

5. Close Reading: Die Programme der Reproduktiven Gesundheit (WHO Europe)

5.1 Das Gesundheitssubjekt: Wie Generativität zum Thema internationaler Gesundheitsakteure wird

Die ersten Bezüge globaler Gesundheitsakteure auf Geburtenzahlen und generative Fragen lassen sich in der Zwischenkriegszeit ausmachen: Ausgehend von der gesundheitspolitischen Ausrichtung auf Mütter in europäischen Ländern, werden Fragen der generativen Hygiene auch in den Kolonien relevant (vgl. Bashford 2006, 76). Internationale Gesundheitsakteure wie die *League of Nations* (LN) berufen sich in dieser Zeit zunehmend auf demografische Statistiken zu Totgeburten in den Kolonien mit dem Resultat, dass vorgeburtliche Überwachungen nahegelegt werden. Frauen in den Kolonien sollten die Regeln der *Mütterhygiene* nach europäischem Modell erlernen. Gestartet werden die ersten großen Stillkampagnen, geworben wird für die Veränderung von individuellen Gewohnheiten.

Ab den 1930er-Jahren ist eine neue Generation internationaler Gesundheitsagenten insbesondere in Südostasien unterwegs und versucht, gezielt auf die Hygienepraxen von Müttern einzuwirken.¹ Jedoch erst einige Jahrzehnte später verankern globale Gesundheitsorganisationen Geburtensteuerung als Ziel (vgl. Bashford 2006, 78). Im Zuge

¹ Zur kolonialen Gesundheitspolitik siehe z.B. Amrith 2006.

der Skandalisierung des sogenannten ›Überbevölkerungsproblems“² werden Generativität und antinatalistische Geburtenkontrolle zum Hauptziel globaler Entwicklungspolitiken und dabei auch zu einem internationalen Public-Health-Thema.

In den 1960er-Jahren integriert die WHO Familienplanung als eigenes Ziel (vgl. Bashford 2006, 78) und etabliert 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).³ Diese Entwicklung zeigt die zunehmende Verankerung der Generativität als Gesundheitsthema.

5.1.1 Vom Rechtssubjekt zum Gesundheitssubjekt: Vergesundheitlichung der Generativität in den WHO-Programmen

Die entscheidende Verschiebung zur Vergesundheitlichung der Generativität vollzieht sich auf dem internationalen Parkett allerdings erst im Zuge der UN-Bevölkerungskonferenz von Kairo (Schultz 2006) und wird in den europäischen Programmen der WHO nochmal verstärkt: Rechte kommen – im Unterschied zu Kairo – praktisch nicht mehr vor. Zwar ist es das erklärte Ziel der WHO Europa, die Reproduktive *Gesundheit und Rechte* auch für den europäischen Raum und die spezifischen Probleme und Bedürfnisse dieser Region auszuarbeiten. Allerdings wird bereits im Titel des Programms der Schwerpunkt auf Gesundheit deutlich: »WHO Regional Strategy on Reproductive Health«.⁴

2 Siehe Paul Ehrlichs (1968) Schlüsselwerk zur sogenannten Überbevölkerung: *The Population Bomb*.

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

4 Wie ich in den historischen Explorationen ausgeführt habe, verwendet die WHO den Term *Reproduktive Gesundheit* bereits vor Kairo. Auch gründete die WHO 1978 das sogenannte Human Reproduction Programme (HRP). Insofern reicht die gesundheitliche Konnotation von Generativität weiter zurück als die

Rechte bleiben im Titel unerwähnt. Das erklärte Ziel der WHO Europa ist es zwar in den Eingangsworten, die Reproduktive *Gesundheit und Rechte* endlich auch für den europäischen Raum und die spezifischen Probleme und Bedürfnisse dieser Region auszuarbeiten. Bereits auf den ersten Seiten wird jedoch eine Engführung deutlich, indem das Programm einschränkend formuliert, Mitgliedsländer sollten darin unterstützt werden, die Reproduktive *Gesundheit* zu verbessern. Rechte werden im Weiteren nicht mehr erwähnt (vgl. WHO 2001, i). Zwar orientiert sich die WHO Europa an der internationalen Kairo-Programmatik der Reproduktiven Gesundheit und Rechte (1994) – gleichzeitig setzt die WHO eigene Schwerpunkte und Definitionen und konzentriert sich auf die Reproduktive *Gesundheit*, das heißt lediglich auf einen Teilaspekt (ohne dies jedoch kenntlich zu machen).

Während also auf globaler Ebene Reproduktive Gesundheit und Rechte implementiert wurden, verläuft die Spezifizierung im europäischen Raum einige Jahre später verstärkt über den Topos *Gesundheit*. So heißt es: »The purpose of this document ist to provide strategic guidance to Member States [...] to improve the sexual and reproductive health of their population« (WHO 2001, einführendes Abstract, o. S.).⁵ Weiter bleibt – hier ist die Position der WHO formalrechtlich wie diejenige der UN-Agenda von Kairo – die Ausarbeitung von verbindlichen Gesetzen den Nationalstaaten überlassen. Die Reproduktiven Rechte wurden überhaupt nur mit der Einschränkung in die Abschlussagenda von Kairo aufgenommen, dass in Bezug auf *Rechte* jedes Land nach der eigenen gesetzlichen und kulturellen Grundlage

Agenda von Kairo, die die Vergesundheitlichung programmatisch und offiziell vollzog.

5 Die Begriffe »Bevölkerung« und »Bevölkerungsgesundheit« verweisen zudem auf ein bevölkerungspolitisches Kontinuum, mit denen die Aufmerksamkeit weg von ökonomischen und sozialen Bedingungen von Gesundheit hin auf die Bevölkerung *selbst* gerichtet wird (Kritikerinnen haben immer wieder gefordert, den Begriff durch ›people‹ zu ersetzen, z.B. Poland u.a. 1998). Aufgerufen wird dadurch eine makropolitische Ebene (›Bevölkerung‹). Gleichzeitig wird mikropolitisch das Gesundheitsverhalten der Einzelnen und deren Eigenverantwortung adressierbar.

handeln solle. Eine Einschränkung, die die Durchsetzungskraft der Reproduktiven Gesundheit und Rechte stark begrenzt.⁶ Die Souveränität der Länder und deren Gesetzgebungen stehen über den universellen reproduktiven Gesundheitsrechten. Die Aufgabe der WHO ist es, die Rechtspolitik der einzelnen Staaten zu unterstützen: »The goal of the Strategy is to support Member States in their efforts to ensure sexual and reproductive rights« (2001, 8). Die Ausarbeitung von Gesetzen bleibt Sache der Nationalstaaten. Formalrechtlich ist die Position der WHO hier wie die UN-Agenda von Kairo. Allerdings sind *Rechte* im Sinne eines politischen Claims in den Kairo-Dokumenten präsenter und immer ebenfalls erwähnt. Dem gegenüber kommen *Rechte* in der europäischen Agenda kaum noch vor. Die Spezifizierung der Konzepte im europäischen Raum unter der Ägide einer Gesundheitsorganisation zeigt einen Prozess der Abwendung von *Rechten*. Der von Schultz (2006) für Kairo beschriebene *Gesundheitsturm* spitzt sich, so meine Analyse, im europäischen Raum zu. Rechte werden nur noch implizit, also als Teil von Gesundheit erwähnt: »Implicit in reproductive health are the rights of men and women to be informed of and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of fertility regulation of their choice, and to [...] provide couples [...] of having a healthy infant« (2001, 8).

Während also auf globaler Ebene Reproduktive Gesundheit *und* Rechte implementiert wurden, verläuft die Spezifizierung dieser Konzepte für den europäischen Raum über zehn Jahre später verstärkt über den Topos *Gesundheit*. Die Frage der (menschen-)rechtlichen Fundierung der Reproduktiven Gesundheit gerät in den Hintergrund. Natürlich ist dies auch dem Umstand geschuldet, dass die WHO eine Gesundheitsorganisation *ist* und ihr Auftrag entsprechend auf diesem Schwerpunkt liegt. Gleichwohl ist gerade der Umstand bedeutend,

6 So wurde z.B. Abtreibung nicht als universelles Recht festgeschrieben – und ist es bis heute nicht. Sax (1995, 102) schreibt kurz nach der Konferenz von Kairo, es sei zwar positiv, dass der Begriff der *Reproduktiven Rechte* endlich einmal schwarz auf weiß in der UN-Agenda stehe, gleichwohl sei Kairo zuallererst ein Freipass für die Mächtigen, weiterzumachen wie bisher.

dass im europäischen Raum die Spezifizierung der Reproduktiven Gesundheit und Rechte von einer Gesundheitsorganisation durchgeführt wird und der von Schultz (2006) für die Agenda von Kairo beschriebene Prozess eines ›Gesundheitsturns im europäischen Raum nicht nur verstetigt, sondern zugespitzt wird.

Das ›Verschwinden‹ der Rechte zugunsten von Gesundheit lässt sich im WHO-Programm (2001) an verschiedener Stelle aufzeigen: So werden Rechte zunächst vor allem im Rahmen der Definition zur Reproduktiven Gesundheit und nur implizit erwähnt. In der Definition heißt es: »Reproductive Health implies that people are able to have a responsible, satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so« (WHO 2001, 7). Rechte sind demnach in die Definition der Reproduktiven Gesundheit *integriert*. Sie bilden einen Teilaспект und keine eigenständige Forderung.

Erst im darauffolgenden Satz werden Rechte wörtlich erwähnt. Jedoch wird der lediglich ›implizierende‹ Charakter erneut deutlich: »*Implicit* (Herv. d. Autorin) in this (in reproductive health, Anm. d. Autorin) are the right of men and women to be informed of and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of fertility regulation of their choice, and to appropriate health care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant« (ebd.: 7).

Das ›Master-Ziel‹ ist Gesundheit. Dieses enthält zwar auch Rechte, jedoch haben Menschen in dieser Definition Reproduktive Rechte vor allem *im Hinblick* auf das Ziel der Gesundheit. In diesem Sinne werden Rechte durch die Ausrichtung am Gesundheitsparadigma auf einer makropolitischen Ebene eng geführt. Das Recht auf Gesundheit(-sversorgung) wird gekoppelt an *bestimmte* Gesundheitsziele. Zum Beispiel das Ziel, gesunde Kinder (›healthy infant‹ [ebd.]) zu gebären. Dadurch ist zum Beispiel kaum thematisierbar, welche Rechte Frauen haben, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden oder für ein ›ungesundes‹ Kind, ein Kind mit Behinderung oder mit einer Krankheit.

Durch den an Gesundheit orientierten Zugang dominieren zudem jene präventiven, individualisierenden Prämissen, die Schultz (2006) und Hartmann (1995) auch für Kairo beschrieben haben. So nennt die WHO-Agenda (2001, 8) als wichtigste Ziele die Förderung von »personal skills« und konstatiert: »Behavioural change is a key element«. Dieser gesundheitliche Fokus auf individuelle Verhaltensweisen hat einen, wie Schultz (2006) herausstellt, stark ent-politisierenden Effekt, Generativitätsverhältnisse erscheinen als Frage privater Gesundheitsentscheidungen, gesellschaftspolitische Dimensionen wie sozioökonomische Bedingungen oder Geschlechterverhältnisse geraten aus dem Blick.

Zwar hat die WHO Europa einen sehr weit gefassten Gesundheitsbegriff, Gesundheit wird definiert »[...] as a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, reproductive health addresses the reproductive processes, functions and systems at all stages of life« (WHO Europa 2001, 7). Damit werden zwar viele Bereiche des menschlichen Lebens als Frage der Gesundheit gefasst und im Prinzip gesellschaftspolitisch thematisierbar. Allerdings leitet die WHO-Agenda aus dem weit gefassten Gesundheitsbegriff eine stark individualisierende Perspektive ab, indem einzelne Risikofaktoren – zum Beispiel Alter, Migration, Geschlecht, mangelndes Wissen, Gewalt, Geschlechtskrankheiten, HIV usw. – als Ursachen für die Häufung von bestimmten Problemen kalkuliert und bestimmten Bevölkerungsgruppen zugeordnet werden.

Solche Risikokalkulationen installieren eine Perspektive, bei der es um die Veränderung von individuellen Verhaltensweisen geht. Oder wie es die WHO Europa (2001, 16) formuliert: »People should be enabled, through information and education, to acquire and maintain behaviour that promotes their own reproductive health.« Im Vordergrund steht damit die *individuelle Selbstregulierung*. Auch andere Publikationen der WHO zur Reproduktiven Gesundheit machen dies deutlich: »[...] behavioural change is a key element to improved contraception usage« (WHO, *Entre Nous* 2011, 26). Und weiter: [...] to improve contraceptive behaviour should involve utilization of a conceptual model of behavioural change, consisting of several stages, where intervention is tailored to

the distinct stage that individual women represent« (ebd., 27). Weiter heisst es: »[...] the provider centres the discussion not on methods but on the benefits gained with the change of behaviour« (ebd.).

Anschließend an die in den theoretischen Explorationen entfaltete Perspektive der gouvernementalen Biopolitik möchte ich argumentieren, dass sich in der Verschiebung zur Gesundheit eine Gouvernementalisierung abzeichnet, das heißt eine nicht juridische, nicht repressive Regierung der Generativität, deren zentrales Merkmal eine verstärkt individualisierende Anrufung von sich selbst optimierenden, rationalisierten Gesundheitssubjekten ist. Die Diskursivierung der Reproduktiven Gesundheit basiert auf wissenschaftlich-empirischen Analysen, Klassifikation und Risikokalkulationen sowie epidemiologischen Prämissen der Prävention. Diese installieren, wie ich im Anschluss an die Gouvernementalitätsstudien (Absatz 4.1.5.) argumentieren möchte, gouvernementale Prinzipien der ökonomischen Rationalität (*Homo Oeconomicus*) und übertragen sie auf Gesundheitshandeln und generative Prozesse. Konstituiert werden Möglichkeitsräume, in denen die makropolitischen Normalisierungsvorstellungen einer Gesellschaft in die Individuen hineinverlagert werden und Individuen sich selbst gemäß dieser Anforderungen regieren.

Das zentrale Ziel gouvernementaler Regierung ist, wie Foucault ausarbeitet, die Bevölkerung, das heißt Prozesse des Lebens (Gesundheit, Generativität, Sexualität, Sterberaten usw.) und deren Optimierung. In diesem Sinne lassen sich die Programme der Reproduktiven Gesundheit und deren (teilweise) bevölkerungspolitisch begründeten Gesundheitsziele als eine zeitgenössische Variation gouvernementaler Biopolitik beschreiben.

Ich werde im Folgenden genauer untersuchen, wo und auf welche Weise sich die rationalisierte generative Selbststeuerung – außer im beschriebenen Prozess der Vergesundheitlichung – in den Programmen zeigt. Besonders deutlich werden die gouvernementalen Subjektmodelle in der Konzeptualisierung von Selbstbestimmung (Choice).

5.2 Das Choice-Subjekt

Die Verstärkung des Gesundheitstopos in der Programmatik der WHO geht einher mit einer diskursiven Verschiebung von Rechten zur Terminologie der *reproductive choice*. *Choice* wird in der WHO-Agenda dem Titel »Field of Choice« (2001, 8–10) als das erste und wichtigste Ziel eingeführt wird, das zu erreichen die Mitgliedsländer anstreben sollten. Damit setzt sich in den europäischen Programmen der Kairo-Trend fort, die ohnehin nur als ›weiche Regeln‹ und Richtlinien implementierten reproduktiven Rechte noch mehr aufzuweichen.⁷ Die Frage der (menschen-)rechtlichen Fundierung bleibt im Zuge der Choice-Terminologie letztlich sekundär. Rechte kommen zwar an einigen Stellen vor, sie sind jedoch dem sogenannten Choice-Paradigma unterstellt, das heißt, sie werden als Unterpunkte von *Choice* aufgeführt. Zu beobachten ist, dass sich der Choice-Topos – im Sinne einer ›aufgeweichten‹ Variante von Rechten – mit den individualisierenden Prämissen der Vergesundheitlichung optimal verbinden lässt.

Im Folgenden werde ich die Verwendung des Begriffs *Choice* in den WHO-Programmen rekonstruieren und dabei den Fokus auf die Frage der »Subjektmodelle« (Gräfe 2007, 214) legen. Welche *programmatischen Subjektivitäten* (Pühl/Schultz 2001)⁸ bzw. Subjektanrufungen bringt die WHO-Programmatik hervor? Und welche (normativen) Annahmen über Generativität kommen darin zum Ausdruck?

7 Diesen Trend legt die Kairo-Programmatik selbst bereits nahe. Wie u.a. Schultz (2006) und Hartmann (1995) aufgezeigt haben, galten die Reproduktiven Rechte zwar als politischer Durchbruch, allerdings mangelte es ihnen von Beginn an an völkerrechtlicher Durchsetzungsmacht.

8 Wie ich im methodischen Teil ausgeführt habe, beziehe ich mich auf das Konzept der »programmatischen Subjektivität«, gemäß der keine Einheit zwischen Programm und Individuen behauptet werden kann. Das heißt, über die Wirkung der Programme auf die tatsächlich gelebten reproduktiven Verhaltensweisen lässt sich anhand der programmatischen Subjektivität nichts aussagen (vgl. Pühl 2008, 107).

5.2.1 Rational planen und entscheiden

»The Field of Choice« wird im Dokument der WHO (2001, 8-10) in einem längeren Abschnitt als erstes wichtiges Ziel beschrieben. Unter *Choice* werden verschiedene Dinge gefasst, zum Beispiel »to increase the knowledge of individuals and couples on their right to make free and informed choices on the number and timing of children and to promote the goal of every child being a wanted child« (WHO 2001, 8). Zentral in den Formulierungen der WHO ist das Ziel, das Wissen von Individuen und Paaren über ihr Recht auf eine freie und informierte Wahl zu steigern. Dabei geht es nicht um irgendeine Wahl, sondern um eine, die im Rahmen *bestimmter* (Verhütungs-)Informationen getroffen wird und ungewollte Kinder verhindert. *Choice* wird als »informed choice« (2001, 9) definiert, das heißt, eine selbstbestimmte Wahl basiert auf der Grundlage eines bestimmten Wissens, das den Individuen und Paaren erst beigebracht werden muss. Die Verbesserung von Wissen (über Verhütung) gilt als Voraussetzung dafür, überhaupt selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können. Kurzum: Selbstbestimmung meint gleichzeitig *Selbstregulierung*, das heißt die Steigerung der Kompetenzen der Einzelnen im Umgang mit sich selbst.⁹

Ein weiteres Ziel, das unter *Choice* gefasst wird, ist, die Abtreibungs-raten zu senken (2001, 8). Erreicht werden soll, dass Individuen bereits vor dem Eintreten ungewollter Schwangerschaften verhüten. Dabei soll der Zugang zu Verhütung insgesamt verbessert werden – indem zum Beispiel dafür gesorgt wird, dass mindestens drei unterschiedliche Verhütungsmethoden angeboten werden: »Each contraceptive service point is able to explain and offers a choice of at least three different modern methods of contraception« (2001, 10). Als letzter zentraler Punkt wird empfohlen, auch vermehrt Männer zum Thema Verhütung zu involvieren – das heißt, ihre Verhütungskompetenzen zu verbessern (ebd.: 10).¹⁰

⁹ Zum präventiven Selbst siehe Lengwiler/Madarász 2014.

¹⁰ Auf Aspekte der Vergeschlechtlichung gehe ich weiter unten ein.

Insgesamt wird deutlich, dass *Choice* in der WHO-Programmatik als eine »Verhütungs-Entscheidung« definiert wird, als Verhinderung von Schwangerschaft. Eine reproduktive Entscheidung ist dann eine Entscheidung, wenn sie auf der Grundlage sachkundigen Verhütungswissens *vor* dem Eintreten einer Schwangerschaft getroffen wurde. Instaliert wird damit ein Begriff von *Choice*, der die Entscheidung *gegen* Fortpflanzung *vor* dem Eintreten einer Schwangerschaft meint. Auch in weiteren Dokumenten der WHO Europa zur Reproduktiven Gesundheit wird deutlich, dass unter *reproductive choice* vor allem *contraceptive choice* gemeint ist. So legt auch die Ausgabe der WHO-Zeitschrift *Entre Nous* zum Thema *Choices and Planning* (2013) ihren Schwerpunkt klar auf die Verhinderung ungewollter Schwangerschaften. Das Hauptaugenmerk richtet sich auf das Problem, dass viele Frauen im europäischen Raum nach wie vor nicht ausreichend Zugang zu Verhütungsmitteln haben: »The great diversity in service delivery modalities paints to a landscape of unequal access to EC options for European women« (WHO 2013, 11). Weiter heißt es: »We should not forget that every woman needs to be informed of the different methods available to her, their efficacy, adverse effects, interactions and eligibility requirements so she can truly exercise choice« (ebd.).

Die Expert/-innen berufen sich dabei insgesamt auf einen quantitativen Ansatz, der lautet: Je mehr verschiedene Verhütungsmittel zugänglich sind, desto eher werden sie verwendet: »Indeed, evidence shows that offering a choice of methods leads to greater use of contraception« (WHO 2013, 4). Nahegelegt wird, dass Zugang zu Verhütung und eine erhöhte Benutzung von Verhütungsmitteln die entscheidenden Indizien für »Selbstbestimmung« (*Choice*) sind und mithin Ausdruck einer besseren Reproduktiven Gesundheit. Komplexe gesellschaftliche Zusammenhänge, die reproduktive Selbstbestimmung (*Choice*) ebenfalls beeinflussen, begrenzen oder ermöglichen, werden in dieser *Choice*-Definition ausgeblendet. *Choice* wird auf einzelne, leicht messbare Faktoren (Verhütungsmittelverbreitung) reduziert. Aus dem Blick gerät dadurch, welche anderen Faktoren Reproduktive Gesundheit und *Choice* beeinflussen bzw. welche *verschie-*

denen Voraussetzungen es braucht, damit für sehr verschiedene Frauen *Choice* tatsächlich möglich ist.

Fortgeführt wird in den europäischen Choice-Konzepten das anti-natalistische Paradigma von Kairo und eng damit zusammenhängend eine insgesamt ›westlich‹ ausgerichtete Definition von *Choice*. Das generative Selbst wird als ein präventives Subjekt konstituiert, das vor allem Verhütungsentscheidungen trifft. Andere Dimensionen von *Choice* kommen nur marginal in Betracht. Zwar sind Fragen der sozioökonomischen Bedingungen von Reproduktiver Gesundheit im Zuge des sehr breiten Gesundheitsverständnisses der WHO insgesamt durchaus präsent. Allerdings werden diese nicht unter *Choice* oder anderen konkreten Punkten/Zielen gefasst, sondern eher beiläufig in einleitenden Worten.

Die zentrale Bedeutung von Verhütung fokussiert eine bestimmte Form der Entscheidung, die Subjekte auf der Grundlage von präventiven, vorausschauenden, planenden Skills und Verhaltensweisen treffen, und zwar auf der Grundlage von Wissen, das ihnen nahegebracht werden muss. Anders ausgedrückt: Ausgegangen wird nicht von dem, was Subjekte bereits tun, sondern dem, was sie nach erfolgter Aufklärung durch die WHO (oder durch andere) tun *sollten*. Das generative Subjekt muss aus dieser Perspektive erst in die Lage versetzt werden, freie Entscheidungen zu treffen, oder wie es die WHO formuliert: »People should be enabled, through information and education, to acquire and maintain behaviour that promotes their own reproductive health« (2001, 16).

Es zeichnet sich eine tendenziell paternalistische Perspektive ab, die nahelegt, Menschen würden erst durch die Umsetzung der WHO-Programme in die Lage versetzt, richtige, gesunde und mithin selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. In diesem Sinne werden die WHO-Mitgliedsländer dazu angehalten, »to ensure that women receive the information they need to make informed decisions« (WHO 2013, 11). Kurzum, Frauen erscheinen als passive Empfängerinnen von Informationen – aktiv handelnde und entscheidende Subjekte sind sie erst *nach* dem Empfang dieser Informationen.

In den Diskursformationen zu Choice zeigen sich die Widersprüchlichkeiten der Reproduktiven Gesundheit: Das generative Subjekt darf alles, muss aber – auf der Grundlage eines bestimmten Wissens – *richtig* planen und richtige Entscheidungen treffen. Dieses Subjekt ist einerseits frei und selbstbestimmt und andererseits passiv und unselbstständig. Das generative Subjekt muss zum selbstbestimmten generativen Handeln erst befähigt bzw. erzogen/gebildet werden (im Englischen bedeutet ›education‹ sowohl Bildung als auch Erziehung).

Auf diese Weise kommt nur ein bestimmtes generatives Handeln als selbstbestimmt in den Blick – nämlich jenes, das optimierende Effekte auf Gesundheit und eine bestimmte Vorstellung von Familienplanung hat. Andere Dimensionen generativen Handelns können vor diesem Hintergrund nicht als *Choice*, als Wahl, als selbstbestimmt gewertet werden.

Ein solches Choice-Konzept konstituiert Familienplanung, überhaupt die Entstehung von Kindern als einen intentionalen und rationalisierten Prozess, in dem Entscheidungen nicht zuletzt auf den Zeitraum *vor* einer Schwangerschaft reduziert bleibt. ›Choice‹ meint die richtige Verwendung von Verhütungsmitteln und das richtige ›Timing‹ von Schwangerschaften mit dem Ziel, dass jedes Kind ein gewolltes Kind ist (WHO 2001, 8).

Zugrunde gelegt wird ein »positivistisches Verständnis von Autonomie« (Hirschauer u.a. 2014, 27), ein Entscheidungsmodell, das Ambivalenzen außer Acht lässt. Denn ›gewollt‹ kann in einem solchen Verständnis von Choice nur das sein, was geplant ist. Unbeachtet bleibt, dass sich eine ungewollte auch in eine gewollte Schwangerschaft verwandeln kann, wie Hirschauer u.a., Heimerl, Hoffmann und Hofmann (2014) zeigen, kann, was »plötzlich passiert ist«, einige Zeit später den Anstrich eines langfristigen Planes bekommen – oder umgekehrt: Eine geplante und gewollte Schwangerschaft kann sich plötzlich in eine ungewollte verwandeln. Das heißt, die starke Unterscheidung von geplant und ungeplant entspricht nicht den realen generativen Praxen. Hirschauer u.a. (2014, 29) zufolge ist das Schema geplant/ungeplant zu eng gefasst, denn es gibt auch die ›halbgeplanten‹ Schwangerschaften oder die ›ungeplanten – aber nicht unerwünschten‹ (ebd.), die

»nicht geplanten, aber auch nicht verhinderten bzw. nicht ungewollten« (ebd.), oder die »sich schicksalhaft fügenden oder >hereinbrechenden«, »dem Zufall überlassenen«, »neugierig risikierten« oder »ruhig in Kauf genommenen« (ebd.) usw. Schwangerschaften.

In der Choice-Perspektive der WHO werden reproduktive Prozesse auf ein Modell reduziert, das nicht zu berücksichtigen vermag, dass der biografische Übergang zur Elternschaft oftmals kaum mit dem klassischen Modell rationaler Entscheidung übereinstimmt. Der Übergang zur Elternschaft »kann sich ereignen, ohne dass eine Entscheidung getroffen wurde« – allerdings bedeutet das eben nicht zwangsläufig, dass eine Schwangerschaft ungeplant oder ungewollt war (Hirschauer u.a. 2014, 28). Oder wie Tazi-Preve (2013, 26) argumentiert: »Only a small number of children were planned, most are brought into the world completely »unplanned« or principally wanted, but born »too early« or »too late«. This gap between the planned and the actual reproductive behavior indicates the existence of opposition to the expansion of planning strategies which are central to the way of life in which every aspect is razionalized.«

Zudem: Indem Selbstbestimmung nur auf den Zeitraum vor dem Eintreten einer Schwangerschaft bezogen wird, fallen Schwangerschaftsabbrüche nicht unter »Choice«. Nahegelegt wird zwar, dass eine niedrige Abtreibungsrate (ein formuliertes Ziel der WHO unter Choice, 2001, 8) ein Indikator für reproduktive Selbstbestimmung sei, weil dies ein Indikator für ein ausreichendes Angebot von Verhütungsmöglichkeiten und Aufklärung sei. Eine solche Perspektive blendet jedoch aus, dass es auch bei einem flächendeckenden Verhütungsmittelangebot weiterhin zu ungewollten Schwangerschaften kommen kann und kommt. Im WHO-Choice-Konzept fällt durch diese Verengung zum einen die Notwendigkeit bzw. die Forderung nach Abtreibungsmöglichkeiten unter den Tisch, zum anderen wird Abtreibung nicht als »reproductive choice«, das heisst nicht als Entscheidung gefasst.

In dieser Hinsicht fallen die Choice-Definitionen der WHO hinter die Forderungen der Frauenbewegung zurück.¹¹

Ähnlich wie die Gouvernementalitätsstudien für diverse Gesundheitsfelder zeigen, wird auch das Feld der Reproduktiven Gesundheit nicht über gesetzliche Regelungen oder autoritäre Anweisungen durch Expert/-innen bestimmt. Vielmehr ist es charakterisiert durch ein Vokabular der Selbstbestimmung bzw. Selbststeuerung und individuellen Gesundheitsverantwortung. Die Choice-Konzepte formulieren das Ziel einer möglichst umfangreichen Informiertheit über den eigenen Körper und mithin Kenntnis über Risiken und Prävention. Durch die Delegierung von Verantwortung an Individuen sickert ein ökonomisches Selbstverhältnis in die Subjekte ein, die Vorstellung individueller Machbarkeit.

Die Ideen der Selbsthilfe und des *empowerments* weisen widersprüchliche Elemente auf: Einerseits sind die breiten Gesundheitsdefinitionen der WHO durchaus sozialpolitisch ausgerichtet, andererseits installiert die Choice-Terminologie eine neoliberalen Programmatik aktiver, eigenverantwortlicher Individuen, mit der individuelle Machbarkeit propagiert und eine neoliberalen Regierungstechnologie konstituiert wird, wie sie die Gouvernementalitätsstudien im Anschluss an Foucault herausgestellt haben.¹² In den Choice-Konzepten der WHO verbinden sich Machttechnologien mit Subjektivierungsweisen, das heißt, die Regulierung von Gesundheit und Generativität stützt sich auf die Freiheit der Individuen (Nettleton 1997; Rose 2007), sich rational und präventiv für Gesundheit bzw. Verhütung zu entscheiden und z.B. auf Risikoverhalten oder nicht rationale Gewohnheiten zu verzichten (Greco 2000).

Anders gesagt, geht es in den präventiv ausgerichteten Konzeptualisierungen darum, die Individuen dazu zu bringen, *vor* dem Eintreten von Krankheit bzw. Schwangerschaft optimal auf ihre Gesundheit bzw.

¹¹ Zur Thematisierung von Abtreibung in internationalen Politiken und Gesundheitsprogrammen vgl. Berer 2017.

¹² Siehe Petersen/Lupton 1996; Nettleton 1997; Bröckling/Krasmann/Lemke 2000; Greco 2000; Rose 2007.

auf ihre generativen Möglichkeiten und Risiken einzuwirken. Die präventiven Prämissen reihen sich ein in die von den Gouvernementalitätsstudien beschriebene neoliberalen Tendenz, Gesundheitsversorgung zurückzustellen. Indem die gesundheitlichen Verhaltensweisen der Individuen *selbst* als ökonomisierte bzw. rationalisierte Abläufe konstituiert werden, kann die gesellschaftspolitische Verantwortung entlastet werden. Schultz (2006, 72) beschreibt diese Entwicklung als einen de-politisierenden Prozess: Gesundheit und Generativität erscheinen als individuelle, private Bereiche jenseits gesellschaftspolitischer und/oder sozioökonomischer Fragen und Bedingungen.

Im Anschluss an Tellmann (2013; 2014; 2017) möchte ich außerdem argumentieren, dass die in den Choice-Konzepten nahegelegten rationalisierten generativen Verhaltensweisen auch auf eine historische Kontinuität biopolitischer Gouvernementalität verweisen: Wie Tellmann ausarbeitet, zeigt sich das Zusammenwirken von Gouvernementalität und Biopolitik historisch in bevölkerungspolitischen Krisenszenarien: Das heißt, vor dem Hintergrund der imaginierten Drokulisse einer unlimitierten und unkontrollierten Vermehrung, einer als ›un-ökonomisch‹ imaginierten Lebens, kann das historische Auftauchen des Homo Oeconomicus, überhaupt der gubernementalen Rationalität auch als eine Reaktion auf diese biopolitischen Szenarien gedeutet werden. Gouvernementalität ist demnach biopolitische Krisenregulation. Entscheidend ist gemäß Tellmann, dass Malthus' Ideen sich *gegen* die Vorstellungen des sozialen Fortschritts, des Wachstums und der Entwicklung richteten: Bei Malthus ist der Mensch im Naturzustand kein Homo Oeconomicus, sondern zutiefst unökonomisch und irrational. Tellmann (ebd.) folgert, dass die ökonomischen Konzept der Rationalität und des unternehmerischen Selbst vor dem Hintergrund eines ›katastrophischen Lebens‹ entstanden und die Funktion eines zivilisierenden Gegenmittels innehatten: Der Liberalismus sei mithin nicht nur Ausdruck eines Fortschritts- oder Steigerungsgedankens, sondern ebenso Ausdruck einer krisenhaften Konzeptualisierung der Bevölkerung.

Zwar machen die WHO-Programme keine Hinweise auf die Drohung von Nahrungsknappheit im Verhältnis zur Vermehrung der

Bevölkerung (oder Ähnliches). Gleichwohl durchzieht die Programme der WHO die Annahme einer möglicherweise unkontrollierten und irgendwie irrationalen Generativität, die der ›Zivilisierung‹ bzw. Aufklärung bedarf. Natürlich sind die konkreten demografischen Prognosen der untersuchten Programme nicht so extrem wie diejenigen in Malthus' Szenarien. Gleichwohl ist der Grund-Bias der Reproduktiven Gesundheit, wie Schultz (2006) am fortgesetzten Antinatalismus der Kairo-Programme aufzeigt, in Bezug auf den Globalen Süden durchaus die Drohung der Überbevölkerung. Der Bias einer (potenziell) außer Kontrolle geratenen Generativität ist auch in den europäischen WHO-Programmen präsent, auch wenn die demografischen Einschätzungen weniger explizit sind bzw. je nach Bevölkerungsgruppe unterschiedliche Szenarien aufgerufen werden, wie ich weiter unten noch ausführen werde.

Insgesamt kann die Konstruktion eines rationalisierten generativen Subjekts in den WHO-Programmen durchaus als Reaktion auf eine als unkontrolliert imaginierten Generativität interpretiert werden. Die Prämissen einer generativen Rationalität erscheinen, wie ich vorschlagen möchte, als eine ›zivilisierende‹ Gegen-Instanz gegen eine möglicherweise aus dem Ruder laufende Generativität. Dabei bilden, wie ich mit Tellmann argumentieren möchte, die negativen Thesen über Bevölkerungsprozesse – von Geschlechtskrankheiten, Müttersterblichkeit, mangelhafte Verhütungskompetenzen bis hin zu Abtreibungsstatistiken – eine konstitutive *Bedingung* der optimistischen Vorstellung der Choice-Rationalität und ökonomisierten Selbst-Regulierung. Erst vor dem Hintergrund der Drohung kann der ökonomische Mensch zu einer »Insel möglicher Rationalität« (Tellmann 2017), zum Träger eines sich selbst steuernden Willens aufgebaut werden.

Anders gesagt: Der in den WHO-Programmen aufgerufenen gubernementalen Selbststeuerung ist das *unökonomische und unkontrollierte* Leben konstitutiv eingeschrieben. Die Figur einer katastrophischen Bevölkerung bereitet der Idee der ökonomischen Regierung von Subjekten gewissermaßen den Weg. In Tellmanns genealogischen Betrachtungen wird deutlich, dass und auf welche Weise sich ökonomische Rationalität in einem engen Verhältnis zu Bevölkerungskonzepten entwickelt.

Dieses enge Verhältnis zeigt sich heute am Beispiel der Reproduktiven Gesundheit.

5.2.2 Choice: Hintergründe und feministische Auseinandersetzungen

Die Verwendung des Choice-Begriffes in der WHO-Programmatik muss auch im Zusammenhang mit der Entstehung des Begriffs und den feministischen Auseinandersetzungen, die diese begleiten, beleuchtet werden. Im Folgenden werde ich in einem Exkurs die Geschichte von *Choice* skizzieren und im Anschluss an feministische Auseinandersetzungen aufzeigen, inwiefern *Choice* als Element einer gubernementalen Regierungsweise auch stark »westlich« geprägte Vorstellungen von Generativität und Selbstbestimmung beinhaltet.

Der Begriff *Choice*¹³ stammt aus der US-amerikanischen Frauenbewegung der 1960er-Jahre, die mit dem Term *Pro-Choice* die reproduktive Selbstbestimmung der Frauen forderte (vor allem das Recht auf Schwangerschaftsabbruch, aber auch Wahlfreiheit im Bereich der Verhütung usw.). Die *Pro-Choice*-Bewegung gründet auf der liberalen Idee des individuellen Selbstbestimmungsrechts und der Entscheidungsfreiheit – bekannt geworden ist unter anderem der Claim *My Body My Choice*.

Den größten Erfolg erzielte die US-amerikanische Frauenbewegung – noch bevor *Pro-Choice* zu einer gut organisierten internationalen Bewegung wurde – mit der Legalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen 1973 in den Vereinigten Staaten. Diese ging auf das Urteil des Obersten Gerichts der USA, dem Supreme Court, im Fall *Roe versus Wade* zurück, in dem entschieden wurde, dass während des ersten und zweiten Trimesters einer Schwangerschaft Frauen das Entscheidungsrecht über einen Schwangerschaftsabbruch haben. Die Entscheidung des Supreme Court von 1973 beschleunigte das Anwachsen von zwei ge-

13 Im Deutschen wird der Begriff meistens mit *Wahlfreiheit*, *Entscheidungsfreiheit* oder *Selbstbestimmung* übersetzt.

gensätzlichen sozialen Bewegungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch: die *Pro-Life*- und die *Pro-Choice*-Bewegung.¹⁴

Der Begriff *Choice* hat lange vor seiner Implementierung in UN-Agenden zu grundlegenden Auseinandersetzungen in unterschiedlichen (feministischen) Kreisen geführt. Diese Auseinandersetzungen betrafen und betreffen gerade auch die nunmehr ›offizielle‹ Verwendung des Konzepts in den Programmen internationaler Organisationen und Politiken. Der Umstand, dass verschiedene feministische Begriffe und Anliegen wie *Reproductive Choice*, *Reproductive Rights*, *Reproductive Freedom* oder auch *Empowerment*¹⁵ im Verlauf der 1990er-Jahre Eingang in UN-Agenden fanden, wurde in Teilen der Frauenbewegung als Erfolg gewertet, andererseits wurde im Zuge dieser Entwicklung auch Kritik laut. Sax (1994, 98) beschreibt die Situation nach Kairo als »Sandwichsituation«, Frauen seien eingeklemmt zwischen Vatikan und Geburtenplanerinnen. Je nach Bedarf werde ihre Situation und bestimmte Anliegen (wie zum Beispiel *Empowerment*) vereinnahmt für die päpstliche Doktrin oder für Bevölkerungsinteressen. Die UN benutze eine paternalistische Frauenfreundlichkeit zwecks Optimierung einer Bevölkerungskontrolle, auch zwecks weltmachtpolitischer Vormachtstellung gegenüber konservativen Vertretern der Weltreligionen. Letztlich ginge es – wie Sax (ebd.) schreibt – weiterhin um das Verhindern des Gebärens ›Anderer‹.

Deutlich wurde mit der Verwendung des *Choice*-Begriffs durch die UNO auch, was Schwarze Feministinnen bereits lange vor dessen Eingang in die offizielle Politik kritisierten, nämlich dass mit dem *Choice*-Konzept – trotz seines universalistischen Anspruchs – bei Weitem nicht die Bedürfnisse aller Frauen adressiert wurden.¹⁶ Wie Smith (2005, 127) formuliert: »[...] it rests on essentially individualist, consumerist notions of ›free‹ choice that do not take into consideration all the social,

¹⁴ Zur Geschichte des Schwangerschaftsabbruchs in den USA siehe Gordon 2000.

¹⁵ Im Gegensatz zur Agenda von Kairo (1994) wird *Empowerment* in der Agenda der WHO Europa (2001) nicht verwendet. Hier ist die Rede von *enabling*.

¹⁶ Die Kritik an dem Begriff ist mittlerweile auch im feministischen Mainstream angekommen, siehe z.B. Weingarten 2012.

economic, and political conditions that frame the so-called choices that women are forced to make«. *Choice* lege nahe – so die Kritik –, dass Frauen eine Wahl haben, sofern sie die nötigen Mittel besitzen (Price 2010, 46).

Solinger (2001, 199f.) und andere stellten fest, dass der Begriff vor allem in der politischen Rhetorik weißer Frauen der amerikanischen Mittelschicht beheimatet war, die es sich leisten konnten, zu ›wählen‹. Frauen also, die durch ihren sozialen Status die Möglichkeit haben, frei darüber zu entscheiden, ob und wann sie Mütter werden wollen oder nicht. Weingarten (2012) und Smith (2005) arbeiten heraus, dass das *Choice*-Modell vor allem den Bedürfnissen privilegierter Frauen entspricht, die bereits eine Wahl, eine Auswahl an Möglichkeiten *haben*. Arme, meist schwarze Frauen waren und sind von einer solchen Wahl oft weit entfernt und vielfältigen Zwängen unterworfen. Auch waren und sind sie mit einer gesellschaftlichen Situation konfrontiert, die ihren Status als Mütter grundlegend infrage stellt, das heißt ihnen diesen Status abspricht.¹⁷ Diese Frauen mussten und müssen – etwas vereinfacht – nicht darum kämpfen, keine Mütter sein zu müssen, sondern darum, unter widrigen Umständen überhaupt Mütter sein zu können. »Für weiße, bürgerliche Frauen gilt die Familie als Ort der Frauenunterdrückung. Für sie beinhaltet Familie einen Gegensatz zu feministischen Autonomieidealen [...]. Für schwarze Frauen kann Familie ein Ort des Widerstandes sein, denn ihnen wurde Familie in der Sklaverei oder wird Familie in der Migration oftmals verweigert« (Kaufmann 2002). Dem entsprechend besteht das emanzipatorische Anliegen vieler Frauen darin, überhaupt als Mütter anerkannt zu werden und sozioökonomische Bedingungen zu schaffen, unter denen sie in Würde Kinder großziehen können.

Als in den 1990er-Jahren die großen Bevölkerungslobbys begannen, sich für reproduktive Rechte und *Choice* auszusprechen, gründeten afroamerikanische Frauen und Frauen aus verschiedenen afrikanischen Ländern die bis heute aktive Bewegung *Sister Song*. Dem *Choice*-Konzept setzten sie das Konzept der *Reproductive Justice* entgegen, mit dem die

17 Siehe z.B. Davis 1981, Kaufmann 2002 und Ahmed 2004.

unterschiedlichen Ausgangslagen von Frauen berücksichtigt und die Idee der Wahlfreiheit um Anliegen der sozialen Gerechtigkeit erweitert wurden.

Die Kritik von *Sister Song* am Choice-Konzept ist auch eine Kritik am Ideal einer neoliberal konnotierten *Entscheidungsautonomie*, in der Menschen einfach zwischen einer Vielfalt von Optionen frei wählen können. Das Ideal der Wahlfreiheit klammert die gesellschaftlichen Bedingungen aus, unter denen Entscheidungen überhaupt getroffen werden (können). Die meisten Frauen – so die Argumentation von *Sister Song* – lebten gerade nicht unter Umständen, in denen Wahlmöglichkeit gewährleistet sei. Mit anderen Worten sei für viele Frauen die Idee der Wahl so weit von deren gelebter Realität entfernt, dass das Konzept zu einer hohlen und abstrakten Idee gerate.¹⁸ *Sister Song* kritisiert weiter die verengende Perspektive, *Choice* auf die Möglichkeit von Abtreibung oder Verhütung zu reduzieren und nicht etwa auch zu berücksichtigen, dass für viele Frauen auch das *Recht* zentral sei, Kinder *haben* zu können. Dadurch würden viele reproduktive Themen vernachlässigt: »The choice movement was not advocating for full reproductive autonomy for all women and ending all reproductive injustices. Notably, the right to have children and families, a frontline reproductive rights issue for women of color, was not put on the same footing as the right not to« (Fried/Ross/Solinger 2013).

Diesem einseitigen Fokus stellten die Aktivistinnen des *Reproductive Justice Movement* ein Konzept der reproduktiven Gerechtigkeit entgegen, das reproduktive Rechte mit sozialer Gerechtigkeit verknüpft.

18 Für Frauen, die in einer Umgebung leben, in der es keinen Zugang zu »abortion services, decent healthcare, decent childcare, acceptable life options for [...] children« (Luthra 1993, 44) gibt, entfernt sich die Idee der Wahl so weit von deren Realitäten, dass sie zu einem hohlen und abstrakten Konzept verkommt. Wenn Frauen mit Drogenproblemen oder einer kriminellen Vergangenheit zudem – wie teilweise in den USA – systematisch an bestimmte Verhütungsmittel gebunden werden, indem sie ›Bonусes‹ erhalten bzw. ihnen bei einer Verweigerung Sozialhilfeleistungen gekürzt werden (Price 2010, 58-59), kann man noch nicht einmal mehr von ›Choice‹ sprechen.

Gefordert wurde eine Erweiterung von *Choice*, die alle Elemente von reproduktiver Selbstbestimmung und Elternschaft berücksichtigt.¹⁹ Für *Sister Song* ist soziale Gerechtigkeit ein zentrales Standbein reproduktiver Prozesse und Möglichkeiten. Loretta Ross, Mitbegründerin von *Sister Song*, schreibt (2006, 14): »Speaking of causes in common, we have to fight for the right to parent the children that we have. So when you talk about reproductive struggle, realize it's a three-way struggle: It's not just about the right to abortion and contraception. It's about the right to live a life based in human rights, a right to live life the way we choose, but also [...] not only the life we choose, but to have the social supports necessary to live that life we choose, cause having choices without enabling conditions to exercise those choices doesn't make sense.« Ross (ebd.) bringt zum Ausdruck, dass Rechte nicht ausreichen, sondern es auch sozialpolitischer Anstrengungen bedarf, die *materiellen* Bedingungen herzustellen, unter denen diese Rechte oder Freiheiten überhaupt genutzt werden können.

Demzufolge reicht es nicht, Wahlfreiheit zu fordern, wenn gleichzeitig die Bedingungen, unter denen Menschen wählen, so ungleich sind (Luna 2009). Gemäß *Sister Song* muss die Forderung nach *Choice* deshalb erweitert werden mit einem Konzept, »that links reproductive rights with social justice« (Ross 2006, 18). Auch Roberts (1997, 6) folgert in diesem Sinne: »Reproductive liberty must encompass more than the protection of an individual woman's choice to end her pregnancy. It must encompass the full range of procreative activities, including the ability to bear a child, and it must acknowledge that we make reproductive decisions within a social context, including inequalities of wealth and power. *Reproductive freedom is a matter of social justice, not individual choice*.« Um es mit Price (2010, 56) zu sagen: Choice-Forderungen müssen verknüpft werden mit »economic justice, welfare reform, prison reform, the adoption and foster care systems, immigration, LGBT rights, and environmental justice«.

Choice entspringt also einer einseitigen Wahrnehmung reproduktiver Freiheit und läuft Gefahr, nur für manche Frauen zu funktionie-

19 Ausführlich siehe z.B. Luna 2009.

ren. Weiter benennen die feministischen Kritiken von *Sister Song* jene depolitisierende Entwicklung, wie sie auch von den Gouvernementalitätsstudien beschrieben wird, nämlich: Generativität wie auch soziale Reproduktion werden durch die Betonung der individuellen Wahlfreiheit und mithin Verhaltensweisen von gesellschaftlichen, politischen, ökonomischen etc. Verhältnissen entkoppelt, individualisiert und dadurch auch privatisiert (ich werde im letzten Kapitel auf der Grundlage einer materialistisch-feministischen Perspektive argumentieren, dass es auch um die Fortschreibung einer geschlechtlichen Arbeitsteilung geht).

Im Folgenden untersuche ich, welche Rolle *Choice* in der WHO-Programmatik auch in dem Sinne spielt, dass viele Bereiche der Reproduktiven Gesundheit gerade *nicht* unter *Choice*, das heißt nicht als Bereiche der freien Entscheidung, gefasst werden. Es zeigen sich, so eine These, in diesen unterschiedlichen Gewichtungen und den damit verbundenen Subjektmodellen implizite normative Ausdifferenzierungen hinsichtlich der Frage, wer sich auf welche Weise reproduzieren soll – und wer eher nicht.

5.3 Ausdifferenzierungen: Wer reproduziert Europa?

Im Unterschied zur Kairo-Agenda, die einen klaren antinatalistischen Bias (Verhütungspolitik) aufweist, richtet sich die WHO-Programmatik auch auf das Thema Unfruchtbarkeit und Reproduktionstechnologien. Direkt anschließend an den Themenbereich *Choice* (und die von mir in der *Choice*-Terminologie herausgestellte Gewichtung der Schwangerschaftsverhinderung) wird für die Verbesserung von »Infertility Health-care« (2001, 6 und 16) in den europäischen Ländern plädiert. Auch in anderen WHO-Dokumenten der europäischen Region ist das Thema der Unfruchtbarkeit nach 2001 zunehmend präsent (z.B. WHO 2004; WHO 2006). Mit anderen Worten ist nicht nur die Verhinderung von Schwangerschaft, sondern durchaus auch deren *Ermöglichung* in der WHO-Programmatik präsent.

5.3.1 Infertility Healthcare

Dabei fällt auf, dass *Infertility Healthcare* nicht dem Themenfeld Choice zugeordnet ist. Die Ermöglichung von Schwangerschaft wird nicht unter *Choice* verhandelt, sondern ist vielmehr als Gesundheits- bzw. medizinisches Thema definiert. Unfruchtbarkeit wird als *Krankheit* beschrieben,²⁰ die behandelt werden soll, ist aber nicht dem Bereich der Selbstbestimmung oder gar Rechten zugeordnet. Dies bedeutet bei genauer Betrachtung eine indirekte Einschränkung, was den Zugang zu Reproduktionstechnologien bzw. zu *Infertility Healthcare* betrifft.

In der Einleitung wird Unfruchtbarkeit als ein zunehmendes Problem von *Paaren* benannt, um das sich die einzelnen Länder kümmern müssen: »It has also been suggested that a standardized approach be adopted in the management of the infertile couple. It will be necessary for countries to take steps to assess and manage the problem. The high cost of diagnostic and treatment interventions add to the need for public health efforts to prevent infertility« (WHO 2001, 6). Nahegelegt werden dabei auch Kostenübernahmen durch den Staat bzw. Krankenkassen. Gleichzeitig sind *infertility treatment* und *Assisted Reproduction Technologies* (ART) wie erwähnt nicht dem Bereich der freien Wahl (Choice) zugeordnet, sondern werden diskursiv mit medizinischer Behandlung und Forschung verknüpft (WHO 2001, 10, 23).

Die Mitgliedsstaaten werden aufgefordert, die Ursachen von Unfruchtbarkeit zu erforschen, insbesondere die Ursachen der männlichen Unfruchtbarkeit (zum Beispiel Geschlechtskrankheiten) müssten – so die Empfehlung – besser untersucht werden. Auch weibliche Unfruchtbarkeit wird erwähnt (2001, 23) und die Mitgliedsstaaten aufgefordert, die Statistik unfruchtbare Frauen zu erheben. Das unfruchtbare generative Subjekt ist passiver als das Choice-Subjekt. Es wird von

20 Unfruchtbarkeit wird von der WHO seit 1999 als Krankheit definiert. Dies fällt zusammen mit der in diesem Zeitraum aufkommenden Diagnose einer zunehmenden Unfruchtbarkeit von Männern und Frauen in westlichen Ländern sowie mit den gleichzeitig aufkommenden technologischen Möglichkeiten, diese zu bekämpfen.

der WHO-Programmatik als ein Patient konstituiert, den es zu erforschen und zu behandeln gilt, der außerdem auch keine individuellen »Skills« erlernen oder aufgeklärt werden soll, um optimale Entscheidungen zu treffen.

Die *Ermöglichung* von Schwangerschaft wird klar auf die Behandlung von unfruchtbaren Paaren ausgerichtet und nicht mit *Choice* oder dem ›Recht auf ein Kind‹ verknüpft. Auf diese Weise ist es möglich, so meine These, die politische Frage nach dem Zugang zu Reproduktions-technologien letztlich auszuklammern – und damit auch die Möglichkeit nicht heterosexueller oder nicht paarförmiger Generativität. Mit anderen Worten ist *Fertility Healthcare* zwar, im Unterschied zur Kairo-Agenda, Teil der Reproduktiven Gesundheit, gleichzeitig wird der Zugang dazu eingrenzend verhandelt.

Aufschlussreich ist in diesem Zusammenhang ein Blick über die Dokumente der Reproduktiven Gesundheit hinaus: Die wissenschaftlichen Teilorganisationen der WHO *Human Reproduction Research Group Europe* und *Human Reproduction Project* (HRP) haben ihren Forschungsschwerpunkt in den vergangenen Jahren von der Verhütungsforschung zunehmend auf *Fertility Healthcare* verlegt. Auch diese Verschiebung hat – soweit ich es überblicke – ohne Rekurrieren auf *Choice* oder reproduktive Rechte stattgefunden. So wurden im Jahr 2010 im Auftrag der WHO und in Zusammenarbeit mit verschiedenen internationalen Akteuren und Organisationen neue Richtlinien zu Reproduktionstechnologien formuliert (WHO 2010-2015). Diese tangieren ausschließlich wissenschaftlich-medizinische Fragen und die Behandlung von Unfruchtbarkeit als Krankheit. Kurzum, umgehen auch diese Richtlinien die Frage, wer allenfalls auch jenseits von Krankheitsdiagnosen Zugang und ein Recht auf Reproduktionstechnologien hat.

Zwar formuliert das HRP-Programm in seinem Programm zu Reproduktionstechnologien (WHO 2010-2015, 14), dass der Zugang zu ART nicht umfassend genug sei: »Assisted reproductive technologies (ART) are required to solve male factor infertility and female tubal occlusion infertility, yet complete and equitable access to infertility management is not available or affordable.« Allerdings bleibt offen, ob

und inwiefern es sich bei diesem Zugang um ein Recht handelt oder dieser Zugang Teil von *Choice* ist oder sein sollte.

5.3.2 Heterosexualisierung und Zweigeschlechtlichkeit

Generativität ist, das zeigt sich in mehreren Dokumenten am Framing von *Fertility Healthcare*, insgesamt *heterosexuell* sowie binärgeschlechtlich konnotiert. Die häufige Verwendung des Paarbegriffes steht meist in Zusammenhang mit Frauen und Männern. Auch das Problem der Unfruchtbarkeit und die Verwendung von Reproduktionstechnologien werden mit Blick auf das heterosexuelle Paar diskutiert und nicht zuletzt sind die Adressat/-innen der von der WHO empfohlenen Gleichstellungsmaßnahmen zur Ankurbelung der Fertilität Frauen und Männer in heterosexuellen Paarkonstellationen. Empfohlen wird »a general environment of equality between men and women« (Gauthier WHO Europa 2006, 9), denn als eine wichtige Erkenntnis gilt, dass die Gleichheit zwischen Männern und Frauen für höhere Geburtenraten sorgt (»to contribute to higher levels of fertility« (Gauthier, WHO Europa 2006, 9)).

Weiter heißt es: »The possibility of a thorough and correct medical investigation and diagnosis of a couple's infertility problem is today in Europe excellent, in most areas. There are hormone tests, ultrasound and x-ray more readily available, whereas 40 years ago there were hardly any of these« (Nygren/Lazdane, WHO Europa 2006, 11). Auch hier wird aufgrund der medizinischen Terminologie (»diagnosis«) deutlich gemacht, dass es um die Unterstützung »kranker Paare« und um den medizinisch-technologischen Fortschritt geht und nicht um einen möglichst freien Zugang zu Reproduktionstechnologien für alle.

Exemplarisch ist in diesem Zusammenhang auch die Bildauswahl der WHO-Broschüre zum Thema Fertilität (2006). Das Cover zeigt eine Europakarte im Hintergrund. Im Vordergrund ist eine Familienkonstellation abgebildet, die ein heterosexuelles Paar – Mann und Frau – mit vier Kindern darstellt. Die abgebildeten Personen halten sich an den Händen. Der Titel der Broschüre lautet: *Low Fertility – The Future of Europe?* Die Frage nach der Zukunft ruft eine Drohung auf, insinu-

iert wird, dass die niedrige Fertilitätsrate möglicherweise die Zukunft Europas gefährdet. Durch das Bild wird ein bestimmter Familientyp als Symbolik des Zusammenhalts und einer prosperierenden Fertilität aufgerufen. Die Fertilität des heterosexuellen Paares wird in einen direkten Zusammenhang mit dem Überleben, mit der Zukunft Europas gestellt. Mit Edelman (2004) könnte man sagen, dass hier die Zukunft und das Leben *selbst* heterosexuell gefasst werden. Auch erscheint Europa durch die Bildsprache als ein Nationen-ähnliches Gebilde, nahegelegt werden eine Art *europäische* Fertilität und damit eine demografisch abgegrenzte (*europeische*) Bevölkerung (gegenüber dem Nichteuropeischen). Entsprechend erscheint, wie ich argumentieren möchte, »das Europäische« als eine Art nationales Konstrukt, das mit der heterosexuellen Familie in einen konstitutiven Zusammenhang gebracht wird.

5.3.3 Exkurs: Reproduktionsmedizin im Fokus

Auch die EU-Politik – die sich an der WHO-Agenda und an Kairo orientiert – hat ihren Fokus in den vergangenen Dekaden verstärkt auf ‚Fertility Treatment‘ gelegt und den pronatalistischen Trend verstetigt, wie sich zum Beispiel in den Empfehlungen des Europäischen Parlaments (Recommendation 1903 [2010], Para 3, zit.n. Zeller 2014, 3) zeigt: »The recommendation called upon the revision of strategy for the promotion of sexual and reproductive health and rights and stressed amongst others the importance [...] of fertility treatments« (Zeller 2014, 3).

Hier wird fertility treatment durchaus mit Rechten in Verbindung gebracht und in die Nähe eines Rechts auf Fortpflanzung gebracht, wie Zeller (2014, 4) feststellt: »Avoidance of procreation (i.e. procreative liberty in a negative sense) has been of greater significance in the framework of legal recognition as the positive right to procreate. This latter has won importance with the technical development enabling reproduction with the help of medicine.« Diese Verschiebung von einer Verhütungs- hin zu einer Wunschkind-Erfüllungs-Politik zeigt sich, wie Zeller (ebd.) ausführt, auch in Berichten der Europäischen Kommission, die Fertility Healthcare mit demografischen Zielen, das heißt mit der Anreizung von Geburten im europäischen Raum zusammenbringt

(zu den demografischen Implikationen siehe meine Ausführungen weiter unten).

Der Wunschkind-Topos ist gesellschaftlich und marktwirtschaftlich – und je nach Land – schon weiter fortgeschritten als in den offiziellen europäischen oder internationalen politischen Agenden zur Reproduktiven Gesundheit und Rechten. Viele Länder haben bereits sehr liberale Gesetzgebungen, eine Entwicklung, die wiederum neue Fragen aufwirft und kritische Reflexionen und Forschung darüber notwendig macht, inwiefern die technologische Wunschkinderfüllung und reproduktive Selbstbestimmung der einen ›zulasten‹ von anderen geht.²¹

Die von Zeller (ebd.) beschriebene Tendenz der europäischen Politik, die gesellschaftlichen und technologischen Entwicklungen aufzugreifen und Fertility Healthcare – und dabei eine Art ›Recht auf Fortpflanzung‹ – länderübergreifend in politische Richtlinien aufzugreifen und als Teil der Reproduktiven Gesundheit und Rechten zu verhandeln, wurde allerdings jüngst wieder gebremst: Im Jahr 2014 lehnte das Europäische Parlament den sogenannten Estrela Report ab, weil er zu progressiv war (gefordert wurden in dem Bericht unter anderem, Abtreibung als Menschenrecht anzuerkennen und in allen Ländern zu legalisieren, weiter wurde Sexualkunde an Schulen gefordert) (Europäisches Parlament 2013). Es wurde daraufhin ein alternativer, weitaus konservativerer Bericht angenommen, der die Kompetenzen in Sachen Reproduktive Gesundheit insgesamt wieder verstärkt in die Verantwortung der einzelnen Länder legt und praktisch keine programmatische Politik auf EU-Ebene mehr vorsieht. In diesem Sinne wurde insgesamt das Anliegen, länderübergreifende Positionen, Richtlinien oder Rechte auszuformulieren, zurückgestuft. »While the ICPD laid down the most important principles of sexual and reproductive health and rights that were followed by steps seeking a common strategy in the Council of Europe, recent developments in the European Union show us a picture of states turning their heads from a common strategy on the grounds of a

²¹ Z. B. die Selektion durch Präimplantale Diagnostik (PID), Abtreibung von Föten mit Behinderung, Leihmutterchaft usw., siehe z.B. Achtelik 2015, Baureithel 2014 und Weingarten 2012.

misinterpreted concept of the access to abortion and on a hypocritical aversion to education on sexual and reproductive health» (Zeller 2014, 4).

Dass Reproduktive Gesundheit und Rechte aktuell wieder vermehrt als Sache der einzelnen Länder gehandelt werden, spiegelt eine zunehmend konservative bis reaktionäre Tendenz, Generativität weiterhin ausschließlich an der heterosexuellen traditionellen Ehe festzumachen:

Many countries try to follow this scheme in their regulation on fertility treatment; consequently, exercising reproductive rights through ART is primarily protected within marriage. In all countries providing the opportunity of fertility treatments, it is indisputable that married, heterosexual couples are entitled to participation. It varies, however strongly, whether persons living in other forms of intimate relationships – or even without any partner – are allowed to take part in assisted reproduction. As states were more and more likely to accept social reality and most of the European countries legally acknowledged cohabitation as form of intimate relationship providing an alternative to marriage, cohabitating heterosexual couples became authorised to participate in ART. Provisions on single persons still vary strongly as family policies try to avoid the artificial creation of single parent families. Regulation on singles practically concerns single women, as men are not able to bring a pregnancy to term without a woman's support and surrogate motherhood is only accessible in a few countries. Singles are explicitly mentioned as authorised participants in the legal provisions of Belgium, Denmark, Finland, Greece, Hungary, the Netherlands, Spain and the United Kingdom and excluded from ART in Austria, Germany, the Czech Republic, France, Italy and Sweden (Zeller 2014, 5).

Insgesamt gibt es also widersprüchliche Tendenzen: Einerseits wird ein verstärkter (pronatalistischer) Fokus auf *Fertility Healthcare* deutlich, das heißt auf die *Ermöglichung* von Elternschaft. Dies korreliert auch mit marktökonomischen und technologischen Entwicklungen (Wunschkindkliniken, Handel mit Sperma und Eizellen usw.), die ein zunehmend lukratives Geschäft sind und eine politische Liberalisierung reproduktiver Selbstbestimmung anstreben. Gleichzeitig

zielen konservative und reaktionäre Kräfte darauf, Generativität zu retraditionalisieren und die Erweiterung reproduktiver Rechte bzw. die Erweiterung von *Choice* zu verhindern.

Aber zurück zur WHO: Insgesamt kann man sagen, dass die *Ermöglichung* von Elternschaft in den untersuchten WHO-Programmen deutlich defensiver verhandelt wird als die Verhinderung von Schwangerschaft. Zwar zeichnet sich im Zuge von Fertility Healthcare und technologisch-medizinischem Fortschrittsdenken eine Art pronatalistischer Wunschkinddiskurs ab, dieser hat jedoch einschränkenden Charakter. Er bezieht sich auf das ›kranke‹, heterosexuelle Paar. Die politische Frage nach dem Zugang wird ausgeklammert und mithin auch die kritische Diskussion über Zugang bzw. Zugangsbarrieren. Nicht zuletzt enthalten die WHO-Ausführungen auch keine Reflexion darüber, welche möglichen neoeugenischen Effekte Fortpflanzungstechnologien im Rahmen von aktuellen und/oder zukünftigen Machtverhältnissen haben (können).

In den von mir untersuchten Dokumenten werden Reproduktions-technologien nicht oder kaum im Kontext gesellschaftlicher Machtverhältnisse eingeschätzt. Generativität erscheint dadurch insgesamt als eine Art ›natürliches‹ (weibliches) Phänomen jenseits von Gesellschaft, Macht und Politik. Generativität wird in den Diskursen über Fertility Healthcare als ein Prozess dargestellt, der mit technologischen Mitteln einfach ergänzt und stimuliert werden kann, der aber dadurch *selbst* nicht grundlegend tangiert wird. ›Menschenproduktion‹ wird auch hier als ein Politik-freies, privates Feld konstituiert. *Gleichzeitig* wird nahegelegt, Generativität verlaufe ohne politische (und technologische) Interventionen nicht optimal und bedürfe der (medizinischen) Intervention, Expertise und Erforschung.

In der WHO-Broschüre *Entre Nous* (2006) mit dem Titel *Low Fertility – the Future of Europe?* wird Unfruchtbarkeit außerdem explizit mit demografischen Szenarien verknüpft. Reproduktionstechnologien werden dabei als geburtensteigerndes Mittel verhandelt und es werden weitere bevölkerungspolitische Ausdifferenzierungen deutlich.

5.3.4 Demografische Formationen

In der WHO-Broschüre *Entre Nous* (2006) mit dem Titel *Low Fertility – the Future of Europe?* wird Unfruchtbarkeit als Krankheit, aber auch explizit als demografisches Problem verhandelt. In der Broschüre lässt die WHO Expert/-innen (Reproduktionsmediziner/-innen, Demograf/-innen usw.) zu Wort kommen, die Fertility Healthcare als Mittel gegen die demografische Krise in Europa einschätzen sollen: »We have invited authors, specialist in this field from academic institutions, professional associations and UN agencies to discuss the role of the health care services in increasing the birth rates« (WHO Europa 2006, 3). Zentral ist auch hier die Frage, welche Unterstützung »unfruchtbare Paare« durch Fertility Healthcare erhalten können.

Botev (WHO Europa 2006, 6) definiert die pronatalistische Intervention als eine Frage des ›Seins oder Nicht-Seins‹: »To be or not to be. This Hamletian question has been on the minds of many policy-makers in Europe.« Der Geburtenrückgang wird als existenzielles Problem dargestellt, auf das effizient reagiert werden muss. »All this raises the issue of finding the most effective and efficient ways and means to react to the dramatic demographic changes in Europe« (Botev, WHO Europa 2006, 7). Entsprechend fordern die Expert/-innen besseren Zugang zu Reproduktionstechnologien. Einerseits, um individuelle Wünsche und Ziele von Paaren zu unterstützen (›individual goals‹), gleichzeitig werden diese aber auch explizit in den Dienst demografischer Ziele gestellt: »Fertility healthcare is part of the actions to increase the fertility of the population and consists of prophylactic measures and available and effective infertility treatment« (Nygren/Lazdane, WHO Europa 2006, 11).

Auch hier wird die Gleichzeitigkeit von öffentlich-politischer Intervention und Individualisierung deutlich – wenn auch die Ebene der individualisierten Eigenverantwortung insgesamt viel weniger präsent ist als beim ›Choice-Subjekt‹: Zum einen wird eine (auch ökonomische) Unterstützung von Paaren nahegelegt: »Infertility is a disability and infertile couples deserve the moral, legal and economic support of the society to attain the highest standard of reproductive health« (Nygren/Lazdane, WHO Europa 2006, 11). Gleichzeitig werden individuelle

Risikofaktoren wie das Alter von Frauen, ungesunde Lebensweisen, Stress, Übergewicht oder das Sexualverhalten der Männer thematisiert (ebd., 10). Hier werden nun auch die Männer – die sonst kaum Thema sind – relevant: Ihr Sexualverhalten wird mit der zunehmenden Verbreitung von Geschlechtskrankheiten und der dadurch verursachten Unfruchtbarkeit in Zusammenhang gebracht (ebd., 11; Botev, WHO Europa 2006, 6). Als wichtiges Ziel nennen die Expert/-innen deshalb ein gesünderes Sexualverhalten insbesondere der Männer (auch der Frauen).

Im Zuge der pronatalistischen Argumentation werden Reproduktionstechnologien als mögliche Geburtenstimulierung gepriesen: »The increasing success rates and the better availability in some countries is now reaching the level when the effects of these treatments reach a significant level also for population growth« (Nygren/Lazdane, WHO Europa 2006, 11). Unklar bleibt jedoch auch hier, *wem* genau die »treatments« zur Verfügung stehen sollen. Auch wird der Begriff *Bevölkerung* (»Population growth«) nicht weiter definiert. Es wird nicht ausgeführt, was unter ›Bevölkerung‹ überhaupt verstanden wird. Wer wird dazugezählt? Nur Staatsbürger/innen? Auch Eingebürgerte? Alle, die in einem Land zur Welt kommen? Welche Geburten werden berücksichtigt, welche nicht? Wie wird der Faktor ›Migration‹ in demografischen Prognosen berücksichtigt? Diese Fragen werden in der WHO-Broschüre ausgeklammert. Die unreflektierte Begriffsverwendung erzeugt den Eindruck einer genuinen oder ›ursprünglichen‹ europäischen Bevölkerung, die sich ›reproduzieren‹ muss und dadurch das Fortbestehen Europas sichert.

5.3.5 Ethnisierung und koloniale Kontinuitäten

Die WHO-Agenda (2001) variiert in ihren Bezügen zwischen nationenübergreifenden europäischen Gesamteinschätzungen, regionalen oder nationalen Ausdifferenzierungen und einer direkten Verortung von Problemen in bestimmten Risikogruppen. Auf den ersten Seiten der Agenda (2001) werden die Bereiche der Reproduktiven Gesundheit anhand von verschiedenen Themen- und Problemfeldern (Choice,

Fertilität, Müttersterblichkeit usw.) ausgefächerter und (teilweise) an Regionen festgemacht. Im Anschluss daran ändert sich die Diskurformation allerdings dahingehend, dass nicht mehr Problemfelder, sondern Risikogruppen ausdifferenziert werden, die von bestimmten Problemen besonders stark betroffen sind – zum Beispiel »Migrant/-innen« und »Flüchtlinge« (WHO Europa 2001, 6). So heißt es zum Beispiel: »Unwanted pregnancy is common within migrants, with its attendant risks of induced abortion and obstetric complications« (ebd., 8).

Es zeichnet sich hier eine weitere biopolitische Ausdifferenzierung ab: Während manchen Bevölkerungsgruppen (das ›heterosexuelle Paar‹) mit dem Thema der Unfruchtbarkeit und einem unerfüllten Kinderwunsch in Zusammenhang gebracht werden, die es pronatalistisch zu unterstützen gilt, erscheinen andere, zum Beispiel Migrant/-innen, ausschließlich in Bezug auf das Problem *ungewollter* Schwangerschaft und Abtreibung. Diese Probleme wiederum werden in einigen Dokumenten auf eine unter Migrant/-innen und Geflüchteten verbreitete ›konservative‹ Einstellung hinsichtlich Verhütung zurückgeführt: »The consequence of the conservative birth control model is the huge number of induced abortions« (Raševic/Sedlecki, WHO Europe 2006, 16). Dem entsprechend erscheinen Migrant/-innen und Geflüchtete als Zielgruppe für verhütungspolitische Interventionen. Das heißt der diskursive Schwerpunkt ist hier die *Verhinderung* von Schwangerschaft. Unerwähnt bleibt, inwiefern auch (und gerade) Migrant/-innen und Geflüchtete zum Beispiel unerfüllte Kinderwünsche haben (können) oder wie es um deren Zugang zu Reproduktionstechnologien steht usw.

Insgesamt werden Migrant/-innen und Geflüchtete in den Programmen als Risikogruppe stark pauschalisiert, zum Beispiel, indem ihnen eine allgemein vorherrschende ›konservative‹ Einstellung attestiert wird, oder wenn Migrant/-innen und Geflüchtete allgemein als Repräsentant/-innen von besonders gravierenden Problemen wie Krankheiten und Gewalt markiert werden: »Migrants are at risk of STDs and HIV/AIDS as some of them are forced into unprotected sexu-

al relations. There is a high rate of violence against women, including sexual assault such as rape« (WHO Europa 2001, 8).

Das Thema der sexualisierten Gewalt erfährt in Zusammenhang mit Migrant/-innen und Geflüchteten besondere Beachtung und wird auch verknüpft mit dem Ziel, ›Geschlechterdiskriminierung‹ unter Migrant/-innen zu bekämpfen. So heißt es bei den Zielen weiter: »To actively address all types of gender discrimination among migrant populations, which are violations of internationally accepted gender equity rights« (ebd., 32).

Es entsteht auf diese Weise der Eindruck, (sexualisierte) Gewalt wäre vor allem in dieser Bevölkerungsgruppe ein Problem und dort zu bekämpfen. Während bei anderen dieses Problem scheinbar nicht besteht. Geschlechterungleichheit wird hier stark mit Verhaltensweisen (Einstellung, Gewalt) in Zusammenhang gebracht, während die Geschlechterungleichheit in Bezug auf die europäische Region als ein strukturelles Thema verhandelt wird (gibt es Elternzeit, können Frauen Karriere machen? Ich gehe darauf weiter unten ein).

Zwar ist der spezielle Risikostatus von Migrant/-innen und Geflüchteten durch den ausgedehnten Gesundheitsbegriff der WHO *im Prinzip* auch unter sozialen und politischen Gesichtspunkten (zum Beispiel Aufenthaltsstatus oder Diskriminierungsstrukturen) thematisierbar. Die Gesundheitsdefinitionen der WHO machen es durchaus möglich, Reproduktive Gesundheit und Migration/Flucht in einen komplexeren Rahmen zu stellen und nicht auf die Aufzählung von Statistik oder auf pauschalisierende und individualisierende Zuschreibungen zu reduzieren. Eine solche Perspektive wird jedoch in den untersuchten Dokumenten nicht eingenommen, die Risikokalkulationen zielen stark auf individuelle Verhaltensweisen.

Die Gouvernementalitätsstudien machen deutlich, dass Risikokalkulationen ein zentrales Element aktueller Gesundheitspolitiken darstellen. Risiken werden dabei nicht als objektive Bedrohungen moderner Gesellschaften betrachtet (Ewald 1993), vielmehr sind Risiken aus der Gouvernementalitätsperspektive diskursive Praktiken, mit denen gesellschaftliche Probleme in statistisch erfassbare, objektiv erscheinende Unsicherheitsfaktoren und Krankheit umformuliert werden. Die

so konstruierten Unsicherheiten erscheinen wiederum durch bestimmte Sicherheitstechnologien und Interventionsangebote als handhabbar und regulierbar.

Risikokalkulationen sind Lemke (1997) zufolge Strategien der Normalisierung. Risikotechnologien ermöglichen andere Formen der sozialen Kontrolle, die weder als repressiv noch als wohlfahrtsstaatlich integrativ zu beschreiben sind (Castel 1983; Lemke 1997). Castel (ebd.) beschreibt diese Dynamiken als eine neoliberalen Logik der Verwaltung von Risiken, die auf statistischer Wissensproduktion beruht. Entsprechend dieser Logik werden in den WHO-Programmen bestimmte Gefährlichkeiten in Risiken übersetzt, die statistischen Daten (zum Beispiel ungewollte Schwangerschaft unter Migrantinnen) werden in Korrelation zu einem ›unerschwünschten‹ Verhalten gesetzt, zu Risikofaktoren erklärt und als Besonderheit objektiviert – auf dieser Basis werden Risikogruppen bzw. Populationen konstruiert (ebd.: 69) und verschiedene Möglichkeiten der Regulierung und Interventionen in Verhaltensweisen artikulierbar. Kurzum: Der besondere Risikostatus von Migrant/-innen und Geflüchteten wird unter anderem auf bestimmte Verhaltensweisen (mangelnde Verhütung, Gewalt, Diskriminierung unter Migrant/-innen usw.) zurückgeführt. So wird empfohlen, zur Verbesserung der Reproduktiven Gesundheit geschlechterdiskriminierende Verhaltensweisen *innerhalb* migrantischer Bevölkerungsgruppen zu adressieren und zu verändern.

Auf diese Weise erscheinen die Probleme von Migrant/-innen und Geflüchteten nicht zuletzt als genuin und selbstgemacht, als mitgebrachte und vorgängige Attribute dieser Gruppe – und dadurch als ›nicht-europäisch‹. Das heißt, es kommt nicht in den Blick, inwiefern bestimmte Einstellungen, Verhaltensweisen, Gewalt usw. auch und gerade im Wechselverhältnis mit Migrationsprozessen, Fluchtbedingungen, Marginalisierung und Diskriminierung (in Europa) usw. entstehen und/oder verstärkt werden. El-Tayeb (2011, 97) zufolge hat die Vorstellung, (Gender-)Ungleichheiten seien ein genuines Problem eingewanderter Bevölkerungsgruppen, den Effekt, dass westliche Länder sich am strukturellen System von (Gender-)Ungleichheiten als unbeteiligt positionieren und bestimmte Bevölkerungsgruppen als die

ganz anderen, als nicht zugehörig positioniert konnotiert: »It is precisely the process of ethicization that permanently defines ethnicized citizens as ›migrants‹, creating a catch-22 inevitably reinforcing the positivistic view that ethnics are, indeed, aliens from elsewhere [...]« (Chow 2002, 24, zit.n. El-Tayeb 2011, xiv). Oder wie Tuori (2009, 146) es formuliert: »Representations of migrants relate to the ways in which Europe has portrayed itself, through sexuality and gender relations, as more civilised than the rest of the world.«

Migrant/-innen fungieren als das konstitutive Außen europäischer Modernitäts- und Generativitätsideen. Nicht zuletzt erscheinen Migrantinnen und geflüchtete Frauen in den untersuchten Programmen kaum als Subjekte, sondern als Teil einer scheinbar einheitlichen Gruppe, die der Aufklärung über Verhütung und Familienplanung bedarf. Dem gegenüber werden ›europäische‹ Frauen – in einigen Dokumenten – als selbstbestimmt und fortschrittlich dargestellt. So zum Beispiel in den wiederkehrenden Verweisen auf die skandinavischen Länder, in denen Frauen als emanzipierte, moderne und berufstätige Subjekte mit optimalen Geburtenzahlen auftreten – als Hoffnungsträgerinnen für die generative Zukunft Europas so zu sagen (siehe folgendes Kapitel). Die Programme der WHO generieren eine biopolitische Makroebene, die anschlussfähig ist für normalisierende Vorstellungen über eine ›richtige‹ europäische Generativität und letztlich darüber, wer und wessen generative Lebensweise, um es mit Ahmed zu sagen, als »suitable reproducers of the nation« und »the reproduction of life« (Ahmed 2004, 145) infrage komme – und wer eher nicht: »The reproduction of life – in the form of future generations – becomes bound up with the reproduction of culture, through the stabilisation of a specific arrangement of living [...].«

Mit Verweis auf Tellmann (2011; 2013; 2017) möchte ich argumentieren, dass sich in den beschriebenen diskursiven Formationen der WHO-Programme auch eine historische Kontinuität abzeichnet, nämlich die historische Formation einer biopolitischen Hierarchisierung des Lebens. Anhand von Malthus' Schriften zeigt Tellmann, wie ich im Theorieteil ausgearbeitet habe, inwiefern die historische Entstehung biopolitischer Gouvernementalität nicht nur auf die Steigerung, Nutz-

barmachung und Quantifizierung der Lebensprozesse zielt, sondern auch eine *Hierarchisierung* des Lebens konstituiert, das heißt eine Abstufung in lebenswertes und lebensunwertes Leben, in zivilisiertes und animalisches/unzivilisiertes Leben. Malthus' Konzeptualisierung der Bevölkerung als eine ›Drohfigur‹ ist Tellmann zufolge vor dem Hintergrund des Kolonialismus einzuschätzen: Die katastrophischen Bevölkerungsszenarien beziehen sich sowohl auf den proletarischen ›Mob‹ in den europäischen Städten als auch auf die ›Wilden‹ und ›Primitiven‹ in den Kolonien. Das malthusische Gesetz, die Drohung des Todes durch die Bevölkerungsmassen ist eine koloniale Figuration: »[...] the catastrophism of the notion of population is linked to a colonial hierarchy, which differentiates between dangerous ›savage‹ and economic ›civilized life‹« (Tellmann 2013, 136f.).

Der historische Topos der Bevölkerung ist eine koloniale Zäsur, durch die das lebenswerte vom lebensunwerten Leben hierarchisch unterscheidbar wird. Tellmann kommt zu dem Schluss, dass die Figur der krisenhaften Bevölkerung eine evolutionäre Ausdifferenzierung des Humanen in sogenannte ›Wilde‹ auf der einen Seite und in das zivilisierte (ökonomische) Leben auf der anderen vollzieht – eine hierarchische Bewertung des Lebens. Diese hierarchische Abstufung der Bevölkerung beschreibt Tellmann als Voraussetzung governementaler (ökonomischer) Rationalität. Die biopolitische Regulierung der Bevölkerung und die ökonomische Regierungsrationallität verbinden sich, wie Tellmann (ebd.) herausarbeitet, historisch an der Schaltstelle der Hierarchisierung des Lebens.

Natürlich sind die WHO-Diskurse nicht in diesem malthusischen Sinne hierarchisierend. Sie machen keine expliziten Aussagen über wertes oder unwertes Leben, über ›unzivilisierte‹ Fortpflanzung oder anderes (Malthus steht noch stärker in der Tradition represiver biopolitischer Machtformationen). Die Ausdifferenzierungen der WHO-Programme operieren vielmehr im Sinne einer modernen Normalisierungsmacht, die Subjekte und generative Verhaltensweisen an statistischen Mittelwerten misst und optimierbar macht, zum Beispiel, indem Generativität als Unsicherheitsfaktor erscheint, die

mit rationalisierten präventiven Entscheidungen kontrollierbar und optimal beeinflussbar werden soll.

Auf diese Weise erscheinen die Verhaltensweisen *bestimmter* Gruppen als wünschenswert und optimal, während andere als Abweichung erscheinen, als nicht kontrolliert genug. Die Abweichung wird zum Element der gubernementalen Regierung, die nicht anhand von Zwang, sondern über die Regulierung eines Durchschnitts, eines *Mittelwerts* regiert, von dem aus das Akzeptable und dessen Grenzen definiert werden und die Optimierung der Abweichung möglich wird. Im Anschluss an Tellmann (2017) lässt sich gleichwohl sagen, dass es in der biopolitischen Gouvernementalität der WHO-Programme um *mehr* als um *Optimierung* geht: Das rationale generative Subjekt wird angetrieben von der Vorstellung einer Generativität, die als ein (demografischer) Unsicherheitsfaktor, als Krisenherd oder Risiko konnotiert ist. Diese Konnotation macht die WHO-Programmatik nicht zuletzt anschlussfähig für (implizite) Bewertungen darüber, wer zur Sicherung der Generativität infrage kommt und wer eher nicht. Entsprechende Tendenzen zeigen sich beispielsweise, wie ich ausgearbeitet habe, in den Diskursen zu *Fertility Healthcare* oder bei der Frage, welche generativen Entscheidungen als selbstbestimmt und mithin als »richtig« bzw. als rational gelten. Nicht zuletzt zeigen sie sich, wie ich dargelegt habe, in der ungleichen Adressierung verschiedener Bevölkerungsgruppen hinsichtlich Verhütungsaufklärung und/oder Kinderwunsch.

5.4 Vergeschlechtlichung

Die beschriebenen makropolitischen Bewertungen und Normalisierungstendenzen werden in den Diskursen der WHO auch in Zusammenhang mit demografischen Prognosen und Geschlecht deutlich: So verknüpft die bereits erwähnte Broschüre *Entre Nous* (2006) die sinkenden Geburtenzahlen mit gleichstellungspolitischen Überlegungen, anders gesagt, werden Investitionen in Geschlechtergerechtigkeit unter dem Aspekt verhandelt, wie viele Kinder europäische Frauen idealerweise gebären sollen. Gleichstellung und Berufstätigkeit von

Müttern werden dabei als geburtensteigernde Faktoren verhandelt, während eine niedrige weibliche Erwerbsrate sich gemäß den Expert/-innen negativ auf Geburtenzahlen auswirke: »[...] countries with high labour force participation rates for mothers have relatively high rates of fertility and countries with low labour force participation for mothers have low fertility« (Gauthier in WHO Europa 2006, 9).

Die Expert/-innen folgern daraus: Wer die Geburtenrate steigern will, muss Frauen fördern. Damit wird Gleichstellung zum biopolitischen Einsatz in der fruchtbaren Zukunft Europas. »[...] gender equity in the workplace and in society generally is correlated to higher fertility [...]. These agreements embrace the necessity of securing women's rights and equality and involving women in the formulation of laws and policies relating to population and development« (ebd.). Dem gegenüber wird in den Kairo-Programmen und deren Fokus auf den Globalen Süden weibliche Berufstätigkeit und Gleichstellung zwar ebenfalls positiv bewertet, jedoch als *antinatalistischer* Faktor in Stellung gebracht. Frauen sollen dort gefördert werden, weil dadurch die Geburtenzahlen zurückgehen (Schultz 2006).

Vorbild sind im europäischen Kontext des Geburtenrückgangs die skandinavischen Länder. Gemäß den WHO-Expert/-innen weisen sie die höchsten Geburtenraten auf. Im Gegensatz dazu wird Russland mit seiner niedrigen Geburtenrate als rückständig dargestellt: Russische Frauen leben den Expert/-innen zufolge in besonders prekären und patriarchalen Verhältnissen (Gauthier, WHO Europa 2006, 8). In diesen Diskursformationen werden sozioökonomische bzw. gesellschaftspolitische Probleme in demografische umgedeutet und bevölkerungspolitisch objektiviert, das heißt, gemessen wird der Erfolg von Gleichstellung an der Frage, wie viele Kinder europäische Frauen gebären: »It appears that the combination of the availability of high-quality child-care, extensive equitable parental leave, and a general environment of equality between men and women, work together to contribute to higher levels of fertility« (ebd., 9). Die Gleichstellung zwischen Frauen und Männern, überhaupt die Emanzipation von Frauen wird zum biopolitischen Einsatz. Die emanzipierte, ökonomisch unabhängige und berufstätige europäische Frau erscheint als generative Hoffnungsträgerin.

rin für die Zukunft Europas, denn sie hat – so die Einschätzung der WHO-Expert/-innen – am meisten Kinder. Entsprechend dieser Perspektive fingieren die skandinavischen Länder als ›Musterbeispiele‹, in denen die Emanzipation der Frauen, fortschrittliche Gleichstellungs-politik und stabile Geburtenraten Hand in Hand gehen.

5.4.1 Geschlecht und koloniale Kontinuitäten

Die beschriebenen demografisierenden Perspektiven der WHO-Diskurse reaktivieren einige historische und dabei koloniale Topoi, wie ich sie in den historischen Explorationen beschrieben habe. So verknüpfen die WHO-Diskurse die Gebärfähigkeit von Frauen – überhaupt weibliche Lebenszusammenhänge – teils explizit mit dem Fortbestehen der modernen Nation (bzw. Europa) und rufen dabei eine bestimmte Art der rationalisierten (europäischen) Generativität und generativen Weiblichkeit auf.

Wie ich mit Verweis auf Tellmanns (2013; 2017) Genealogie der Bevölkerung und die Entstehung der ökonomischen Subjektanrufung (Gouvernementalität) deutlich gemacht habe, ist die Konnotation der europäischen bürgerlichen Frau als ›Generativitäts-Beauftragte‹ historisch durch die (koloniale) Figur einer drohenden, überbordenden und unzivilisierten Bevölkerung konfiguriert. Das heißt das Bild der (ökonomisch) ›fortschrittlichen‹, sich kontrolliert reproduzierenden europäischen Frau entsteht historisch unter anderem als zivilisierende Instanz gegen ein als bedrohlich imaginiertes Leben in den Kolonien. Meine These ist, dass der in den aktuellen Programmen der Reproduktiven Gesundheit wiederkehrende Topos einer kontrollierten bzw. rationalisierten Generativität (in manchen Dokumenten wird dieser auch konkret auf die ›europäische‹ Frau bezogen) bis heute angetrieben ist von der Vorstellung einer unkontrollierten Generativität im Globalen Süden. Die UNO hat im Hinblick auf die Länder des Südens ihre geburtensenkende Stoßrichtung kürzlich erneut konsolidiert, indem sie Verhütung als Menschenrecht deklarierte. Im Jahresbericht *State of World Population 2012* des United Nations Population Fund (UNFPA) werden die Prozesse der Reproduktion mit der ökonomischen

Situation verschaltet. Dem Bericht zufolge optimiert der Zugang zu Verhütungsmitteln das Leben von Frauen – »[...] women who use family planning are generally healthier, better educated, more empowered in their households and communities and are more economically productive« (UNFPA 2012, ii) – und der Zugang entscheidet auch über den ökonomischen und sozialen Fortschritt eines Landes – besonders der ärmsten Länder: »Government and development agencies have to invest more resources to realize the individual and broader social and economic gains that can be achieved through a rights-based approach to family planning« (ebd., vii). Die Argumentationsweise des UN-Berichts folgt der Logik der Selbstbestimmung, legitimiert dabei aber auch die Direktive einer Geburten-senkenden Makroebene.

In einer vergleichenden Makroperspektive auf die internationalen Programme von Kairo zur Reproduktiven Gesundheit und jene der europäischen WHO zeigt sich, wie ich argumentieren möchte, die koloniale Kontinuitäten insofern, dass aus einer westlich vermittelten Perspektive darüber befunden wird, wo auf der Welt ›zu viele‹ und wo ›zu wenige‹ Menschen sind. Während die Kairo-Programme im Globalen Süden ›zu viele‹ Menschen ausmachen und antinatalistisch argumentieren, zeigt sich im demografischen Blick auf Europa ein Szenario der ›zu wenigen‹ (und damit verbunden eher pronatalistische Tendenzen). Diese unterschiedlichen »Dramatisierungen« (Connelly 2006) entspringen, so meine These, einer fortbestehenden (neo-)kolonialen Ausdifferenzierung des Lebens (siehe auch Rainer 2005, 284).²²

5.4.2 Demografisierung und Geschlecht

Dabei wird die ›europäische‹ Frau wiederum *selbst* an Körperprozessen festgemacht. Der biopolitischen Gouvernementalität der WHO-Programme ist auch die Gefahr weiblicher generativer Unkontrolliertheit eingeschrieben und installiert mithin das weiblich konnotierte Ideal der sexuellen und generativen Rationalität.

²² Eine Diskussion der unterschiedlichen Metaphern und Dramatisierungen des Bevölkerungsproblems ist bei Connelly 2006 und 2008 zu finden.

Die untersuchten WHO-Diskurse stellen weibliche Lebenszusammenhänge unter die Prämissen von Gesundheit, Generativität und Demografie und installieren dabei, wie ich gezeigt habe, eine ambivalente Perspektive, die einerseits sozioökonomische Bedingungen berücksichtigt, *gleichzeitig* jedoch komplexe soziale Bedingungen von Gesundheit und Generativität individualisiert und oft stark vereinfacht: So wird in den demografischen Argumentationen ein inhärenter und naturalisierender Zusammenhang zwischen dem Status von Frauen und Fruchtbarkeit konstruiert.²³ Es wird zum Beispiel ein Zusammenhang von Einzelfaktoren wie Berufstätigkeit und Anzahl Kinder herausgestellt und damit ein stark pauschalisierendes Expertenwissen über »die Frauen in den europäischen Ländern hervorgebracht. Anders gesagt: Die vergeschlechtlichende Perspektive in den oben beschriebenen Diskursen hat den Effekt, dass komplexe Zusammenhänge pauschalisiert und in der Folge einfache Interventionen vorgeschlagen werden können.

Auf diese Weise wird Generativität operationalisierbar und teilweise mit demografischen Sollwerten verbunden. Aktualisiert wird die Vorstellung, weibliche Lebensweisen unterlägen bestimmten Zwangsläufigkeiten und seien deshalb steuerbar: »Demographisierung [...] argumentiert mit zwangsläufigen Abläufen, unabwendbaren Folgen, und mit diesen Begründungen verengt sie den Raum für soziale Aushandlungsprozesse« (Barlösius/Schick 2007, 27). Im Anschluss an Barlösius' Thesen zur *Demographisierung* lässt sich festhalten, dass einige WHO-Diskurse gesellschaftlich komplexe Verhältnisse in demografische Probleme umdeuten und damit nahelegen, diese seien durch die Steuerung individueller generativer (weiblicher) Verhaltensweisen kontrollierbar (ebd.).

Frauen erscheinen in den WHO-Programmen als generative Subjekte, die einerseits individuell, selbstbestimmt und emanzipiert handeln. Andererseits sind sie dabei auch demografische Schlüsselfiguren internationaler Fortpflanzungspolitiken. Sie werden zum »öffentlichen

²³ Zur Vergeschlechtlichung von demografischen Diskursen siehe auch Watkins 1993.

Ort« (Duden 2007). Aktualisiert wird ein historisches Motiv der bürgerlichen Geschlechterordnung, das die individuelle Gebärfähigkeit von Frauen mit dem Fortbestehen der Nation (bzw. Europas) verbindet, ein paradoxes Verhältnis von Privatheit und Öffentlichkeit, das Generativität und die ihr zugeschriebenen Attribute wie Körper, Biologie, Natürlichkeit, Weiblichkeit, Mutterschaft und Mütterlichkeit usw. einerseits auf das Private reduziert und dorthin ›verbannt‹ und sie gleichzeitig zum Gegenstand öffentlicher Interessen und Intervention macht. Bezeichnend ist in diesem historisch tradierten Geschlechtermodell auch, dass weibliche Biografien, Frausein überhaupt mit Generativität gleich gesetzt bzw. umgekehrt Generativität mit Weiblichkeit gleichgesetzt wird. Im folgenden und letzten Punkt meines Close Readings werde ich am Beispiel der Safe-Motherhood-Diskurse die Dimension der Vergeschlechtlichung genauer beleuchten.

5.4.3 Safe Motherhood

Eng anschließend an das Thema *Choice* führt die WHO (2001, 11) *Safe Motherhood* als eigenständigen Punkt unter dem Titel *The Field of Safe Motherhood* ein. Dieser Bereich wird – wie *Fertility Healthcare* – ebenfalls nicht als Teil von *Choice* behandelt.

Die WHO beschreibt zunächst, dass es seit Kairo verschiedene Programme gab, die versucht haben, Schwangerschaft weltweit sicherer zu machen. An vielen dieser Programme war die WHO beteiligt: 1999 hat sie eigens ein Kabinett zu dem Thema eingerichtet, das die Initiative *Making Pregnancy Safer* (MPS) gründete mit dem Ziel, weltweit Müttersterblichkeit zu verringern. Das MPS-Programm zeigt das verstärkte Engagement der WHO und wurde der globalen *Safe Motherhood Initiative* (SMI) angeschlossen (die SMI ist eine koordinierte Initiative der großen bevölkerungspolitischen Agenturen²⁴). Schultz (2006, 230-280) hat diese Initiative, die sich vor allem auf den Globalen Süden bezieht,

²⁴ Die *Safe Motherhood Initiative* wurde 1987 lanciert. Mitglieder sind: Weltbank, UNFPA, UNICEF, WHO, Population Council und International Planned Parenthood Federation (IPPF).

eingehend und kritisch untersucht und dabei deren fortbestehende antinatalistische Prämissen herausgearbeitet.

Die WHO Europa argumentiert nun in ihrer Strategie, dass *Safe Motherhood* auch für die europäische Region ein Thema sein muss, da vor allem in östlichen Ländern auf 100 000 Schwangere noch immer 40 Frauen sterben (verglichen zur EU, wo es nur zehn sind). Der WHO zufolge hat dies sowohl mit unsicheren Abtreibungsmöglichkeiten als auch schlechter medizinischer Versorgung zu tun und formuliert folgende Ziele: »Safe motherhood aims at attaining optimal maternal and newborn health. It implies reduction of maternal mortality and morbidity and enhancement of the health of newborn infants through equitable access to primary health care, including family planning, prenatal, delivery and postnatal care for mother and infant, and access to essential obstetric and neonatal care« (WHO 2001, 7).

Unter *Safe Motherhood* fallen also nicht nur Schwangerschaft und Geburt, sondern auch Kindersterblichkeit und die Versorgung des Neugeborenen. Bemerkenswert ist, dass *Safe Motherhood* ebenfalls nicht als Teil von *Choice* gefasst wird (ich habe weiter oben beschrieben, inwiefern *Choice* auf die Zeitspanne vor dem Eintreten einer Schwangerschaft bezogen wird). Anders ausgedrückt: Sind Frauen erst einmal schwanger, scheinen Selbstbestimmung und freie Wahl nicht zentral. Die Schwangere ist nicht Akteurin oder Subjekt von Entscheidungen. Indem Schwangerschaft und Mutterschaft nicht mit der *Choice*-Thematik verknüpft werden, fällt das Thema Abtreibung erneut unter den Tisch. Zwar wird erwähnt, dass Frauen an der Folge von unsicheren Abtreibungen sterben (können), daraus wird allerdings nicht abgeleitet, hier mehr Selbstbestimmung und sichere Schwangerschaftsabbrüche zu ermöglichen (bedeutsam gemacht werden vielmehr die Punkte *safe pregnancy, childbirth* und *healthy children* [WHO 2001, 7]).

Weiter fällt auf, dass Schwangere als Mütter adressiert werden. Mit der Wortwahl *Motherhood* wird eine soziale Zuschreibung vorgenommen. Mutterschaft, so wird nahegelegt, beginnt bereits während der Schwangerschaft. Aus dem Blick gerät damit, dass Frauen sich zu sehr unterschiedlichen Zeitpunkten einer Schwangerschaft als »Mütter« wahrnehmen. Manche auch gar nicht – sei es, weil sie beispielsweise

als Leihmütter tätig sind, sei es, weil eine Schwangerschaft ungewollt ist und ein Abbruch oder eine Adoption bevorsteht, sei es, weil es sich um Transpersonen handelt, sei es aus anderen Gründen.

Dem gegenüber konstruiert das WHO-Programm einen inhärenten und zu jedem Zeitpunkt einer Schwangerschaft bestehenden Zusammenhang zwischen Schwangerschaft und Mutterschaft/Muttergefühlen. Dadurch entsteht eine Perspektive, mit der zum einen Schwangerschaft und Mutterschaft automatisch in eins fallen – wer schwanger ist, ist auch eine Mutter. Zum anderen zeigt sich eine Engführung von Mutterschaft, Schwangerschaft und Geburt auf einen körperlichen Zustand, auf biologisch-medizinische Aspekte (*access to healthcare*). Sozio-ökonomische Bedingungen von Schwangerschaft wie von Mutterschaft sowie Geschlechterverhältnisse geraten hier aus dem Blick. Auch wird Schwangeren Mutterschaft und damit auch Weiblichkeit unmittelbar auf den Leib geschrieben: Schwangere sind Mütter und mithin *Frauen*.²⁵ Generativität wird als eine genuin weibliche Sphäre konstituiert. Durch die enge Verkettung von Schwangerschaft, Mutterschaft und Säuglingssterblichkeit wird zudem die Verantwortung für Neugeborene auf die Schwangere enggeführt – ohne diese gleichzeitig mit Fragen der Selbstbestimmung (*Choice*) zu verbinden.

Die WHO-Programme sind also, was die Verwendung von Choice betrifft, widersprüchlich. Sie zeigen einerseits einen Wandel in Bezug auf Geschlechterkonstruktionen, zum Beispiel wenn es um Bereiche wie Verhütung geht und weibliche Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmung proklamiert wird. Der weibliche Körper wird nicht mehr auf gleiche Weise objektiviert wie zu Beginn der Moderne. Andererseits zeigen einige Diskursformationen wie *Safe Motherhood* oder auch die demografischen Diskurse der WHO eine (historisch persistente) Feminisierung der Generativität und damit verbunden die Konstruktion naturalisierter Mutterschaftsbilder.

In Zusammenhang mit der diskursiven Verstärkung des Gesundheitsfokus (Verschiebung von Rechten zu Gesundheit), die ich im ersten

²⁵ Im Zuge *fluider* und *trans*-Genderidentitäten ist diese Gleichsetzung keineswegs selbstverständlich.

Teil der Analyse herausgearbeitet habe, wird in der biopolitischen Regierung auch eine bestimmte bürgerliche Sphärentrennung – das heißt eine bestimmte geschlechtliche Arbeitsteilung – deutlich: Generativität wird als Teil der sogenannten reproduktiven Sphäre in einen individualisierten, das heißt privaten Raum abgespalten und Frauen zugeschrieben.

Frauen werden zwar in den WHO-Diskursen – im Unterschied zu traditionellen Vorstellungen – ebenfalls der ›Wirtschaftsweise‹, der Produktionssphäre zugeordnet und als Erwerbssubjekte angerufen, gleichwohl wird die Logik der Sphärentrennung dadurch nicht infrage gestellt bzw. sogar verstärkt: Gerade *weil* Frauen als emanzipierte und individualisierte Subjekte angerufen werden, kann ihnen der Auftrag der Generativität (der reproduktiven Arbeit) auch weiterhin zugeschrieben werden und letztlich der Bereich der Generativität insgesamt als weibliche Sphäre konnotiert werden. Die Konzepte der reproduktiven Selbstbestimmung verlagern mithin nicht nur die bevölkerungspolitischen Makroebenen der Geburtensteuerung und biopolitischen Ausdifferenzierungen in die Individuen hinein, sondern auch eine geschlechtliche Arbeitsteilung. Das heißt, einerseits zeigt sich in der programmatischen Anrufung der Entscheidungsfreiheit eine Flexibilisierung generativer und geschlechtlicher Subjektivierungsweisen, in der Weiblichkeit und Generativität auch mit dem Erwerbsbereich kompatibel gemacht werden. Gleichwohl wird im Kleid der freien Entscheidung und Gesundheitsoptimierung generative Verantwortung an Frauen delegiert und Generativität zum Gegenstand politischer Interventionen und Regulierung.

Die WHO konstruiert Generativität einerseits als individualisierten/privatisierten und nicht zuletzt feminisierten Bereich. Andererseits wird Generativität gerade dadurch zum Gegenstand (geschlechter-)politischer Interventionen (wie zum Beispiel Gleichstellungspolitik).²⁶ Generativität wird individualisiert *und* zum Gegenstand öffentlicher Regulierung. Diese scheinbar widersprüchliche Gleichzeitigkeit von öf-

²⁶ Zum Verweisungszusammenhang von Generativität und Geschlecht siehe auch Heitzmann 2017.

fentlicher Regulierung und Privatisierung spiegelt ein Verhältnis von Privatheit, Öffentlichkeit und geschlechtlicher Arbeitsteilung, das für die bürgerliche und kapitalistische Geschlechterordnung charakteristisch ist (Trallori 1998).

5.5 Biopolitische Gouvernementalität und Materialismus

Ich möchte zum Abschluss meiner Analyse vertieft auf die Aspekte der Vergeschlechtlichung eingehen und – im Anschluss an die in den theoretischen Explorationen entwickelten Perspektiven – die biopolitische Interpretation der WHO-Programme mit einer materialistischen Perspektive verbinden.

Die Programme der Reproduktiven Gesundheit formulieren Paradigmen der Selbstbestimmung und der individuellen Entscheidung. Gleichzeitig zeigt sich, wie ich argumentieren möchte, das Kontinuum einer binär-hierarchischen Geschlechteranordnung, in dem Generativitätsverhältnisse als eine weibliche Domäne naturalisiert und in einer privaten bzw. individuellen (Gesundheits-)Sphäre angesiedelt werden.

Die Gleichsetzung der Domäne der Generativität mit Weiblichkeit bleibt, wie ich aufgezeigt habe, in der Gesundheits- und Choice-Programmatik insgesamt bestehen. Generative Verantwortung wird feminisiert und individualisiert. Anders gesagt: Generativität wird zwar als ein Thema von gesellschaftspolitischem Interesse adressiert, verschwindet jedoch durch den Fokus auf das individuelle Gesundheitshandeln wiederum von der politischen Bühne und wird aus sozioökonomischen Zusammenhängen herausgelöst.

Die Programmatik der Reproduktiven Gesundheit untermauert die Trennung zwischen einer Sphäre der Reproduktion bzw. Generativität und einer Sphäre der Produktion und die mit dieser Trennung verbundene geschlechtliche Arbeitsteilung, bei der Generativität als unbezahlte, weibliche Privatdomäne jenseits von marktwirtschaftlichen und politischen Prozessen erscheint (jedoch gleichwohl regulierbar gemacht wird). Die untersuchten Gesundheitsprogramme aktualisieren also jenen für die kapitalistisch-patriarchale Gesellschaft Struktur-gebenden

Mechanismus, wie er von materialistisch-feministischen Theorien vielfältig herausgestellt worden ist: Generativität wird abgespalten und (als Gratisarbeit) feminisiert.

Ausgehend von einer materialistischen Perspektive, möchte ich argumentieren, dass die im Close Reading herausgestellte Feminisierung und Individualisierung die Abjektion von Generativität in einen vorgesellschaftlichen (naturalisierten) Bereich gewährleistet und mithin legitimierbar wird, dass Generativität auch weiterhin gratis – aus Liebe – erledigt wird. Generativitätsverhältnisse werden zum weiblichen Lebenszusammenhang gemacht. Aktualisiert wird die Abjektion von Generativitätsverhältnissen, die, wie Scholz (2011) ausarbeitet, eine *Voraussetzung* von kapitalistischen Produktionsweisen darstellt.

Um nochmal Beer zu zitieren: »Eine (kapitalistische) Marktökonomie kann nur dann profitabel und rational arbeiten, wenn sie keinerlei Verantwortung für die gesellschaftlich-individuelle Reproduktion von Frauen und Männern zu übernehmen braucht, die über die Lohn- oder Gehaltszahlung hinausgeht« (1990, 24). Beer spricht eine spezifische Konstellation der kapitalistischen Produktionsweise an, die sich als Blindheit des Kapitals gegenüber den eigenen Existenzbedingungen charakterisieren lässt. Die lebendige Arbeitskraft wird zur Reproduktion des Kapitalverhältnisses gebraucht. Die Sicherstellung der Reproduktion dieser Arbeitskraft wird jedoch weitgehend aus dem Kapitalverhältnis ausgelagert.

Mit einem materialistisch-feministischen Ansatz lässt sich die in den WHO-Programmen deutlich gewordene individualisierende Responsibilisierung der Frauen für Generativität auch im Sinne einer Abjektion der reproduktiven Sphäre interpretieren, die mit Dynamiken kapitalistischer Produktionsverhältnisse verbunden ist.

Hier lässt sich auch der Bogen zu Tellmann (2017) spannen: Die Konzepte der Reproduktiven Gesundheit aktualisieren nicht zuletzt ein neomalthusisches Kontinuum, das Bevölkerung als potenziell krisenhaft (als Risiko) und dabei auch als ökonomisches Problem konstruiert. Das sich rational reproduzierende (weibliche) Subjekt wird diesen Risikoszenarien gegenüber als eine zivilisierende Gegeninstanz installiert. Die Programme konstituieren eine Art gesundheitliche und weibliche

Variante des *Homo Oeconomicus*, die liberale Figur eines *Healthy Homo Oeconomicus*, die eigenverantwortlich und rational planend die eigene generative Gesundheit und Anzahl Geburten managed und damit zum Ziel eines bestimmten (auch ökonomisch vernünftigen) Bevölkerungs- optimums beiträgt.

Die Programme der Reproduktiven Gesundheit konstituieren eine generative weibliche Subjektivität, die ein optimales, gesundes generatives Verhalten ›erlernen‹ soll und dadurch die Risiken der Bevölkerungsprozesse (und deren ökonomische Auswirkung) kontrolliert. Dieses generative Subjekt soll idealerweise das (möglicherweise) aus dem Ruder laufende Leben zivilisieren und Generativitätsprozesse auch im Sinne ökonomischer Interessen rationalisieren.

Nicht zuletzt soll dieses Subjekt, hier verbindet sich die Biopolitikanalyse mit materialistischen Perspektiven, die ›Gratisarbeit Generativität‹ übernehmen. Auch die Identifikation der generativen Subjekte mit Mutterschaft, jener naturalisierte Verweisungszusammenhang von Generativität, Weiblichkeit und Mutterschaft, gehört zu einer optimalen Voraussetzungen für Ökonomie und Politik.