitern und eine praktikable Lösung zur Geburtenkontrolle für Frauen aus ländlichen Gebieten zu finden, brachten in Guatemala auch das hormonelle Langzeitkontrazeptivum Depo-Provera ins Gespräch. Zwar wurde dieses in den 1950er Jahren entwickelte Produkt zunächst gegen Endometriose eingesetzt, doch bald erkannte man die kontrazeptive Wirkung der »Dreimonatsspritze«, die auf der Basis von Progestagenen den Eisprung verhindert und alle drei Monate injiziert wird.²⁴² Einen wesentlichen Anteil an der Verbreitung und Erforschung von Depo-Provera hatte in Guatemala das US-amerikanische Pharmaunternehmen Upjohn. Die Kontakte mit Akteuren und Akteurinnen des *population establishment*, Aktivitäten und Vermarktungsstrategien dieses international agierenden Pharmaunternehmens sind trotz der Bedeutung, die ihm bei der Verbreitung moderner Kontrazeptiva zugeschrieben wird, noch wenig untersucht worden.²⁴³ Dies trifft auch auf Depo-Provera zu, das wie kein anderes Verhütungsmittel bei Kritikern und Kritikerinnen für eine rassifizierte Bevölkerungspolitik steht und innerhalb der USA bereits früh mit heftigen Nebenwirkungen und Krebserkrankungen in Verbindung gebracht wurde. Innerhalb der USA führten diese kritischen Debatten dazu, dass die Food and Drugs Administration (FDA) das Produkt erst 1992 als Kontrazeptivum für den heimischen Markt zuließ.²⁴⁴ In vielen Ländern des globalen Südens wurde das Produkt jedoch seit den 1960er Jahren als Verhütungsmittel verbreitet und getestet, weshalb Depo-Provera Ende der 1970er Jahre auch in diesen Ländern in die Kritik geriet. In Südafrika deklarierte beispielsweise die Frauenabteilung der südafrikanischen Anti-Apartheidsbewegung, dass Depo-Provera »die Kollision von »rassistischer Bigotterie und kommerzieller Gier, gekleidet in wissenschaftlichem Jargon und hochtrabendem Gerede über Prinzipien und Humanitarismus gekleidet« offenbare».²⁴⁵ Auch in Guatemala geriet dieses Produkt in den frühen 1980er Jahren stark in die Kritik.²⁴⁶ Konzentrieren sich bisherige geschichtswissenschaftliche Studien über

242 Die Pharmaunternehmen Syntex und Upjohn entwickelten unabhängig voneinander dieses Langzeitkontrazeptivum im Jahr 1956. Zugelassen wurde es dann erstmalig 1960, jedoch ausschließlich zur Behandlung von Fehlgeburten und Endometriose, einer chronischen Erkrankung der Gebärmutter-schleimhaut. Vgl. Kline, Wendy: »Bodies of Evidence. Activists, Patients, and the FDA Regulation of Depo-Provera«, in: *Journal of Women's History*, 22, 3, 2010, S. 64-87, hier: S. 65.

243 Vgl. Huhle, Bevölkerung, Fertilität, Familienplanung, 2017, S. 256. Zu Schering siehe Necochea López, A History of Family Planning, 2014, S. 32.

244 Zur Bedeutung von Patientinnenerfahrungen, Aktivistinnen und Aktivistinnen sowie Experten und Expertinnen bei den Debatten um Depo-Provera in den USA siehe Kline, Bodies of Evidence, 2010.

245 Eigene Übersetzung, zitiert nach: Law, Kate: *Fighting Fertility. Depo-Provera, South Africa, and the British Anti-Apartheid Movement: Researcher's Network Perceptions of Pregnancy* 28.11.2016, URL: <https://perceptionsofpregnancy.com/2016/11/28/fighting-fertility-depo-provera-south-africa-and-the-british-anti-apartheid-movement/> (26.01.2022).

246 Ende der 1970er Jahre begannen Graswurzelorganisationen in Guatemala auf die Risiken und Probleme von Depo-Provera hinzuweisen. Die USAID sammelte diese kritischen Beiträge, vgl. NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 26, Folder Studies of Depoprovera, FY 81.

Depo-Provera in erster Linie auf die Forschungspraktiken Upjohns und deren Rezeption in den USA, so gibt es nur wenige Arbeiten zur Vorgehensweise Upjohns und der Verbreitung von Depo-Provera in den Ländern des globalen Südens, weshalb das Erscheinen der Dreimonatsspritze in Guatemala an dieser Stelle ausführlicher betrachtet werden soll.²⁴⁷

Eine zentrale Strategie des Unternehmens in Zentralamerika war es, interessierte Personen im privaten Bereich zu kontaktieren.²⁴⁸ In Guatemala sprachen Vertreter und Vertreterinnen des Unternehmens ab 1968 gezielt privat praktizierende Ärzte und Ärztinnen an, die in Familienplanungsaktivitäten eingebunden waren. Dazu zählte der für die Aprofam tätige Arzt Frederico Staackmann-Ramos und der US-amerikanische Arzt Carroll Behrhorst. Beide Ärzte initiierten, unabhängig voneinander, ab 1969 Testreihen mit dem Produkt.²⁴⁹ Die Motivationen, Forschungsfragen, Finanzierung und Ablauf dieser Studien sind nur bruchstückhaft überliefert. Einen Einblick in die Vorgehensweise des Unternehmens bietet jedoch ein kurzer Brief von H. James Barnum, dem Präsidenten der privaten Werbe- und Marketingagentur Deltakos, der Behrhorst 1969 erreichte und in der privaten Korrespondenz dieses Arztes zu finden ist.²⁵⁰ Deltakos war auf die Vermarktung von wissenschaftlichen und medizinischen Produkten spezialisiert und übernahm in diesem Fall die Kommunikation und die Absprache des Forschungsdesigns mit Thomas C. Vecchio, Leiter der Internationalen Abteilung bei Upjohn. Marktwirtschaftliche, private Werbe- und Marketingorganisationen wie Deltakos, so deutet dieser Brief an, spielten als vermittelnde Instanzen zwischen Ärzten und Pharmaunternehmen eine bedeutende und bislang häufig übersehene Rolle in internationalen Familienplanungspolitiken.

-
- 247 Die neueste Studie von William Green beschäftigt sich beispielsweise mit den Experimenten, die Upjohn in den USA durchführte und mit den Strategien des Unternehmens, um eine Anerkennung von Depo-Provera als Verhütungsmittel zu bewirken. Vgl. Green, William: *Contraceptive Risk. The FDA, Depo-Provera, and the Politics of Experimental Medicine*, New York: NYU Press 2017. Auch Kline beschäftigt sich mit dem US-amerikanischen Kontext. Zu Südafrika siehe bspw. Schäfer, Rita: »Kontroversen über Verhütungsmittel im Kontext von gender, sex und race in Südafrika«, in: Niethammer et al. (Hg.), *Wenn die Chemie stimmt*, 2016, S. 369-385.
- 248 Laut dem ROCAP-Mitarbeiter Fred Vintinner wurde »Depo-Provera in allen zentralamerikanischen Ländern von Medizinerinnen und Medizinerinnen benutzt, die vom Hersteller Depo-Provera ausgesucht wurden. Fred Vintinner an Donald MacCorquodale (14.8.1968): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Subject Files, Container 2, Folder Population Growth Control (Correspondence), FY 69.
- 249 Die Studie von Staackman-Ramos wird in einer Follow-Up-Studie aus dem Jahr 1976 beschrieben, von der Aprofam selbst sind außer der Anfrage an die USAID, in der die Aprofam die US-amerikanische Entwicklungsorganisation um die Anschaffung der Spritzen bat, keine Aufzeichnungen überliefert. Ähnliches gilt für Behrhorst. Zu den Hinweisen auf die Studien siehe u.a. Vásquez Castellanos Roca B., Ana Isabel de: *Estudio médico-social de 100 casos de señoras que utilizan la inyección Depoprovera como método anticoncepcional*, Tesis, Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala 1976; Thomas C. Hunt, *Six Monthly Report (Feb. 1969)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 3, Folder Hunt Correspondence, FY 70; James King, *Purchase of a Drug not available in United States (7.11.1968)*: NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 2, Folder Population Growth (Correspondence), FY 69.
- 250 M. J. Barnum an Carroll Behrhorst (18.9.1969): LaRC, CB, Box 21, Folder Depoprovera.

Die Depo-Provera-Studie Behrhorsts, so zeigt der Brief, war keinesfalls eine groß angelegte klinische Studie. Vielmehr sollte mit den ›Studien‹ das Produkt in Umlauf gebracht, die Benutzung legitimiert und die Nachfrage gesteigert werden. Im Falle der Behrhorst-Studie waren die Forschungsergebnisse auch nicht für eine Veröffentlichung, sondern für den internen Gebrauch vorgesehen. Projekte wie die in Guatemala waren für Upjohn überaus bedeutsam: Sie sollten US-amerikanischen Beratergremien zur Medikamentensicherheit zeigen, dass in anderen Ländern Depo-Provera bedenkenlos eingesetzt wurde. Für den Aufwand erhielt Behrhorst vom Unternehmen eine ›Spende‹ in Höhe von 1.000 US-Dollar, heute inflationsbereinigt in etwa 6.880 US-Dollar.²⁵¹

Die mit Behrhorst geplante ›Studie‹ unterschied sich dabei deutlich von den Testreihen, die zeitgleich in den USA abliefen und bei denen die Nebenwirkungen im Mittelpunkt standen. Besonders die Sorge, dass Depo-Provera langfristig Brustkrebs und Karzinome in der Gebärmutter auslösen könnte, bestimmte, so die neueste Studie zur Geschichte von Depo-Provera in den USA, die dortigen politischen und wissenschaftlichen Debatten in den 1960er und 1970er Jahren.²⁵² Bei der ›Behrhorst-Testreihe‹ ging es indes darum, das bis dahin einzigartige Merkmal dieses Hormonpräparats, die langfristige Wirkung, weiter zu verbessern. Die lange Wirksamkeit galt Upjohn auch als Argument, um die möglichen gesundheitlichen Risiken zu rechtfertigen. Zweifelsohne stand dieser Versuch auch im Zusammenhang mit der Sorge um ein weltweites Bevölkerungswachstum. In US-amerikanischen Geburtenkontrollorganisationen, die sich um die Erforschung eines langfristigen hormonellen Verhütungsmittels, beispielsweise Implantate, bemühten, fand Upjohn Unterstützer.²⁵³ In Guatemala sollte mit den Tests eine optimale Depo-Provera-Dosierung für sechs Monate entwickelt werden. Hierfür sollte Behrhorst 50 gesunde, nicht schwangere Frauen ›auswählen‹ und diesen 300 Milligramm Depo-Provera injizieren. Das gleiche Verfahren sollte mit einer Dosierung von 400 Milligramm mit einer Vergleichsgruppe durchgeführt werden. Nebenwirkungen spielten keine Rolle. Zwar riet Barnum eigenmächtig dazu, diese aufzuzeichnen, doch lag der Empfehlung eher ein unternehmerisches Interesse zugrunde, denn Barnum verstand die Dokumentation der Nebenwirkungen als »angemessene Höflichkeit«, quasi als zusätzliche Dienstleistung gegenüber dem Unternehmen.²⁵⁴ Die Vereinbarungen zur Studie waren zudem erschreckend knapp gehalten: Anmerkungen zur Durchführung der Studie, zur Medikamentensicherheit, zur Aufklärung der Patientinnen und zur notwendigen informierten Einwilligung der Studienteilnehmerinnen gab es nicht. Somit lässt sich eine große Diskrepanz in den kontrazeptiven Politiken des Unternehmens feststellen: War die Erforschung des Produkts in den USA zumindest theoretisch an das FDA-Protokoll und an ethische Richtlinien gebunden, so konnte das Unternehmen in Guatemala die Verantwortung für ein mögliches Fehlverhalten an Behrhorst abgeben und damit ethische Richtlinien zur Vorbereitung und Durchführung medizi-

251 Vgl. ebd.

252 Vgl. Green, *Contraceptive Risk*, 2017, S. 45f.

253 Vgl. ebd., S. 216.

254 M. J. Barnum an Carroll Behrhorst (18.9.1969).

nischer Experimente am Menschen ausblenden. Die gesundheitlichen Risiken für guatemaltekkische Frauen spielten für das Unternehmen keine Rolle.²⁵⁵

Wie Teresa Huhle für die Erforschung von Verhütungsmitteln in Kolumbien argumentiert hat, wurden weibliche Körper zu reinen Untersuchungsobjekten degradiert. Vor allem Frauen, die aufgrund ihrer körperlichen und seelischen Konstitution und sozialen Situation als besonders verletzlich galten, und von denen wenig Einwände zu erwarten waren, waren bei der Erforschung neuer Verhütungsmethoden beliebte Studienobjekte.²⁵⁶ Dies wird auch in Guatemala erkennbar: Upjohn kooperierte gezielt mit Ärzten, die mit indigenen, ärmeren Frauen arbeiteten und ein Interesse an Fertilitätsregulierung hatten. Im Rahmen der Behrhorst-Testreihe wurde die Dreimonatsspritze Frauen aus Kaqchikel-Gemeinden in und um Chimaltenango injiziert. Die Aprofam-Studie wurde in Kliniken der Hauptstadt durchgeführt, allerdings nahmen hauptsächlich Frauen aus einer ländlichen Unterschicht teil.²⁵⁷

Unter welchen Bedingungen diese Studien jedoch abliefen, hing stark von den ausführenden Ärzten und Ärztinnen ab, denen oftmals selbst ein zweifelhaftes Verhalten nachgesagt wird. Nicht selten, so hat Teresa Huhle gezeigt, ordnete medizinisches Personal die selbstbestimmte Entscheidungsfreiheit und das gesundheitliche Wohlergehen der Frau dem Interesse unter, eine möglichst hohe Effektivität der Verhütungsmethode zu erzielen.²⁵⁸ Bei Depo-Provera argumentierten Kritiker und Kritikerinnen zudem, dass marginalisierte Frauen einem asymmetrischen Arzt-Patientinnen-Verhältnis ausgesetzt waren und ihnen, ob aus rassistischen, religiösen oder paternalistischen Gründen, das Verhütungsmittel gegen ihre Einwilligung gespritzt wurde.²⁵⁹ In Guatemala deuten die verfügbaren Quellenbestände allerdings darauf hin, dass sich die Ärzte aufgrund des Testcharakters des Medikaments zur besonderen Vorsicht verpflichtet sahen: Behrhorst betonte beispielsweise gegenüber ausländischen Geldgebern, dass Depo-Provera nur denjenigen Frauen injiziert worden sei, die der Behandlung auch zugestimmt hatten. Auch die Zustimmung der Partner wurde, so beschrieb es der US-amerikanische Arzt, wenn möglich eingeholt.²⁶⁰ Ähnliches berichtete die guatemaltekkische Sozialarbeiterin Ana Isabel Vásquez Castellanos Roca B. in ihrer Follow-Up-Studie zu den Testreihen der Aprofam.²⁶¹ In der Behrhorst-Klinik in Chimaltenango war Depo-Provera zudem an eine weitere Studie geknüpft, bei der eine von Behrhorst angeleitete, Kaqchikel sprechende Krankenschwester Frauen in den Gemeinden um Chimaltenango danach befragte, welches Verhütungsmittel, ob Pille, Spirale oder

255 So sollte Behrhorst das »Arrangement« lediglich bestätigen, die Lieferung der Dreimonatsspritzen würde dann auch rasch folgen, so Burnam. Auch deutet das Schreiben darauf hin, dass keine weiteren Informationen, weder vor Ort noch postalisch, zur Studie ausgetauscht wurden. Ebd.

256 Vgl. Huhle, *Bevölkerung, Fertilität, Familienplanung*, 2017, S. 254.

257 Auch in den USA wurden Krankenhäuser ausgewählt, die vor allem von ärmeren afroamerikanischen Frauen konsultiert wurden. Green, *Contraceptive Risk*, 2017, S. 16ff.

258 Vgl. Huhle, *Bevölkerung, Fertilität, Familienplanung*, 2017, S. 254f.

259 Siehe hierzu Law, *Fighting Fertility*, 2016.

260 *Carroll Behrhorst an World Neighbors, Family Planning Report (o. D.)*: LaRC, CB, Box 2, Folder World Neighbors.

261 Vásquez Castellanos Roca B., *Estudio médico-social*, 1976, S. 34.

›Injektion‹, sie bevorzugten. Nur den Frauen, die sich für die Dreimonatsspritze entschieden, sollte diese auch injiziert werden. Freiwilligkeit, Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmung waren, zumindest auf dem Papier, wichtige Kriterien für die an den Studien beteiligten Ärzte. Offen bleibt auch, ob die Ärzte zu diesem Zeitpunkt überhaupt ausführlich über die Risiken informiert waren. Vermutlich war das Produkt in Guatemala sehr viel weniger mit Nebenwirkungen verknüpft als in den USA. Behrhorst ging beispielsweise davon aus, dass Depo-Provera nur »geringe Nebenwirkungen« hatte.²⁶² Als Debatten über die Langzeitrisiken zunahmen, ging dies auch nicht spurlos an den beiden Ärzten vorbei: 1971 setzte die Aprofam das Testprogramm wegen »andauernder Studien« wieder ab.²⁶³ Wie vielen Frauen bis dahin Depo-Provera injiziert wurde, ist unklar. 100 Patientinnen wurden für die Tests ausgewählt, doch offenbar erhielten wesentlich mehr Frauen das Produkt. Geringer waren die Zahlen bei Behrhorst, der das Medikament, so legen es die Korrespondenzen nahe, nur kurz einsetzte und die Studie nicht zu Ende brachte.²⁶⁴

In diesem Spannungsfeld von marktwirtschaftlichen Interessen, medizinischen Praktiken und internationaler Bevölkerungspolitik wird häufig die Perspektive der Patientinnen vernachlässigt, deren Erfahrungen mit dem Medikament selten dokumentiert wurden, wie es auch in Guatemala der Fall ist.²⁶⁵ Dennoch wird durch einige Hinweise deutlich, dass sich viele Nutzerinnen nicht als Versuchsobjekte wahrnahmen, sondern ›die Spritze‹ als Verhütungsmittel schätzten und aktiv an den Testreihen teilnahmen. Im Falle des Testprogramms der Aprofam reisten viele Frauen alle drei Monate in die Hauptstadt, um sich dort die Dreimonatsspritze injizieren zu lassen; über die Hälfte der Nutzerinnen kam aus ländlichen Regionen. Sie nahmen zudem nicht nur lange Anfahrtswege in Kauf, sondern überwandern auch ökonomische Hürden. Beim Testprogramm der Aprofam mussten die Studienteilnehmerinnen selbst die Kosten übernehmen, wobei Depo-Provera sogar ein wenig teurer war als die Pille.²⁶⁶ Auch in Chimaltenango kam ›die Spritze‹ offenbar gut an: So hatte laut Behrhorst eine Umfrage ergeben, dass von 600 Familien mehr als 60 % Familienplanung begrüßten und davon wiederum die Mehrheit ›die Spritze‹ bevorzugte.²⁶⁷ Inwieweit Frauen über mögliche Risiken informiert waren und diese wissentlich in Kauf nahmen, bleibt allerdings offen.

262 Carroll Behrhorst an World Neighbors, *Family Planning Report (o. D.)*: LaRC, CB, Box 2, Folder World Neighbors.

263 Vgl. Vásquez Castellanos, *Estudio médico-social*, 1976, S. 6.

264 In den frühen 1970er Jahren zog er sich im Zuge der stärker werdenden Kritik gegenüber ›Familienplanung‹ zurück. Hierzu siehe Kap. 7.1.

265 Hierauf und auf die Frage, welche Faktoren die reproduktive ›Wahl‹ von Frauen in North Carolina bestimmte, geht Johanna Schoen ein. Schoen, Johanna: *Choice & Coercion. Birth Control, Sterilization, and Abortion in Public Health and Welfare*, Chapel Hill: University of North Carolina Press 2005, bspw. S. XVII; 206.

266 Patientinnen sahen jedoch in der langen Wirkdauer den Vorteil, dass sie besser Geld ansparen konnten, s. Vásquez Castellanos Roca B., *Estudio médico-social*, 1976, S. 23-34.

267 Carroll Behrhorst an World Neighbors, *Family Planning Report (o. D.)*: LaRC, CB, Box 2, Folder World Neighbors.

Liefen diese Studien zunächst über private Kanäle ab, wurden die USAID-Mitarbeitenden bald durch die beteiligten Ärzte auf das neue Produkt aufmerksam gemacht. Für James King kam die Dreimonatsspritze einem »idealen« Verhütungsmittel für Guatemala sehr nahe, wie er in einem Brief an seine Vorgesetzten in Washington, D.C. festhielt. Aus Sicht dieses Experten konnte das Produkt die Probleme lösen, die in Guatemala bei der Verbreitung der Pille und der Spirale aufgetreten waren. Es erforderte weder die Verantwortlichkeit der Nutzerinnen wie bei der Pille noch eine gynäkologische Untersuchung, die laut King von vielen guatemaltekischen Frauen abgelehnt wurde, und war zudem hocheffektiv. Lange Anfahrtswege und Wartezeiten konnten im ländlichen Raum ebenfalls vermieden werden. Anders als die Spirale und die Pille galt das Produkt zudem als risikoarm, denn King schrieb dem Produkt, ebenso wie Behrhorst, nur geringe Nebenwirkungen zu. Als Vorteil wurde auch die Vergabe mit Spritzen betrachtet, ging der Experte doch davon aus, dass diese im Zeitalter der Impfkampagnen von der guatemaltekischen Bevölkerung gut akzeptiert werden würden.²⁶⁸ Die Dreimonatsspritze präsentierte somit eine problemfreie, kulturunabhängige, pragmatische, biomedizinische Lösung, die eine Beschäftigung mit den individuellen Besonderheiten der Patientinnen ebenso obsolet machte wie die Auseinandersetzung mit strukturellen Hindernissen des guatemaltekischen Gesundheitssektors.

Die USAID lehnte es jedoch offiziell ab, nicht zugelassene Medikamente in »ihren« Familienplanungsprogrammen anzubieten. Wie brisant das Thema bereits 1968 innerhalb der USA war, zeigt sich daran, dass der US-amerikanische Außenminister Dean Rusk höchstpersönlich auf die Anfrage James Kings aus Guatemala antwortete und eine Anschaffung von 1.000 Dosen Depo-Provera ablehnte. Er verwies dabei auf die laufenden Studien in den USA und auf den Leiter des USAID-Bevölkerungsbüros Reimert Ravenholt, der von der Massentauglichkeit des Produkts nicht überzeugt war. Die Mission to Guatemala der USAID sollte sich deshalb vor allem um die Verbreitung oraler Kontrazeptiva kümmern und das »Experimentieren mit Depo-Provera anderen überlassen«.²⁶⁹ Diese Handlungsanweisung verdeutlicht den ambivalenten Umgang der USAID mit der Dreimonatsspritze: Offiziell verbot die US-amerikanische Entwicklungsorganisation den Erwerb und die Vermarktung des Produktes innerhalb ihrer Familienplanungsprogramme. Doch sie förderte die Entwicklung Depo-Proveras indirekt, indem sie Fördergelder an private Stiftungen, die an dem Produkt forschten, vergab. Im Falle Guatemalas nahm sie die Verbreitung von Depo-Provera über marktwirtschaftliche Kanäle trotz der gesundheitlichen Bedenken, die dem Produkt in den USA zugeschrieben wurden, ebenso billigend in Kauf wie Testreihen, deren Qualität und

268 James King, *Purchase of a Drug not available in United States* (7.11.1968): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 3, Folder Population Growth Control (Correspondence Family Welfare Association), FY 69.

269 Das Antwortschreiben erreichte die USAID über die US-Botschaft in Guatemala: *Secretary of State to Amembassy Guatemala, Use of Drug not available in United States* (3.12.1968): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 3, Folder Population Growth Control (Family Welfare Association), FY69. Zwischenblutungen, Empfängnisprobleme nach Absetzen der »Therapie« und die Tatsache, dass das Mittel in regelmäßigen Abständen gespritzt werden musste, standen laut dem Antwortschreiben einer breiten Verbreitung des Produkts im Wege.

Sicherheit nicht weiter verfolgt wurden. King förderte so die Verbreitung von Depo-Provera in Guatemala indirekt und in manchen Fällen auch direkt.²⁷⁰

Die erstaunliche Verbreitung des Produkts im Land lief allerdings auch ohne sein Zutun: Um die Nachfrage zu steigern, spendete Upjohn die Spritzen an die guatemaltekische Familienplanungsorganisation. Das Pharmaunternehmen verkauft zudem das Medikament an guatemaltekische Apotheken, die das Produkt ohne Rezept und ärztliche Beratung vertrieben.²⁷¹ Damit wurde Depo-Provera auch sukzessiv zum Thema für staatliches Gesundheitspersonal. 1970 erkundigte sich das staatliche Gesundheitszentrum in San Marcos bei King danach, wie mit Patientinnen umgegangen werden sollte, wenn diese ›die Spritze‹ gegenüber der Pille und der Spirale bevorzugten. Kings Ratsschlag war deutlich: Die Patientinnen sollten die Spritze aus eigener Tasche bezahlen, die Injektion und die Nachkontrolle sollte das öffentliche Gesundheitszentrum übernehmen. Damit schuf der Bevölkerungsbeauftragte zumindest in Ansätzen einen sicheren medizinischen Rahmen für den Gebrauch des Medikaments. Zugleich klärte er die Krankenschwestern allerdings eben nicht über mögliche gesundheitliche Risiken auf und machte damit das in den USA umstrittene Produkt in Guatemala salonfähig.²⁷² Kings Vorgehen verdeutlicht auch, wie weit die USAID in diesen Jahren in staatliche Gesundheitspolitiken eingriff, denn er hatte sich zu keinem Zeitpunkt mit staatlichen Gesundheitsexperten und -expertinnen darüber abgestimmt, wie mit Depo-Provera und der Regulierung dieses Produkts umgegangen werden sollte. Somit zeigt sich an der Geschichte von Depo-Provera in Guatemala, welchen großen Anteil der Privatsektor, Pharmahersteller, private Ärzte, Ärztinnen, Apotheken sowie Institutionen des *population establishment* an der Einführung und Verbreitung des Produkts hatten. Sie zeigt auch, wie gering staatliche Regulationsmechanismen waren, denn sämtliche Verhütungsmittel konnten mit dem nötigen Kleingeld ohne Rezept in Apotheken gekauft werden.

Es ist bemerkenswert, dass staatliche Vertreter in die Verbreitung von und Debatten über Verhütungsmittel nicht eingriffen. Nicht nur bei Depo-Provera, sondern grundsätzlich wurde der Gebrauch von Verhütungsmitteln Ende der 1960er Jahre zwischen der Aprofam und der USAID, also zwei nichtstaatlichen Akteuren, ausgemacht. Dies änderte sich auch nicht, als 1969 das guatemaltekische Gesundheitsministerium die Verantwortung über das nationale Familienplanungsprogramm übernahm. So finden sich in der USAID-Korrespondenz keinerlei Hinweise darauf, dass die guatemaltekische Gesetzgebung der Verbreitung von Verhütungsmitteln im Wege stand oder das Führungspersonal des Gesundheitsministeriums bestimmte Methoden ablehnte. Dass Geburtenkontrollpraktiken informell im Zusammenspiel zwischen Entwicklungsorganisationen, marktwirtschaftlichen Akteuren und Ärztinnen und den einzelnen Gesundheitszentren gesteuert wurden, verweist darauf, wie gering die staatlichen Gesundheitsstrukturen

270 King stellte beispielsweise den Kontakt zwischen Behrhorst und dem Pathfinder Fund her, der die Anschaffung der Spritzen finanzieren wollte.

271 Beispielsweise wurde Depo-Provera auch in dem Pilotprojekt in Jalapa benutzt.

272 James King, *Trip Report to Totonicapán, San Marcos und Momostenango* (13.2.1970): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 4, Folder Memorandum to the Records, FY 70. *Inyectables* gehörten in den 1970er Jahren dann zum Standardangebot im guatemaltekischen Familienplanungsprogramm.

ausgeprägt waren. Als Ansprechpartner für das guatemalteckische Gesundheitspersonal fungierten also nicht etwa staatliche Vertreter, sondern die USAID und Aprofam, die als Protagonisten des Familienplanungsprogramms ausgemacht wurden. Doch nicht nur der Staat, sondern auch andere bedeutende gesellschaftliche Gruppen beteiligten sich nur wenig an den Debatten um Verhütungsmittel.

Wie die USAID-Korrespondenzen nahelegen, trifft dies auch für die katholische Kirche in Guatemala zu, die in vielen anderen Ländern einen erheblichen Einfluss auf den Umgang mit und Verbreitung von Kontrazeptiva hatte.²⁷³ Nur einmal, kurz nach der Veröffentlichung der päpstlichen ›Pillenzyklika‹, die sämtliche ›künstliche‹ Verhütungsmittel mit Ausnahme der als natürlich verstandenen Rhythmusmethode verbot, gab die guatemalteckische Bischofskonferenz eine Pressemeldung heraus. In dieser unterstützte sie die offizielle Doktrin des Vatikans und forderte guatemalteckische Familien dazu auf, keine ›künstlichen‹ Verhütungsmittel zu benutzen. In den folgenden Jahren, so hielt der USAID-Mitarbeiter James King 1970 fest, hielt sich der Klerus in Guatemala jedoch zunächst weitestgehend zurück.²⁷⁴ Eine intensive Debatte darüber, inwieweit die neuen Verhütungsmittel mit der katholischen Doktrin vereinbar waren, blieb in den 1960er Jahren in Guatemala aus. Eine Ausnahme bildete das Instituto Centroamericano de Población y Familia, das zwei Umfragen zur Haltung guatemalteckischer Ärzte und Ärztinnen beziehungsweise von nationalen Schlüsselfiguren zu modernen Verhütungsmitteln und Familienplanung durchführte.²⁷⁵ Die Religiosität der befragten Personen war für den Direktor des ICAPF, Carlos Gehlert Mata, selbst praktizierender Katholik und Arzt, von besonderem Interesse. Die Ergebnisse waren für das *population establishment* überaus begrüßenswert. Gehlert Mata kam zum Schluss, dass weder die mehrheitlich katholischen Ärzte und Ärztinnen noch religiöse Patientinnen in ihrem Alltag die von der katholischen Kirche popularisierten Leitlinien umsetzten. Zudem hielten, so Gehlert Mata, guatemalteckische Ärzte und Ärztinnen Verhütungsmittel, die ›ethisch-religiös‹ akzeptabel seien, für die Lebenswelten vieler Guatemalteken und Guatemaltekinen vollkommen »impraktikabel«. ²⁷⁶ Öffentlich wurden diese Ergebnisse kaum diskutiert, vielmehr lief die Familienplanungspolitik in den 1960er Jahren verdeckt und ohne große öffentliche Aufmerksamkeit ab. Wie bereits erwähnt, versuchte das Gesundheitsministerium das Programm als protektive, pronatalistische Gesundheitsmaßnahme darzustellen. Die wenigen Presseartikel zu Familienplanung deuteten nur indirekt unter der Bezeichnung ›medizinische Dienste‹ auf die Verfügbarkeit von hormonellen und intrauterinen Kontrazeptiva hin, was eine starke Tabuisierung des Themas erahnen lässt. Die Akteure und Akteurinnen des *population establishment* übernahmen bei

273 Siehe zum Einfluss der Katholischen Kirche in anderen Ländern: Niethammer et al., Wenn die Chemie stimmt, 2016, S. 23.

274 James King, Memorandum (10.4.1970): NACP, RG 286, USAID M. GUA, Public Health Office, Subject Files, Container 4, Folder Family Planning Association Correspondence, FY 70.

275 Gehlert Mata, Carlos: »Encuesta de opinión y actitudes de líderes nacionales sobre el problema demográfico y la regulación de la natalidad«, in: *Revista del Colegio Médico*, 21, 1, 1970, S. 31-51; Gehlert Mata, Carlos: *Actitudes de obstetras y ginecólogos de Guatemala sobre la regulación de la natalidad*, Guatemala: ICAPF 1968.

276 Ebd., S. 53.

der Verbreitung moderner Kontrazeptiva in dieser staatlichen Laissez-Faire-Politik die Führung und prägten damit Geburtenkontrollpolitiken entscheidend.

Im Zeitraum zwischen 1967 und 1970 intensivierten sich die Bemühungen von Familienplanern und -planerinnen in Guatemala, ein Familienplanungsprogramm zu etablieren, mithilfe dessen Verhütungsmittel für die gesamte guatemalteckische Bevölkerung zur Verfügung gestellt werden sollten. An der detaillierten Analyse der Etablierung dieses Programms, der zentralen Akteure und Akteurinnen, ihrem Problemdenken und ihren Lösungsansätzen werden zusammenfassend drei Aspekte deutlich:

Erstens dominierten die Akteure und Akteurinnen des *population establishment* die Familienplanungspolitik im Land. Sie bemühten sich um eine Annäherung an den Staat, implementierten das Programm und verhandelten, welche Verhütungsmethoden zum Einsatz kommen sollten. Hatte die US-amerikanische Entwicklungsorganisation USAID an diesen Bemühungen allein deshalb einen enormen Anteil, da sie die notwendigen Gelder und Ressourcen zur Verfügung stellte, so war Familienplanung doch keinesfalls ein allein US-amerikanisches Projekt. Stattdessen spielte auch die guatemalteckische Aprofam eine bedeutende Rolle. Sie hatte sich ab Mitte der 1960er Jahre als einzige und zentrale Akteurin in dem Feld in Guatemala etabliert, griff zunehmend in staatliche Sphären ein und ihre Mitglieder verfolgten mitunter andere Ansätze als die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der USAID, mit denen sie in engem Kontakt stand. Das *population establishment* in Guatemala lässt sich folglich nicht als monolithischer Block interpretieren, wohl aber wird die Dominanz dieser Bevölkerungskontrollbewegung in Guatemala in den 1960er Jahren deutlich sichtbar. Diese dominante Stellung steht in scharfem Kontrast zu den staatlichen Politiken in diesen Jahren, die durchaus nicht frei von Widersprüchen waren. Einerseits standen politische Entscheidungsträger und -trägerinnen Familienplanung skeptisch gegenüber, so dass sie sich zu keinem Zeitpunkt offiziell für eine nationale Familienplanungspolitik aussprachen. Andererseits schlossen sie jedoch Abkommen mit der Aprofam und der USAID ab, die zur Fortsetzung und zum Ausbau des Familienplanungsprogramms führten. Diesem Vorgehen lag dabei weniger die Vorstellung zugrunde, dass mit Familienplanung Guatemalas Entwicklungsprobleme gelöst werden konnten, sondern eher ein politisches Interesse, Guatemalas Vormachtstellung in Zentralamerika zu untermauern und die Gelder zum Ausbau des Gesundheitsministeriums zu nutzen. Angesichts des Ressourcenmangels bewegten sich politische Entscheidungsträger stets in einem Spannungsfeld zwischen nationaler Eigenständigkeit und US-amerikanischer Entwicklungshilfe. War die staatliche Politik in der Praxis durch eine Laissez-Faire-Haltung bestimmt, welche große Spielräume für die Aprofam und die USAID eröffnete, so deuteten Regierungsvertreter Familienplanung zumindest rhetorisch um und inszenierten in ihrer offiziellen Agenda das Programm als protektive, pronatalistische Gesundheitsmaßnahme.

Zweitens wird an der Analyse erkennbar, dass Gesundheit der einzige Bereich war, in dem sich ein Konsens zwischen staatlichen Akteuren und Akteurinnen und einer Bevölkerungskontrollbewegung in Guatemala herausbildete. Familienplanung war in Guatemala institutionell und konzeptionell an Gesundheit und damit an den Gesundheitssektor gebunden. Strebten Bevölkerungsstrategen und -strateginnen, die in den Zentralen in Washington, D.C. oder New York City tätig waren, eine konzeptionelle

Entkopplung von Gesundheit und Familienplanung an, so blieb der gesundheitszentrierte Ansatz in Guatemala unangefochten. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass sowohl die in Guatemala tätigen Mitarbeitenden der USAID als auch ihre guatemalteutschen Kollegen und Kolleginnen Gesundheitsexperten respektive -expertinnen waren und deshalb den Kontakt zu guatemalteischem Gesundheitspersonal suchten. Die Etablierung von Familienplanung brachte dabei bedeutende Umwälzungsprozesse in der guatemalteutschen Gesundheitspolitik mit sich. Gleichzeitig verstrickten sich die Planer und Planerinnen dieses Familienplanungsprogramms mit ihren Versuchen, staatliches Gesundheitspersonal an Familienplanung zu binden, in inter- und innerprofessionellen Konflikten, welche die großen Ressourcenprobleme des Landes zum Vorschein brachten und die Existenz des Familienplanungsprogramms gefährdeten. Aus der Sicht von Familienplanern und -planerinnen entpuppte sich das staatliche Gesundheitssystem als wenig verlässlicher Partner: Das Gesundheitssystem war gerade in ländlichen Gebieten schlecht ausgebaut, weswegen Familienplaner und -planerinnen einerseits Initiativen einleiteten, die zur Stärkung des Gesundheitssektors führen sollten, und andererseits Kooperationen mit nicht-staatlichen Gruppen eingingen.

Drittens zeigt sich, dass Familienplanung in Guatemala in diesen Jahren ein Experimentier- und Erprobungsfeld für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der USAID darstellte, die unterschiedliche Ansätze und Sichtweisen entwickelten und auch erprobten. Familienplanung war somit auch vom individuellen Handeln der vor Ort agierenden Akteure und Akteurinnen geprägt. Während der erste USAID-Bevölkerungsbeauftragte in Guatemala, Donald MacCorquodale, auf die Qualität der Gesundheitsversorgung hinwies, bemühte sich sein Nachfolger James King um eine schnelle Verbreitung von Verhütungsmitteln im Land. Er war es auch, der einen weitaus aktiveren Part übernahm als MacCorquodale und in den Konflikten mit dem Gesundheitsministerium als Entwicklungshegemon auftrat. Unterschiedlich fielen in diesen Jahren die Bewertungen des Familienplanungsprogramms aus: Mal wurde die staatliche Zurückhaltung als Faktor dafür genannt, dass Familienplanung sich nur langsam verbreitete, dann wiederum wurden Budgetprobleme, die ablehnende Haltung guatemalteckischer Ärzte und Ärztinnen oder die indigene Bevölkerung als Probleme ausgemacht. Indigene Frauen und Männer galten dabei schnell als wichtige Zielgruppe bei US-amerikanischen Experten und Expertinnen, wobei sie oftmals von einer kulturellen Andersartigkeit indigener Gruppen ausgingen. Die unterschiedlichen Initiativen, um indigene Bevölkerung zu erreichen, hatten jedoch nur über einen kurzen Zeitraum Bestand, so dass sich Familienplaner und -planerinnen bald wieder auf den urbanen Kontext konzentrierten.

An diesen unterschiedlichen Zugängen zu Familienplanungspolitiken in Guatemala wird deutlich, dass es in dieser Anfangsphase keine allgemeingültige Strategie gab, der Familienplaner und -planerinnen in dem Land stringent folgten. Nichtsdestotrotz lassen sich zwei Tendenzen ablesen: zum einen wird ein immer wiederkehrendes Muster einer Entwicklungs- und Gesundheitspolitik deutlich, in dem kurzfristigen, pragmatischen Lösungsmodellen Priorität gegenüber langfristigen Ansätzen eingeräumt wurde. Zum anderen stand die Verbreitung hormoneller und intrauteriner Kontrazeptiva im Zentrum einer vom *population establishment* dominierten Familienplanungspolitik. In den 1970er Jahren sollte sich dies ändern, als andere Akteure und Akteurinnen das Fa-

milienplanungsfeld für sich beanspruchten, Familienplanung neu – umfassender und heterogener – deuteten und damit die hegemoniale Rolle des *population establishment* in Guatemala in Frage stellten.