

2. Die Verabschiedung der Reproduktiven Gesundheit und Rechte 1994 (UN-Aktionsprogramm von Kairo): Paradigmenwechsel und Abschaffung der Bevölkerungspolitik

Nach dem Zweiten Weltkrieg¹ beginnt eine Episode bevölkerungspolitischer Interventionen und Debatten, die sich vor allem auf den Globalen Süden richten.² Durch den wirtschaftlichen Aufschwung und den allgemeinen Wohlstand geht die Bedeutung der Geburtenkontrolle im Sinne einer staatlichen demografischen Regulierung im europäischen Raum insgesamt zurück. Zentral werden im Zuge der 1968er-Bewegungen vielmehr Themen wie sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung (Pille, das Recht auf Abtreibung usw.). Die treibenden Kräfte dieser gesellschaftspolitischen Auseinandersetzungen sind weniger der Staat, sondern Frauen(-bewegungen) und Frauenor-

1 Ich lasse die nationalsozialistische Bevölkerungspolitik in dieser Arbeit bewusst aus. Zwar stellt sie ein Kontinuum der hier beschriebenen historischen biopolitischen Genealogien dar und knüpft an diese an. Gleichzeitig ist sie in ihrer repressiven Systematik und Umsetzung eine besondere historische Zäsur, der man in einem kurzen Abriss kaum gerecht werden kann. Zur Verschränkung von Rassenhygiene, Geschlecht und Gesundheitspolitik im Nationalsozialismus siehe Bock 1983, 1991 und Weindling 1993.

2 Siehe z.B. Mesner 2010 und Sancar/Schmitter 2014.

ganisationen, weiterhin und zunehmend die Medizin³ sowie auf der Gegenseite Kirchen und andere konservative Kräfte. Im Zuge dieser Auseinandersetzungen sowie der Aufarbeitung des Nationalsozialismus (Eugenik und Euthanasie) verschieben sich die Perspektiven auf Generativität insgesamt. Prämissen der Selbstbestimmung und Wahlfreiheit werden im Zuge kritischer Auseinandersetzungen immer wichtiger (Gleichzeitig findet in Ländern wie der Schweiz oder Schweden bis Ende der 1970er-Jahre weiterhin Euthanasie statt, das heißt, es werden zum Beispiel Zwangssterilisationen an Menschen mit Behinderung, an sogenannten ›Geistesschwachen‹ und/oder Armen, vorgenommen.⁴).

2.1 Katastrophische Bevölkerungsprognosen: The Population Bomb

Während Geburtensteuerung in der europäischen Region an Bedeutung verliert, richtet sich der geburtenpolitische Fokus jedoch zunehmend auf den Globalen Süden. Argumentiert wird zunächst vor allem ökonomisch (Erst im Verlauf der Zeit verschiebt sich der Blick auf die Gesundheit, der eigentliche Paradigmenwechsel von ökonomischen zu Gesundheitsparadigmen erfolgt mit der UN-Agenda von Kairo 1994 [vgl. Schultz 2006].)

Das viel beachtete Buch *The Population Bomb* (1964) von Paul Ehrlich befeuert die Diagnose eines überbevölkerten Globalen Südens. Geburtenkontrolle und Bevölkerungspolitik werden zum globalen Thema. Dabei steht die Diagnose der Überbevölkerung in einem engen Wechselverhältnis mit europäischen bzw. ›westlichen‹ Debatten: Vor dem Hintergrund religiöser Abwehr und schleppender Institutionalisierung der Verhütungsforschung in vielen europäischen Ländern kommt der Überbevölkerungsdiskurs sehr gelegen. Die Verhütungsforschung

3 Zur Kritik der Medikalisierung der Schwangerschaft siehe Illich 1981 und Duden 2002.

4 Zur Eugenik in der Schweiz siehe z.B. Wecker u.a. 2013.

wird teilweise mit dem Argument einer angeblich überbevölkerten ›Dritten Welt‹ vorangebracht und finanziert (vgl. Sprenger 1994, 106 und Connelly 2008, 241f.).

Anders gesagt, gibt es von verschiedener Seite ein Interesse, die Diagnose der Überbevölkerung starkzumachen. So ist der Überbevölkerungsdiskurs auch von europäischen bzw. westlichen Debatten um Wohlfahrtsstaatlichkeit flankiert: Nach dem Zweiten Weltkrieg erfolgt eine kurze Ära der Wohlfahrtsstaatlichkeit, in der die Aufgabe des Staates darin gesehen wird, ökonomische Gleichheit herzustellen.⁵ Bald formiert sich jedoch der Vorwurf, der Sozialstaat produziere eine ›Kultur der Abhängigkeit‹ (siehe zum Beispiel die von Charles Murray geprägte Formel »Mehr Geld vermehrt Armut«, Murray und Hernstein 1994). In den USA und bald auch in Europa etabliert sich eine zunehmend neoliberale Argumentation der Eigenverantwortung und Aktivierung⁶ und damit die Vorstellung, ›die Armen‹ seien an ihrem Elend selbst schuld, soziale Absicherung oder Umverteilung seien deshalb überflüssig. Auch Malthus' Bevölkerungstheorie wird in diesem Zusammenhang wieder aufgegriffen: *Don't feed the poor* wird abermals zur Prämisse mit dem Argument, Menschen würden sich sonst übermäßig fortpflanzen und vom Sozialstaat abhängig. Auf den globalen Kontext übertragen, nimmt man nun an, sogenannte ›Entwicklungsländer‹ würden von ›Entwicklungshilfe‹ abhängig, diese *produziere* überhaupt erst Armut. Reaktiviert wird jene bedrohliche malthusische Vorstellung aus dem 18. Jahrhundert (ich gehe darauf später ausführlicher ein), der zufolge ›der Mensch‹ im Naturzustand unkontrolliert und gierig sei (Porter 1999, 249). Zentrale internationale Entwicklungsorganisationen wie die *Rockefeller Foundation* argumentieren – ausgehend von neomalthusischen Prämissen – Armut und ökonomische Knappheit resultierten aus einem unkontrollierten Bevölkerungswachstum. Sowohl Entwicklungs- wie auch Sozialhilfe dürften deshalb, so die Vorstellung, nur selektiv und nur gegen bestimmte Bedingungen und Auflagen gewährleisten

5 Unter anderen im Anschluss an Richard Titmuss (1958), der Armut als strukturell und nicht individuell betrachtete.

6 Siehe z.B. Murray/Hernstein 1994 und Mead 1997.

werden.⁷ Bis in die 1990er-Jahre wird, dieser Logik folgend, die Vergabe von Entwicklungsgeldern entsprechend oft an die Bedingung geknüpft, dass die betroffenen Länder das Bevölkerungswachstum kontrollieren und eindämmen sollen. Dies hat den Effekt, dass die Regierungen dieser Länder teils repressive antinatalistische Interventionen durchführen. Manche Länder werden sogar gezwungen, ihre Ausgaben für Bildung oder Lebensmittelhilfe einzustellen und stattdessen in Geburtenkontrolle zu investieren.⁸

In wiederkehrender malthusischer Tradition werden der Diskurs und die Bilder von sich zügellos vermehrenden Menschen zum Schreckensgespenst hochstilisiert und die katastrophische Narration einer ›Invasion der Überzähligen‹ verbreitet (vgl. Connelly 2006, 300). Ausdrücke wie »Bevölkerungsexplosion«, »herding together in millions«, »chaos« oder »degeneration« (ebd.) bilden diskursive Formationen, die auf Angst setzen und mit dem Topos der Katastrophe spielen. Überbevölkerung wird nun weltweit als Ursache zahlreicher Krisenphänomene (ökologische, ökonomische usw.) debattiert. In der westlichen Welt verbreitet sich die Vorstellung, die Menschen müssten weltweit zur Planung kleinerer Familien bewegt werde. Den Menschen in den Ländern des Südens verspricht man, sie würden wohlhabender, wenn sie weniger Kinder hätten. In aufwendigen Kampagnen wird das Glück der geplanten Kleinfamilie propagiert, unter anderem mithilfe von Bildern demonstrativ konsumierender Kleinfamilien in vorstädtischen Einfamilienhäusern und einem Auto in der Garage: »Throughout the twentieth century, poor people were promised that they would have more things if only they had fewer children. All the posters, flip charts and films displayed happy, planned families surrounded with conspicuous

7 Unter anderen Margaret Thatcher und Ronald Reagan sind federführend bei der Implementierung der sozialdisziplinierenden sozialstaatlichen Stoßrichtung. Thatcher proklamiert, Ungleichheit sei eine Art Naturgesetz und Ausdruck einer freien Gesellschaft (»The opportunity to be unequal«). Später werden die Prämissen eines *aktivierenden Sozialstaates* (workfare) auch von der Sozialdemokratie übernommen (Blair, Clinton, Jospin, Schröder).

8 Siehe Connelly 2006; 2008; Randeria 2006; Höhler 2007.

consumption [...] with a suburban home and a car in the garage« (Connelly: 2008, 372). Und weiter: »[...] international institutions were forcing poor countries to cut spending on education, public health, and food subsidies – even while insisting on population control – much less be reduced to a problem of »unplanned unhappy families« (Connelly 2008, 360).

Antinatalistische Bevölkerungspolitik wird zum zentralen Faktor internationaler und nationaler Politiken. Es etabliert sich zunehmend die Meinung, Überbevölkerung sei die Hauptursache von Armut in den Ländern des Globalen Südens. Andere Gründe – zum Beispiel ökonomische Verteilungsfragen zwischen Nord und Süd – geraten in den Hintergrund. Zahlreiche Organisationen und Institutionen werden gegründet mit dem Ziel, Bevölkerungsfragen zu analysieren und die Geburtenzahlen zu beeinflussen. Und auch bestehende Organisationen richten sich verstärkt an Bevölkerungsfragen aus (zum Beispiel der *United Nations Population Fund* (UNFPA), die *Weltgesundheitsorganisation* (WHO), US-AID, die US-Entwicklungsbehörde, die Weltbank usw.). Zusammenfassend werden diese Organisationen *population establishment* genannt.⁹

Im Verlauf der 1980er-Jahre geraten die bevölkerungspolitischen Interventionen jedoch zunehmend unter Kritik. Vorgeworfen wird ihnen, rassistisch und frauenfeindlich zu sein und ökonomische Verhältnisse auf Fragen der »richtigen« oder »falschen« generativen Verhaltensweisen zu reduzieren (vgl. Schultz 2006, 117-135). Die Kritik kommt unter anderem aus der Frauengesundheitsbewegung, die nicht nur die Beendigung von Zwangsmaßnahmen sowie reproduktive Selbstbestimmung fordert, sondern sich in diesem Zusammenhang auch maßgeblich an der Ausarbeitung der Konzepte der Reproduktiven Gesundheit und Rechte beteiligt.

Im Zuge der Kritiken entsteht eine breite antibevölkerungspolitische Bewegung von NGOs und Frauenbewegung (vgl. Schultz 2006, 117-127), die das zentrale Anliegen formuliert, Generativität und Familienplanung auf die Basis der Menschenrechte zu stellen. An

9 Zur Geschichte des *population establishment* siehe Schultz 2006, 80-112.

der UN-Konferenz von Kairo im Jahr 1994 wird repressive Bevölkerungspolitik offiziell abgeschafft und Reproduktive Gesundheit (und Rechte) als internationale Programme verabschiedet. Im *Programme of Action of the United Nations International Conference on Population & Development* steht nicht mehr die Steuerung von Geburten im Vordergrund, sondern Gesundheit und Selbstbestimmung. Das Programm formuliert Einschätzungen, Richtlinien und Empfehlungen zu Themen wie Müttergesundheit, Schwangerschaft, Geburt, Verhütung, Geschlechtskrankheiten, Abtreibung, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung, Teenage-Schwangerschaft, AIDS usw.

Schultz (2006, 117-145) rekonstruiert die Vorgeschichte der Kairo-Agenda und die Verschiebung von der Bevölkerungspolitik zur Gesundheitspolitik und beschreibt den Institutionalisierungsprozess der Reproduktiven Gesundheit und Rechte als einen komplexen und ambivalenten Prozess der Hegemoniebildung, an dem multiple und extrem unterschiedliche Akteur/-innen beteiligt sind – zivilgesellschaftliche, staatliche und nichtstaatliche Akteurinnen und Organisationen (zum Beispiel die Womens Voice Koalitionen, Netzwerk HERA usw.). Dabei findet eine Konzentration der NGOs auf Staatsapparate und internationale Organisationen statt, und es zeigt sich eine »Enthybridisierung« der Frauen-NGOs und Frauengesundheitsszene (vgl. Schultz 2006, 151), die sich zunehmend gleichschalten mit den staatlichen bzw. institutionalisierten Sphären. Kairo läutet die Ära einer neuen »bevölkerungspolitischen Staatlichkeit« unter Beteiligung einer Vielzahl unterschiedlicher Akteure ein (vgl. Schultz 2006, 151-153).

Die Agenda gilt bis heute als Durchbruch, denn Bevölkerungspolitik wurde offiziell abgeschafft, Zwangsmaßnahmen verboten, an die Stelle von Bevölkerungspolitik ist das menschenrechtsbasierte Ziel der Reproduktiven Gesundheit und Rechte getreten. Gleichwohl gibt es auch kritische Stimmen, die bereits vor der Verabschiedung der Agenda von Kairo einwenden, das Gesundheitsparadigma würde den Fokus zu sehr auf individuelle generative Verhaltensweisen lenken, durch die Hintertür würden dadurch erneut Normen etabliert (vgl. Hartman 1995). Auch stelle die Agenda Geburtensteuerung und insbesondere Antinatalismus

nicht grundsätzlich infrage, sondern etabliere vielmehr einen impliziten Antinatalismus.

Kritisiert wird auch, dass die Agenda von Kairo Abtreibung *nicht* als universelles Menschenrecht anerkennt (ein Kompromiss, den man aufgrund des Widerstands seitens des Vatikans und einiger anderer Nationen eingegangen war) (vgl. Sax 1995). Women of Color (zum Beispiel die NGO Sister Song) kritisieren nicht zuletzt, die Agenda beinhalte vor allem westliche Vorstellungen von Generativität und Selbstbestimmung. Wahlfreiheit müsse, so Sister Song, auch mit einer Veränderung und Herstellung der materiellen Bedingungen einhergehen, unter den Frauen überhaupt frei wählen könnten. *Sister Song* und andere plädieren deshalb für den Begriff *Reproductive Justice*, der auch Umverteilung und soziale Gerechtigkeit starkmacht¹⁰ (ausführlich dazu im *Close Reading*).

Die Abschaffung von Repression und die menschenrechtliche Fundierung von Generativität in der Agenda von Kairo sind zweifellos ein wichtiger Fortschritt. Allerdings – auch dies wird früh kritisiert – war und sind Reproduktive Gesundheit und Rechte juristisch unverbindlich (vgl. Schultz 2006, 196). Die UN-Agenda ist eine *Richtlinie*, das heißt die Mitgliederländer werden dazu angehalten, sich daran zu halten, die gesetzliche Umsetzung ist ihnen allerdings selbst überlassen. Die Agenda von Kairo ist mithin mehr politischer Claim als juristische Verpflichtung. Ich werde darauf im Theorieteil eingehen.

2.2 Gesundheitsförderung und unsichtbarer Antinatalismus

Entscheidend ist aber vor allem, dass der allgemeine Fokus auf die Gesundheit geburtenpolitische Steuerung nicht unbedingt aufhebt, sondern anschlussfähig bleibt für geburtenpolitische Makroziele. Schultz (2006, 301 u. 327) zeigt, dass diese im Zuge der neuen, individualisierten Selbstbestimmungsrhetorik jedoch unsichtbar, das heißt in die Individuen hinein verlagert werden. Individuen dürfen zwar fortan nicht

10 Zum Konzept *Reproductive Justice* siehe z.B. Roberts 1997, Luna 2009, Price 2010 sowie Ross/Solinger 2017.

mehr gezwungen werden, die Programmatik adressiert sie nun aber mit der Botschaft, Geburtenzahlen selbstbestimmt und zum Wohl ihrer eigenen Gesundheit zu kontrollieren. Schultz (ebd.) zeigt ein Paradoxon, demzufolge die Programme zwar Selbstbestimmung groß schreiben, diese jedoch gleichzeitig mit normativen Anrufungen der Selbstregulierung verknüpfen.

Gouvernementalitätstheoretische Gesundheitsanalysen¹¹ haben die Propagierung von individueller Machbarkeit als eine neoliberale Regierungsweise herausgestellt, die Individuen dazu auffordert, steuernd auf sich selbst einzuwirken. Im Zuge gouvernementaler Regierung wurden, so deren These, Wohlfahrtsstaatlichkeit und Gesundheitsversorgung delegitimiert. Insbesondere die Prämissen der Prävention erwarten von Individuen, sich mit Blick auf die Zukunft und *mögliche* Krankheiten kontinuierlich selbstoptimierend zu verhalten. Die durchaus auch wichtigen Ideen der Selbsthilfe und des Empowerment weisen demnach widersprüchliche Element auf: Sie sind einerseits emanzipatorisch ausgerichtet und versuchen, Menschen mehr Freiheit zu ermöglichen, gleichzeitig folgen sie neoliberalen Prämissen, Individuen mit dem Argument der Eigenverantwortung sich selbst zu überlassen und deren Verhaltensweisen regierbar zu machen (vgl. Petersen/Lupton 1996).

Diese gouvernementalen Mechanismen zeigen sich auch in der Agenda von Kairo: Mit dem Argument der gesundheitlichen Eigenverantwortung wird eine Bevölkerungspolitik durch die Hintertür möglich, zum Beispiel, indem Frauen in der sogenannten ›Dritten Welt‹ im Rahmen der *Safe Motherhood Initiative* (SMI) nahegelegt wird, sie sollten weniger Kinder haben, da die vielen Geburten ungesund für sie seien (Schultz 2006, 269-273). Mit anderen Worten legitimiert das Paradigma der Gesundheitsförderung Geburten senkende Direktiven mittels einer individualisierenden Anrufung, ein gesundes Leben zu

11 Siehe z.B. Petersen/Lupton 1996, Bröckling/Krasmann/Lemke 2000 und Greco 2000.

führen.¹² Wichterich (1994, 18-26) moniert, dass die Kairo-Programme und deren von vielen NGOs als feministisch deklarierte Fokus auf die (Dritte-Welt-)Frau sich mit der Forderung an Frauen richte, bestimmte generative, das heißt *westliche* Verhaltensweisen zu »lernen«. Selbstbestimmung erscheine dadurch als etwas, das den »Dritte-Welt-Frauen« erst durch UN-Programme beigebracht werden müsste.

Kairo steht also – neben wichtigen Fortschritten gegen Zwangspolitiken – auch für eine individualisierende Tendenz, globale sozioökonomische Probleme in die generativen Verhaltensweisen der (weiblichen) Individuen zu delegieren. Schultz (2006, 71) spricht von einer Tendenz der Entpolitisierung, durch die nicht nur Geburtensteuerung unhinterfragt bleibt, sondern auch zentrale Fragen der globalen Umverteilung dethematisiert werden sowie konkrete Maßnahmen wie der Ausbau von Gesundheitsversorgung oder der Bau von Krankenhäusern in den Hintergrund rücken.

Der Fokus der Kairo-Agenda richtet sich in den 1990er-Jahren zunächst auf den Globalen Süden. Bald wird jedoch auch im europäischen Raum dafür plädiert, Reproduktive Gesundheit und Rechte für die spezifische Situation dieser Weltregion zu konkretisieren. Die internationale Agenda der Reproduktiven Gesundheit und Rechte wird im Jahr 2001 von der WHO Europa für den europäischen Raum spezifiziert. Dieser Transfer ist bislang kaum erforscht worden und ist Gegenstand der vorliegenden Arbeit: Basierend auf der Methode der kritischen Diskursanalyse frage ich, auf welche spezifische Weise die für Europa adaptierten Programme Generativitätsverhältnisse regierbar machen. Welche gesundheitlichen, geschlechtlichen, geburtensteuernden Prämissen finden sich in den Programmen des europäischen Raums? Welche Rolle spielt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bzw. ihr Regionalbüro WHO Europe in Kopenhagen als Hauptakteurin bei der Ausarbeitung der Reproduktiven Gesundheit und Rechte im europäischen Raum? Wie werden Generativität, Gesundheit, Fertilität,

12 Zur kritischen Einschätzung von Präventionskonzepten in Entwicklungsprojekten siehe auch Berer/Ravindran 2000.

Schwangerschaft und Geburt konzeptualisiert und welche reproduktiven Subjektmodelle bringen sie hervor?

2.3 Reproduktive Gesundheit und Rechte im europäischen Raum: Die Rolle der WHO und der Prozess der Vergesundheitlichung

Im folgenden Abschnitt werde ich die Rolle der WHO bei der Implementierung der Reproduktiven Gesundheit im europäischen Raum beleuchten und dabei aufzeigen, dass die Verbindung von Gesundheits- und Bevölkerungspolitik bereits vor der Agenda von Kairo zentral wurde. Deutlich wird, dass die WHO Familienplanung schon ab den 1960er Jahren zum wichtigen Faktor internationaler Gesundheitspolitik machte und dies die Vergesundheitlichung der Generativität stark prägte.

Nach dem Zweiten Weltkrieg wird die UNO gegründet und kurze Zeit später die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als ihre wichtigste Unteragentur. 61 Nationen unterzeichnen zunächst die WHO-Verfassung, 1948 tritt die Konvention offiziell in Kraft und 1952 werden die verschiedenen Regionalbüros gegründet (Asien, Afrika usw.) – auch das europäische *WHO European Regional Office* in Kopenhagen. Entscheidungsorgan der WHO ist das *World Health Assembly* (WHA), das einmal pro Jahr zusammenkommt. Im WHA sind die Gesundheitsminister/-innen der Mitgliedsländer vertreten. Finanziert wird die WHO durch Mitgliederbeiträge.

Gleich wie die UNO ist die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein internationaler Zusammenschluss von Staaten, der sich anhand einer gemeinsam verabschiedeten Verfassung, gemeinsamen Agenden und Programmen konstituiert. Die WHO ist – wie die UNO – keine souveräne Instanz gegenüber ihren Mitgliedstaaten, sie kann nicht eigenständig Regelungen erlassen und hat keine juridische Geltung für die einzelnen Staaten. Anders gesagt, bleibt den Mitgliedstaaten – außer im Falle weniger Ausnahmen – die juristische Umsetzung der WHO-Empfehlungen selbst überlassen. Trotz dieser juridischen Begrenztheit

weisen internationale Organisationen wie die WHO eine Art subpolitische und vor allem breite Eigenlogik und Wirkmächtigkeit auf, und zwar durch ihre globalen und dezentralen Kooperationen und Vernetzungen mit vielfältigen Akteuren wie NGOs, Wissenschaftler/-innen, Gesundheits- und Regierungsakteur/-innen usw.

Die UNO und mithin auch die WHO basieren als Staatenorganisationen auf dem modernen Völkerrecht und den Menschenrechten. Das Hauptziel der UNO ist die Sicherung des Friedens bzw. Kriegsverhinderung, jenes der WHO ist der weltweite Schutz der Gesundheit. Gemeinsam mit den Mitgliedstaaten entwickelt die WHO Strategien und Maßnahmen, um Gesundheitsprobleme besser bewältigen zu können. Die wichtigsten Aufgaben der WHO sind: »Übernahme einer Führungsrolle in Partnerschaften im Gesundheitsbereich; Kursbestimmung in der Gesundheitsforschung und Förderung der Gewinnung, Übertragung und Verbreitung von wertvollem Fachwissen; Festlegung von Normen und Standards im Gesundheitsbereich und Überwachung ihrer Umsetzung; Formulierung und Ausgestaltung evidenzbasierter Gesundheitskonzepte und -programme; Bereitstellung fachlicher Unterstützung für die Länder, auch beim Kapazitätsaufbau; Überwachung und Bewertung gesundheitlicher Trends« (*Verfassung der WHO*, 1946). Die Aufgabe der WHO ist weiter die weltweite Koordination von nationalen und internationalen Aktivitäten beim Kampf gegen übertragbare Krankheiten wie AIDS, Malaria, SARS und Grippe, die Lancierung globaler Impfprogramme, auch zur Vorbeugung vor Pandemien, sowie die Lancierung von Programmen gegen gesundheitliche Risikofaktoren wie Rauchen oder Übergewicht. Weiter untersucht und erhebt die WHO Gesundheits- und Krankheitsentwicklungen, unterstützt die Mitgliedstaaten beim Aufbau von möglichst wirksamen und kostengünstigen Gesundheitssystemen, erstellt Listen von unentbehrlichen Arzneimitteln und verfasst Gesundheitsberichte über die weltweite Gesundheitsversorgung bzw. über Gesundheitsprobleme und Handlungsbedarf. Eine zentrale Aufgabe der WHO ist es, Richtlinien, Standards und Methoden in gesundheitsbezogenen Bereichen zu entwickeln, zu vereinheitlichen und weltweit durchzusetzen.

In der von allen Mitgliedstaaten unterzeichneten Verfassung der WHO ist neben einer globalen Definition von Gesundheit festgehalten, dass die WHO in Zusammenarbeit mit der UNO die führende Autorität für internationale Gesundheitspolitik ist (*Verfassung der WHO*, 1946, 2). Genau genommen bedeutet dies aber ›nur‹, dass die WHO den Auftrag hat, Regierungen darin zu unterstützen, ihre Gesundheitspolitik voranzubringen. Anders gesagt, ist sie die richtungweisende Instanz in der globalen Gesundheitspolitik, hat aber nicht die Autorität eines Nationalstaates, der global agiert.

Organisationen wie die UNO und die WHO werden in den Politikwissenschaften auch als *internationale Regierungsorganisationen*, *Staatenorganisationen*, *Zusammenschlüsse* oder *Bünde von Staaten* bezeichnet.¹³ Organisationen wie die UNO oder die WHO haben keine eigene juristische Macht, sie sind keine ›Weltregierungen‹ oder Weltgesetzgeber und ihre Ziele weisen – mit wenigen Ausnahmen¹⁴ – nicht über die Souveränität der Territorialstaaten hinaus.¹⁵ Trotz globaler Verflechtung und Interaktionen zwischen Staaten ist die Souveränität der Staaten in der internationalen Gemeinschaft nach wie vor zentral und unhinterfragt (auch wenn es einige Selbstbeschränkungen gibt, mit denen Staaten

13 Siehe z.B. Brand/Scherrer 2005.

14 So kann die WHO eigenmächtig Epidemiestufen ausrufen und diesbezüglich juristisch verbindliche Handlungsanweisungen wie z.B. Quarantänebestimmungen tätigen.

15 Zur Regierungsweise der UNO siehe Gebauer 2001. Es wird immer wieder diskutiert, inwiefern die Handlungsmacht der UNO zu eingeschränkt ist und ob sie mehr Kompetenzen braucht. Dies ist insofern eine schwierige Frage, weil internationale Organisationen wie die UNO und die WHO einerseits über die UN-Mitgliedsstaaten formaldemokratisch legitimiert sind, jedoch auch Demokratiedefizite haben. Die UNO wird getragen von den Nationalstaaten, die von ihren Regierungen vertreten werden. Es sind die nationalen Regierungen, die die Träger der internationalen Entscheidungsprozesse sind. Während sich diese Regierungen auf nationaler Ebene gegenüber der parlamentarischen Kontrolle verantworten müssen, besteht auf internationaler Ebene diesbezüglich ein Defizit (vgl. Gebauer 2001, 102). Die Bürger/-innen haben keine demokratischen Mitsprachemöglichkeiten. Ob mehr Souveränität überhaupt möglich wäre, ist ebenfalls eine schwierige Frage (ebd.).

ihre souveränen Kompetenzen teilweise an den Sicherheitsrat delegiert haben). Konkret bedeutet dies, dass das Rechtsmonopol der Territorialstaaten bei der Ausformulierung von Gesetzen fortbesteht. Für das Verständnis der Reproduktiven Gesundheit und Rechte ist dieser Aspekt zentral, da die Staaten letztlich selbst festlegen, wie weit diese Rechte juristisch tatsächlich reichen. Wie es Albert, Moltmann und Schoch (2004, 67-68) formulieren: Bünde souveräner Staaten wie die UNO oder die WHO bilden keine Weltregierung, sie haben keine juristische Entscheidungsmacht, gleichwohl erfolgt im Zuge dieser Bünde eine »Entgrenzung der Politik« (Albert 1998, 68) bzw. es sind »subpolitische Kontexte« (Beck 1996) entstanden, die auf eine andere, eine nichtsoveräne Art und Weise einflussreich sind.

Die Verfassung der WHO 1946 sieht drei Instrumente vor, mit denen die Organisation ihre Ziele voranbringen kann:

- 1 Völkerrechtliche Verträge (wird selten umgesetzt): Ein Vertrag im Sinne des Völkerrechts ist eine »ausdrückliche oder konkludente Willenseinigung zwischen zwei oder mehreren Völkerrechtssubjekten (internationale Übereinkunft), durch die völkerrechtliche Rechte und Pflichten begründet werden. Einen solchen rechtlich verbindlichen Vertrag haben die WHO-Mitgliedstaaten bisher erst einmal abgeschlossen, jenen zur Rahmenkonvention der Tabakkontrolle 2005 (engl. *WHO Framework Convention on Tobacco Control, FCTC*).¹⁶
- 2 Regelungen – unmittelbar gestützt auf die WHO-Verfassung über:
 - a. Sanitäre und Quarantänemaßnahmen und andere Vorkehrungen zur Verhinderung der Ausbreitung von Krankheiten von einem Land ins andere;

16 Der einzige unter der Ägide der WHO erarbeitete und von der WHA angenommene völkerrechtliche Vertrag ist das WHO-Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. Das Rahmenübereinkommen ist entstanden aus der Erkenntnis, dass die weltweite Ausbreitung des Tabakkonsums schwerwiegende Folgen für die öffentliche Gesundheit hat. Deshalb wird eine weitest mögliche internationale Zusammenarbeit in der Tabakprävention und bei der Bekämpfung des illegalen Handels mit Tabakprodukten versucht.

- b. Die Nomenklatur der Krankheiten, der Todesursachen und der Arbeitsmethoden des öffentlichen Gesundheitsdienstes;
 - c. Normen der diagnostischen Methoden für den internationalen Gebrauch;
 - d. Normen für die Beschaffenheit, Reinheit und Wirksamkeit biologischer, pharmazeutischer und ähnlicher Produkte im internationalen Handel;
 - e. Die Ankündigung und die Bezeichnung biologischer, pharmazeutischer und ähnlicher Produkte im internationalen Handel. Solche Regelungen gibt es bisher nur in zwei Bereichen: Erstens in der internationalen Klassifikation der Krankheiten, die »International Classification of Diseases« (ICD 2018). Zweitens wurden 1971 die Internationalen Gesundheitsvorschriften (engl. *International Health Regulations, IHR*) verabschiedet. Sie sind seither dreimal revidiert worden, zuletzt 2005. Beide Regelungswerke werden mittels einer Mehrheit der WHA-Mitglieder für alle Mitgliedstaaten als rechtsverbindlich erklärt. Die Mitgliedstaaten haben allerdings die Möglichkeit, sich der Verpflichtung zu entziehen und Vorbehalte geltend zu machen (sog. *opting out*).
- 3 Die nicht rechtsverbindlichen Empfehlungen (darunter fallen auch die Reproduktive Gesundheit und Rechte): Das World Health Assembly (WHA) verabschiedet jedes Jahr sogenannte Empfehlungen, Resolutionen, Standards. Trotz deren mangelnder Rechtsverbindlichkeit und der vorhandenen Sanktionen bei Verstößen werden sie in der Regel von den WHO-Mitgliedstaaten befolgt. Dies gilt zumindest für Normen mit technischem oder wissenschaftlichem Charakter. Andere Empfehlungen, wie etwa der 1981 angenommene Internationale Kodex für die Vermarktung von Ersatzprodukten für Muttermilch (engl. *International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes*), sind umstritten und werden teilweise nur zögerlich oder gar nicht befolgt.

Insgesamt setzen sich die Regierungsinstrumente der WHO aus einer Mischung aus rechtlich bindenden Verträgen (bisher gibt es wie er-

wähnt nur einen), verbindlichen Regelungen sowie aus rechtlich nicht bindenden Empfehlungen und Resolutionen (zum Beispiel Reproduktive Gesundheit und Rechte) zusammen. Die europäische Strategie für Reproduktive Gesundheit und Rechte aus dem Jahr 2001 ist eine menschenrechtsbasierte¹⁷ Empfehlung im Anschluss an die Agenda von Kairo 1994, die sich auf die Region Europa bezieht und die spezifischen Probleme und den Handlungsbedarf in dieser Region adressiert. Trotz mangelnder Rechtsverbindlichkeit bleiben diese Programme durch ihre hybride Situation und Interaktion mit sozialen Bewegungen, NGOs, Expert/-innen oder Regierungen nicht unverbindlich und entfalten gerade durch diese Verbindungen eine Wirksamkeit (vgl. Vasilache 2014, 185).

Die WHO hat Partnerschaften mit mehr als 470 NGOs. Mit anderen Worten bilden Organisationen wie die UNO oder die WHO komplexe, dezentrale und globale Felder bzw. Netzwerke. So ernennt zum Beispiel das WHO-Regionalbüro für Europa jeweils sogenannte Kollaborationszentren in den Mitgliedstaaten, die für einen bestimmten Zeitraum vereinbarte Arbeitsprogramme auf ihrem jeweiligen wissenschaftlichen Fachgebiet oder im Rahmen ihrer Schwerpunkte durchführen. Deutlich

17 Die Erklärung der Menschenrechte ist nicht völkerrechtsverbindlich. Die internationalen Menschenrechte, einschließlich der Menschenrechtsinstrumente sowohl der Vereinten Nationen als auch regionaler Organisationen, bilden »nur« den Rahmen für die Ausarbeitung nationaler Gesetze. Internationale Menschenrechtsdokumente lassen sich grob in zwei Kategorien einteilen: Übereinkommen, die für diejenigen Staaten rechtlich verbindlich sind, die sie ratifiziert haben; und sogenannte internationale Menschenrechtsstandards, die als Leitlinien angesehen werden und in internationalen Erklärungen, Resolutionen und Empfehlungen verankert sind. Beispiele für die erste Kategorie sind internationale Menschenrechtsübereinkommen wie der Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR, 1966) und der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR, 1966). Regelungen, die der zweiten Kategorie angehören (hier gehört auch Kairo dazu), sind z.B. Resolutionen der Generalversammlung der Vereinten Nationen. Diese sind zwar nicht rechtsverbindlich, doch sie können und sollten die staatliche Gesetzgebung beeinflussen, da sie einen internationalen Konsens darstellen.

wird eine internationale Politikform, die über die Regierungsweise souveräner Staaten hinausgeht, die aber gleichzeitig eng mit souveränen Staaten agiert.

Durch den ab den 1960er-Jahren verstärkten Fokus der UNO auf Bevölkerungspolitik (insbesondere in der Entwicklungshilfe) erhalten die Vereinten Nationen Geld von den USA, um die bevölkerungspolitische Stoßrichtung international durchzusetzen – bald auch mithilfe der Weltbank (Population Project Department) sowie durch ihre Sonderorganisation WHO sowie verschiedene staatliche (zum Beispiel USAID) und private Bevölkerungsorganisationen (Schultz 2006, 87).

In den 1960er-Jahren integriert die WHO Familienplanung als eigenes Ziel. Sie entwickelte ein eigenes Programm zur Erforschung von Generativität, das sogenannte *Human Reproduction Program* (WHO-HRP), ein Sonderprogramm, das aufgrund einer multilateralen Zusammenarbeit den Schwerpunkt auf Verhütungsmittelforschung legte (zum Beispiel immunologische Verhütung wie Impfung gegen Schwangerschaft).¹⁸ Die Gründung des HRP markiert die Hinwendung der WHO zur Bevölkerungspolitik, wie das WHO-Dictionary festhält: »The creation of the Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP) was particularly notable in that it represented an extension of WHO's work in the population field« (Historical Dictionary 2013, 21).

Auch die WHO vertritt den Standpunkt, Entwicklung und ökonomischer Fortschritt seien abhängig von Geburtenraten. Die verstärkte Hinwendung zur Familienplanung begründet die WHO allerdings vor allem gesundheitlich (ähnlich, wie später auch in der Agenda von Kairo argumentiert wird). So heißt es in der Resolution 18.49, World Health Assembly, Geneva, May 1965: »Size and structure of the population have repercussions on health conditions« (WHA 1965 Part I, 35). Und weiter: »To limit the size of the family was an indispensable measure in maternal and child health« (WHA 1965 Part II, 248).

18 Zur Geschichte der Verhütungsforschung siehe Richter 1993, Hartmann 1998, Hummel 2000 und Bhatia/Ynco 2002.

Diese Entwicklung zeigt die zunehmende Verankerung der Generativität als Gesundheitsthema bereits vor Kairo. Auch an einer Konferenz der WHO und der *International Planned Parenthood Federation* (IPPF) in Kenia/Nairobi 1987 wird Familienplanung bereits zum Hauptfaktor von Gesundheitspolitik erhoben – wie der Titel der Konferenz deutlich macht: »International Conference on better health for women and children through family planing«. Schwangerschaft wird hier als spezifisches Gesundheitsrisiko für Frauen verhandelt. Kurzum: Der Term *Reproduktive Gesundheit* taucht in WHO-Dokumenten bereits lange vor Kairo auf, und es wird deutlich, dass sich auf globaler Ebene die Verbindung von Gesundheits- und Bevölkerungspolitik vor Kairo vollzieht. Das Dictionary der WHO (2013, 21) hält fest, dass Bevölkerungspolitik innerhalb der WHO in Begriffen der Medizin und der Biologie gefasst wird als »the biology of human reproduction and the medical aspects of fertility control« (WHA 1965 Part II). Der Auftrag der WHO wird als Beitrag zur Forschung im Bereich der Verhütungsmittel verstanden, »[...] for the development of activities in family planning, as part of an organized health service« (WHA 1966). Dies mündete 1972 in der Gründung der bereits erwähnten HRP, damit ist Familienplanung in der WHO, das heißt als Gesundheitsthema gemeint. Familienplanung und Gesundheit stehen fortan in einem direkten Zusammenhang: »WHO's mandate was interpreted to firmly include assistance to adress the »urgent nature of health problems associated with changes in population dynamics« (WHO-Dictionary 2013, 22).

Ziel des Forschungsprogramms, an dem unter der Federführung der WHO auch UNDP, UNFPA und Weltbank beteiligt sind, ist es »to serve as the main instrument within the United Nations system for conducting, promoting, evaluating and coordinating international research on human reproduction, fertility regulation and familiy planing« (WHO-Dictionary 2013, 22). Unter anderen die Weltbank, die UNDP und die UNFP sind Co-Sponsoren des HRP, die WHO bleibt aber die exekutive Agentur. Das HRP und die immunologische Verhütungsforschung bleiben nicht unwidersprochen, kritisiert werden unter anderem Nebenwirkungen sowie mögliche eugenische Instru-

mentalisationen dieser Verhütungsstrategien.¹⁹ Die WHO setzte die Forschung jedoch trotz der Proteste fort (vgl. Schultz 2006, 156). Auch finden problematische Aspekte dieser Forschung wie Nebenwirkungen im WHO-Dictionary keine Erwähnung, man bezieht sich in der WHO-Selbstnarration lediglich affirmativ auf den »wichtigen Schritt«, dass Bevölkerungspolitik Anfang der 1990er-Jahre durch die menschenrechtsbasierten Konzepte der Reproduktiven Gesundheit international abgelöst wurden.

2.4 Die WHO nach Kairo

Der Prozess der *Vergesundheitlichung*, bei dem Schwangerschaft, Geburt, Familienplanung usw. zunehmend in den Rahmen von Gesundheitspolitiken gestellt werden, wird mit und nach Kairo weiter verstärkt. Dies drückt sich auch in einer Rhetorik der WHO aus, die Geburtensteuerung unter dem Paradigma der Gesundheit und unter Rückbezug auf möglichst hohen ethischen Standards zunehmend unsichtbar macht: »Any health intervention to influence population growth must be firmly based upon the highest ethical standard« (WHO 1993, 6). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die WHO und ihr Forschungsprogramm HRP vor, während und nach Kairo eine zentrale Rolle bei der Implementierung einer Bevölkerungspolitik spielen, die sich zunehmend durch Gesundheitsargumente legitimiert.²⁰ Die WHO hat, mit anderen Worten, die *gesundheitliche* Fundierung der Bevölkerungspolitik konzeptionell wie politisch vorangetrieben, das heißt die Ver-

19 Siehe z.B. Richter 1993, Hartmann 1998, Hummel 2000 und Bhatia/Ynco 2002.

20 Giami (2002, 8) beschreibt eine Erweiterung des Gesundheitsbegriffes in Public Health seit der Gründung der WHO im Jahr 1946, bei der einerseits immer mehr soziale und politische Dimensionen von Gesundheit in den Blick kommen und andererseits das Individuum und sein alltägliches Gesundheitsverhalten ins Zentrum rückt. Diese Entwicklung bildet eine ideale konzeptionelle Anknüpfung für bevölkerungspolitische Anliegen, die sowohl Elemente der individuellen Verhaltenssteuerung als auch der makropolitischen Interessen aufweist.

bindung von Gesundheits- und Bevölkerungspolitik auf der internationalen Ebene maßgeblich vorangebracht.²¹

Es gibt mehrere Gründe dafür, dass die WHO Europa im Jahr 2001 bei der Konkretisierung der Reproduktiven Gesundheit für den europäischen Raum die Hauptakteurin ist: In den Jahren nach Kairo wird das Thema der Reproduktiven Gesundheit zunehmend in großen Organisationen zentralisiert und kaum mehr von Zivilgesellschaft und Frauenbewegung bearbeitet.²² Die dominanten NGOs orientieren sich stark an einer Politik liberalisierter Staatlichkeit (Forderung nach freier Wahl und Choice), wodurch Abwehrrechte aus dem Blick geraten, das heißt, die juristische Verfolgung staatlicher Missachtung von reproduktiven Rechten wird durch eine individualisierende Choice-Perspektive immer weniger wichtig.²³ Diese Politik hat kaum mehr etwas mit der Durchsetzung von Rechten zu tun, deren Schwerpunkt liegt lediglich auf der Formulierung von unverbindlichen Richtlinien für die Mitgliedsländer. Dementsprechend überrascht nicht, dass bei der spezifischen Implementierung der Reproduktiven Gesundheit im europäischen Raum 2001 eine Organisation (die WHO) federführend ist, die so gut wie nichts mit Rechten zu tun hat und den Fokus voll-

21 Deutlich wird dies z. B. auch in den Programmen *Reproductive Health for all* (1995) und *Monitoring Reproductive Health* (1997).

22 Siehe Wichterich 2015.

23 Einige wenige Organisationen versuchten in den 1990er-Jahren noch, den rechtspolitischen Aspekt, also die reproduktiven Rechte, zu bearbeiten (zum Bsp. CRLP oder CLADEM). Diese gehen auch Kooperationen mit Parteien, Parlamentarier/-innen oder mit nationalen und internationalen Organisationen ein und konzentrieren sich im engeren etatistischen Sinne auf die Beeinflussung positiven Rechts (vgl. Schultz 2006, 166): »Sie versuchten, Gesetzesreformen zu erwirken und überwachten die menschenrechtlichen Kriterien des Aktionsprogrammes von Kairo. Als einzige Organisation zeigte die CRLP nach Kairo immer wieder Verletzungen reproduktiver oder sexueller Rechte vor nationalen oder internationalen Instanzen an.«

ständig auf Gesundheit legt.²⁴ Die Verfassung der WHO²⁵ formuliert keine *Rechte*, sondern definiert ihren Zweck darin, allen Völkern auf der Grundlage von Gesundheitsförderung bei der Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu helfen. Ziel der WHO ist es, einen Grad an Gesundheit zu erreichen, der es allen Menschen ermöglicht, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen. Gesundheit wird in der Verfassung der WHO definiert als »ein Zustand von vollständigem physischem, geistigem und sozialem Wohlbefinden, der sich nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung auszeichnet«. Dieser breite Gesundheitsbegriff wurde im Zuge des Konzepts der *Gesundheitsförderung* in der WHO-Ottawa Charter (1986) entwickelt und basiert, wie ich noch zeigen werde, auf einer stark individualisierenden Perspektive.

Das *World Health Assembly* ist einmal pro Jahr das Hauptentscheidungsorgan der internationalen WHO. Ähnlich funktioniert das europäische Regionalbüro der WHO: Repräsentant/-innen aller Mitgliedstaaten treffen sich einmal pro Jahr, formulieren neue regionale Strategien und Programme und überprüfen die Arbeit und das Budget der WHO Europa. Als spezialisierte Agentur der UNO löste die World Health Organization mit der Gründung der UNO die *League of Nations* nach dem Zweiten Weltkrieg ab. 61 Nationen haben die Verabschiedung der WHO, das heißt ihre Verfassung 1946 unterschrieben. Seither findet einmal jährlich das *World Health Assembly* (WHA) statt, an dem über Finanzen oder Programme abgestimmt wird. Heute hat die WHO 194 Mitgliedstaaten. Die Entscheidungsgewalt haben die Delegierten, die von allen Ländern gestellt werden. Es werden jeweils alle drei Jahre Exekutivmitglieder gewählt, die die Entscheidungen der WHO in den

24 Kairo hat selbstverständlich auch einige nützliche Werkzeuge für feministische, sozial- und gesundheitspolitische Forderungen hervorgebracht. Wie Schultz (2007, 174) betont, ist gleichwohl ein kritischer Blick notwendig, um zu untersuchen, wie sich im Zuge historischer Prozesse bestimmte Akteurinnen, Politikformen, Konzepte und Problematisierungen durchsetzen, während andere im internationalen Konfliktfeld marginalisiert werden.

25 Siehe dazu die WHO-Strategie *Health for All* (1998).

Mitgliedsländern voranbringen und durchsetzen. Die WHO hat sechs Regionalbüros:

The regional offices of WHO were created between 1949 and 1952, and are based on article 44 of WHO's constitution, which allowed the WHO to establish a regional organization to meet the special needs of each defined area. Many decisions are made at regional level, including important discussions over WHO's budget, and in deciding the members of the next assembly, which are designated by the regions. Each Regional Committee of the WHO consists of all the Health Department heads, in all the governments of the countries that constitute the Region. Aside from electing the Regional Director, the Regional Committee is also in charge of setting the guidelines for the implementation, within the region, of the health and other policies adopted by the World Health Assembly. The Regional Committee also serves as a progress review board for the actions of WHO within the Region (Burci/Vignes 2004, 56).

Das WHO-Regionalbüro für Europa befindet sich in Kopenhagen. Die Region Europa reicht von Portugal bis in den asiatischen Teil der Russischen Föderation und umfasst 53 Länder. Die wichtigsten Partnerorganisationen des europäischen Regionalbüros in Zusammenhang mit der Thematik der Reproduktiven Gesundheit sind die *International Planned Parenthood Federation* (IPPF) sowie der *United Nations Population Fund* (UNFPA), auf regionaler und nationaler Ebene. Die WHO Europa gibt gemeinsam mit dem UNFPA die Zeitschrift *Entre Nous. The European Magazine for Sexual and Reproductive Health* heraus, die einmal jährlich erscheint. Weiter gibt es zahlreiche Kooperationen mit europäischen Organisationen wie zum Beispiel mit der *Europäischen Gesellschaft für Verhütung und reproduktive Gesundheit* (ESC).

Die Strategie der WHO Europa aus dem 2001 hat anleitenden Charakter für die Mitgliedstaaten, die sich auch heute daran orientieren. Ihr Ziel ist es, die Agenda von Kairo für den europäischen Raum zu konkretisieren. Die WHO Europa verortet die Strategie aber auch in anderen internationalen Initiativen und Entwicklungen, zum Beispiel in der *Global Initiative Health for All* 1995 und der *Beijing Conference on Women*

1995 mit der Ankündigung, diese Politiken nun auch im europäischen Raum zu verstärken: »WHO globally has made reproductive health a priority area, underlined in the World Health Assembly Resolution of May 1995 (WHA 48.10). This Resolution »urges Member States to further develop and strengthen their reproductive health programmes« (WHO 2001, 1).²⁶ Weiter beruht die Strategie auf einem Auftrag, den die WHO Europa von den EU-Staaten erhalten hat: »In 1998 country representatives at the biennial meeting of Focal Points for Sexual and Reproductive Health recommended that guidelines be prepared by the World Health Organization, Regional Office for Europe, to assist them in developing their national strategies« (WHO 2001, 1).

Nicht zuletzt muss die Einführung der Konzepte auch vor dem Hintergrund des Mauerfalls betrachtet werden: In der *Regional Strategy* (2001) wird mehrfach argumentiert, dass durch das Hinzukommen der östlichen Regionen zum europäischen Raum die Dringlichkeit für eine *europäische* Strategie der Reproduktiven Gesundheit gestiegen ist, da es in den östlichen Regionen nicht nur mehr Müttersterblichkeit gibt, sondern Frauen auch vermehrt an Abtreibungen sterben und es insgesamt keine ausreichende Gesundheitsversorgung gibt.

Die *Regional Strategy* ist wie folgt strukturiert: Im ersten Teil werden die verschiedenen reproduktiven und sexuellen Gesundheitsprobleme in der europäischen Region skizziert und die Hintergründe der Konzepte dargelegt. Dabei wird auch begründet, warum die Konzepte der sexuellen und Reproduktiven Gesundheit für den europäischen Raum präzisiert werden sollen und es mehr Anstrengungen in diesen Bereichen braucht. Der mittlere Teil differenziert Konzepte und Definitionen der Reproduktiven Gesundheit, der sexuellen Gesundheit und der Safe Motherhood, im dritten Teil werden Ziele formuliert und am Schluss geht es um Möglichkeiten der Evaluationen und der Überwachung (Monitoring).

26 Die *Regional Strategy* weitet das Spektrum der adressierten Institutionen und Akteure aber auch vom Staat auf weitere Akteure aus: An den Richtlinien sollen sich nicht nur Regierungen/Staaten orientieren, sondern auch NGOs und internationale (Regierungs-)Organisationen (IGOs).

Seit der Konkretisierung der Reproduktiven Gesundheit für den europäischen Raum ist mehr als ein Jahrzehnt vergangen. Es wurden seither zahlreiche ergänzende Programme bzw. Ausdifferenzierungen ausgearbeitet und lanciert.²⁷ Sie alle beruhen jedoch nach wie vor auf der in Kairo im Jahr 1994 verabschiedeten Agenda der Reproduktiven Gesundheit und Rechte sowie auf den von der WHO Europa 2001 für den europäischen Raum spezifizierten Strategie.

27 Z. B. die Ausformulierung der sexuellen Gesundheit als eigener Bereich, die Konkretisierung der Reproduktiven Gesundheit für Jugendliche usw.

