

Antinatalismus und Big Pharma

Langzeitverhütung und das Rollback internationaler Entwicklungspolitik

Von Daniel Bendix und Susanne Schultz

Eine Erfolgsstory deutscher Entwicklungspolitik ging 2011 durch die Medien: In Ruanda habe die (nun abgeschlossene) ›Hilfe‹ im Gesundheitssektor dazu beigetragen, die Geburtenraten von 6 auf 4,5 Kinder pro Frau zu senken. Und: Die Rate der Nutzer*innen moderner Verhütungsmittel sei von 10 Prozent im Jahr 2005 auf 45 Prozent in 2010 gestiegen (vgl. Haefliger 2011). Ruanda sei insofern ein »Musterland« dafür, wie man das Problem »Afrikas Bevölkerung explodiert« und dessen Folgen »Hunger, Armut, Umweltzerstörung« angehen könne (Knaup 2011).¹ Zwar kamen die programmatischen Aussagen aus den zuständigen Abteilungen des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) und deren ausführender Agentur, der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), nicht ganz so reißerisch daher. Aber auch ihre Darstellung von Ruanda als Erfolgsgeschichte beginnt mit dem Bericht eines GIZ-Experten, der in den 1980er Jahren u.a. auch eine »geringe Nachfrage nach Verhütungsmitteln« zum Problem erklärte (GIZ/KfW 2012: 17).² Der Bericht bewertete positiv, dass Ruanda 2003 Familienplanung zur »wirtschafts-, sicherheits- und gesundheitspolitischen Priorität« erklärt habe und begründete damit, dass die deutsche Entwicklungsbank Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) ihren Schwerpunkt von HIV-Bekämpfung auf Familiengesundheit verlagert und »2011 in enger

1 Wir verwenden einfache Anführungszeichen, wenn wir typische Diskurselemente oder Tropen aus den Debatten zu Bevölkerung, Entwicklung und Verhütungsmittel markieren wollen, und doppelte Anführungszeichen, wenn wir direkt aus der genannten Textquelle zitieren.

2 Übersetzung dieser und weiterer englischer Zitate durch die Autor*innen.

Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium ein hormonelles Implantat auf den Markt« gebracht habe (ebd.: 20). In einem Interview, das wir mit einer GIZ-Mitarbeiter*in führten, lobte dieser den Erfolg des Programms in Ruanda als Sonderfall, da hier die ruandische Regierung strikter vorgegangen sei als andere afrikanische Regierungen.³ Dieses Beispiel zeigt: Bevölkerungspolitik wird hier wieder als wichtiger Aspekt der Entwicklungszusammenarbeit (EZ) hervorgehoben, und zwar nicht mehr einfach nur als verstecktes Beiwerk unter dem Obertitel »Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte« (SRGR), wie nach der UN-Weltbevölkerungskonferenz von Kairo 1994 üblich, sondern als selbstverständliches und eigenständiges Handlungsfeld. Innerhalb dessen soll ›Bevölkerungsentwicklung‹ nun wieder als ursächlicher Faktor für fast alle Problemlagen, insbesondere als Erklärung für ökonomische Krisen, herhalten bzw. andersherum formuliert – wie im neoliberalen Sprech über Ressourcen statt Mangel üblich – als Bedingung für wirtschaftliche ›Chancen‹.

2013 erklärte das BMZ in einem Strategiepapier das Thema »Bevölkerungsdynamik« gar zu einem neuen »Querschnittsthema« seiner gesamten Politik und sich selbst gleich zum »europäischen Vorreiter« in dieser Angelegenheit (BMZ 2013: 3; vgl. GIZ 2018). Ein Jahr zuvor hatten sich internationale Organisationen, Regierungen, Privatwirtschaft und Nichtregierungsorganisationen (NGOs) in London zu einem ›Familienplanungsgipfel‹ getroffen. Ziel des daraus entstandenen Gremiums FP2020 war es, innerhalb von acht Jahren zusätzlichen 120 Mio. Menschen im Globalen Süden Zugang zu Verhütungsmitteln zu verschaffen.⁴ In der Öffentlichkeit wurde vor allem das Jadelle Access Program als großer Erfolg des Treffens präsentiert – eine Initiative der Bill & Melinda Gates Stiftung und des Pharmaunternehmens Bayer HealthCare in Koordination mit der internationalen EZ. 27 Mio. Stück des von Bayer vertriebenen Verhütungsimplantats Jadelle sollten von nun

3 Dieser Text basiert hauptsächlich auf Recherchen Mitte der 2010er Jahre. Quellen waren neben öffentlichen Dokumenten sowie Statistiken der EZ und Pharmafirmen auch Interviews und E-Mail-Kommunikation mit Vertreter*innen von BMZ, GIZ, KfW, Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW), Helm Medical und Bayer HealthCare im Dezember 2014 und Januar/Februar 2015. An einigen Stellen haben wir aktualisierende Informationen hinzugefügt, die die Kontinuität der analysierten Verschiebungen in den 2010er Jahren nach 2015 belegen. In der ursprünglichen Fassung wurde der Text hier veröffentlicht: Daniel Bendix/Susanne Schultz 2015.

4 Ausführlich dazu Hendrixson 2019; das Programm wurde inzwischen verlängert und nennt sich nun Family Planning 2030 (vgl. Family Planning 2020).

an über sechs Jahre hinweg für einen von 18 auf 8,50 US-Dollar reduzierten Preis pro Implantat über die EZ-Programme verbreitet werden. Das Hormonimplantat ist Nachfolgeprodukt des einmal von Frauengesundheitsbewegungen stark kritisierten Norplant I (vgl. UBINIG 1990; Roberts 1997; Bock von Wülfigen 2001). Nicht nur der Anspruch einer internationalen ›Bevölkerungspolitik‹, sondern auch die Idee, die entsprechenden Ziele mit von den Nutzer*innen wenig kontrollierbaren High-Tech-Methoden erreichen zu wollen, wurden somit wieder unverblümt als bisher Teil der Agenda. Zur Einordnung dieser Veränderungen: Die Geschichte des *population establishment*, d.h., des Netzwerks privater Think Tanks, nationaler Entwicklungsbürokratien und multilateraler Organisationen, das sich nach dem Zweiten Weltkrieg bis Ende der 1960er Jahre etablierte, ist bis heute im Wesentlichen eine der Kontinuitäten (vgl. Hartmann 1995). Zwar wandelten sich strategische Zugänge, und es gab eine Vielfalt legitimatorischer Begründungen. Aber auch nach der Kairo-Konferenz hielt dieses Netzwerk an fragwürdigen neomalthusianischen Krisenerklärungen und dem Grundziel einer Reduktion des Weltbevölkerungswachstums im Globalen Süden fest.⁵ Wir bauen unsere Untersuchungen auf Analysen auf, die die UN-Konferenz entsprechend nicht als Bruch mit der alten Politik interpretieren (vgl. Wilson 2015; Hendrixson 2019; Bhatia u.a. 2020). Vielmehr handelte es sich um eine Reform, die die neuen individuellen Konzepte ›reproduktive Gesundheit‹ und ›reproduktive Rechte‹ kompatibel mit antinatalistischen Zielen machte, also Zielen zur Reduzierung der Geburtenraten. Dies geschah, indem bestimmte Normen einer richtigen und erstrebenswerten reproduktiven Selbstverantwortung etabliert wurden. Im Sinne von Michel Foucaults Konzept der *Gouvernementalität* kann diese Kopplung individueller Selbstführung an die staatlichen biopolitischen Ziele als eine neoliberale »Führung der Führungen« verstanden werden (Foucault 1987: 255; vgl. Schultz 2011). Ein spätestens Ende der 1990er Jahre durchschlagender Effekt dieser individualrechtlichen und

5 Neomalthusianismus bezeichnet eine politische Programmatik, die mit Bezug auf das ›Bevölkerungsgesetz‹ von Thomas R. Malthus (Ende des 18. Jh.) davon ausgeht, dass die Produktion von Nahrungsmitteln und lebensnotwendigen Ressourcen grundsätzlich weniger zunimmt als die Zahl der Menschen und dass deswegen Geburtenkontrollmaßnahmen nötig sind, um Knappheit und Krisen zu verhindern. Der Neomalthusianismus als historische Bewegung seit Ende des 19. Jh. als auch in seiner aktuellen Form stellt dabei die Kontrolle der Fruchtbarkeit armer Bevölkerungsgruppen, deren Zugang zu Ressourcen beschränkt ist, ins Zentrum und vernachlässigt die Frage der Verteilung und der Produktions- und Konsumtionsverhältnisse.

gesundheitsspolitischen Rahmung war es zudem, dass soziale Bewegungen und entwicklungspolitikskritische Akteur*innen das Thema weitgehend ad acta legten, trotz repressiver Kontinuitäten in der Familienplanung und trotz der starken Verbindungslinien mit den Genealogien des Kolonialismus und Rassismus (vgl. Wilson 2015; Bendix 2016). Seitdem gibt es keine transnational sichtbare und wirkungsvolle kritische Gegenöffentlichkeit, weder zu den neomalthusianischen Erklärungsmustern noch den bevölkerungsstrategisch entwickelten und verbreiteten Verhütungsmethoden. Vereinzelte Ansätze dazu dokumentieren wir im Schlussteil.

In diesem Artikel zeigen wir, welche konzeptuellen und strategischen Verschiebungen in der deutschen Entwicklungspolitik – und in ihrer Kooperation mit Big Pharma – in den 2010er Jahren zu beobachten waren, die sich bis heute als weitgehend stabil erwiesen haben. Wir interpretieren diese als Rollback hin zu einerseits wieder expliziteren neomalthusianischen und insbesondere ökonomistischen Begründungsmustern und andererseits zu einem Fokus auf isolierte Familienplanungsprogramme, die besonders auf den Einsatz von Langzeitverhütung ausgerichtet sind.

Unsere Untersuchung konzentriert sich Mitte der 2010er auf zwei Schwerpunkte: Zum einen analysieren wir die Konzepte und Investitionen des BMZ und seiner Durchführungsorganisationen, der GIZ und der KfW, zu ›Bevölkerungsdynamik‹ vor dem Hintergrund eines globalen Trends zur Demografisierung des Politischen und zu einer zunehmend explizit gemachten nationalen Humankapitalverwaltung. Unter Demografisierung verstehen wir Strategien der »Umdeutung sozialer Probleme und Konflikte zu demographisch bedingten Problemen und Konflikten« (Barlösius 2007: 26). Die Frage der ›Humankapitalverwaltung‹ bezieht sich somit nicht nur auf Bildungspolitik, sondern auf bevölkerungspolitische Strategien, die explizit eine bestimmte Qualität einer Bevölkerungszusammensetzung anstreben. Zum anderen fragen wir, welche Vermarktungsstrategien der Pharmakonzerne, vor allem am Beispiel von Bayer HealthCare, sich in diese Trends der Bevölkerungsprogrammatisierung einschrieben und einmischten, und inwiefern die Unternehmen im Rahmen verschiedener Modelle von Public Private Partnerships sowie der rein kommerziellen Verbreitung davon profitierten und profitieren.

Bevölkerungsdynamik und Humankapital: EZ-Konzepte in Zeiten einer Demografisierung des Politischen

Wer einen Blick auf die Dokumente der deutschen EZ wirft und sich mit GIZ-, BMZ- und KfW-Vertreter*innen austauscht, trifft zunächst einmal auf viele altbekannte Floskeln der Post-Kairo-Agenda. Weiterhin gebe es in einigen Ländern, besonders afrikanischen, ein zu hohes Bevölkerungswachstum. Dieses sei zwar nicht alleinige Ursache von Entwicklungsproblemen, trage aber entscheidend dazu bei, dass es zu Ressourcenengpässen und einem nicht zu bewältigenden Ansteigen staatlicher Ausgaben komme, was die Entwicklung »hemme« oder »beeinträchtige« (BMZ 2013: 3f; BMZ 2008: 5; vgl. Seebens 2012). Und auch das, was Kritiker*innen schon früher eine ideologische Schizophrenie des *population establishment* nannten, bleibt beim Alten: Staatliche demografische Ziele einerseits und individuelle Selbstbestimmungsrechte andererseits werden nicht als Gegensatz oder zumindest als spannungsreich, sondern als eine *win-win*-Situation präsentiert. Es gehe selbstverständlich nicht darum, die Freiheit der Individuen mit diesen Programmen einzuschränken, sondern vor allem darum, einen noch nicht gedeckten Bedarf an Verhütungsmitteln anzugehen oder auch über Aufklärung freiwillige »Änderungen von Einstellungen und Verhaltensmustern« zu bewirken (BMZ 2008: 16) und die Programme in eine breite reproduktive Gesundheitsversorgung zu integrieren. So weit ist die Argumentation typisch für die Post-Kairo-Ära. Allerdings lassen sich seit Mitte der 2000er Jahre neue Trends ausmachen. Dabei folgten die BMZ-Positionen grundsätzlich dem seit damals gültigen Sprech des internationalen *population establishment*. Schon auf den ersten Blick ist der Schwenk vom Begriff des Bevölkerungswachstums zu dem der Bevölkerungsdynamik auffällig. Damit gelten Bevölkerungsentwicklungen im Globalen Süden nicht mehr als spezifisches Problem, sondern werden in den Kontext aller Arten demografischer Trends weltweit gestellt.

Die Altersproportion als universeller Ansatz

Der Begriff der Bevölkerungsdynamik ordnet sich in eine allgemeine Rehabilitierung der Demografie als zentrales Moment politischer Problemformulierungen und darauf zugeschnittener Regierungsstrategien ein. So gaben die jeweiligen Bundesregierungen spätestens seit der Jahrtausendwende die Haltung auf, in Deutschland gebe es nach den Erfahrungen des Nationalsozialismus keine Bevölkerungspolitik mehr, und deklarierten seit 2002 eine »bevöl-

kerungsorientierte Familienpolitik sowie seit 2012 eine nationale Demografiestrategie (vgl. Text »Nation und Kinderwunsch« in diesem Band). Der Bezug auf einen universellen Geltungsbereich machte es so möglich, der Kritik zu entgehen, mit zweierlei Maß zu messen: Statt eines wie bisher eher binär organisierten postkolonialen Feldes – hier die Industrieländer, deren Bevölkerungsdichte oder -zusammensetzung niemanden in den globalen Agenden etwas angehen, und dort die zu schnell wachsenden Bevölkerungen des Südens – erscheint »Bevölkerungsdynamik« nun als ebenso wichtiger wie selbstverständlicher Aspekt jeden nationalstaatlichen Alltagsgeschäfts.

Ein entscheidendes Moment, um diese globale Bedeutsamkeit und Vergleichbarkeit von Bevölkerungsdynamik zu behaupten, ist der Übergang von der Betrachtung nationaler Bevölkerungsgrößen, wie es bei den Strategien gegen das Bevölkerungswachstum üblich war, zu dem Hauptkriterium einer Untersuchung der Bevölkerungszusammensetzung nach Altersgruppen: Wie wir es im deutschen Demografiediskurs des »demografischen Wandels« seit Jahren einüben, erscheint es auch für die internationale bevölkerungspolitische Intervention als selbstverständlich, dass Gesellschaften vorrangig entlang der Proportion ihrer Altersgruppen und den diesen zugeschriebenen Eigenschaften – als entweder produktive, erwerbsfähige Erwachsene oder unproduktive, bedürftige und kostspielige Minderjährige und Alte – differenziert und sinnhaft analysiert werden können. Welche enormen sozialen, ökonomischen und sonstigen Unterschiede und Machtverhältnisse es innerhalb dieser als homogen analysierten Generationen geben mag, gilt als nachrangig, ganz zu schweigen davon, dass ausgeblendet wird, wie globale kapitalistische Verhältnisse Zugang zu Einkommen und Ressourcen bestimmen und ökonomische Konjunkturen und Krisen prägen.

Unterschieden wird beim BMZ ebenso wie international dementsprechend zwischen unterschiedlichen Kategorien von Ländern mit entsprechend darauf abgestimmten strategischen Ansätzen (vgl. BMZ 2013; GIZ 2018). Erstens gibt es die Länder, insbesondere in Afrika, bei denen die Geburtenrate immer noch als zu hoch definiert wird, weil sie der Norm einer *replacement fertility* von 2,1 Kindern pro Frau entgegenstehe. Für sie bleibt auch weiterhin, wenn auch nicht durchgehend, ein katastrophistischer Tenor vorbehalten. Weiterhin gibt es die Übergangsländer, bei denen ein Rückgang der Fruchtbarkeitsraten festgestellt, aber aufgrund großer Jugendgenerationen immer noch von großen Bevölkerungszuwächsen ausgegangen wird, und deren alte Bevölkerungen noch nicht als Problem gelten: Sie werden als Länder mit einem »demografischen Bonus« bezeichnet, weil der An-

teil der Erwerbsfähigen, sprich Erwachsenen, hoch sei und deswegen ein »günstiges Abhängigkeitsverhältnis« bestehe (BMZ 2013: 12). Schließlich gibt es dann noch die »alternden« Gesellschaften, in denen die Zahl der Menschen im Rentenalter in Proportion zu den Erwerbsfähigen in den Fokus gerückt wird. Die Altersproportion als Hauptbezugsrahmen aller Analysen und Erklärungen ermöglicht somit nicht nur die Behauptung eines für den Globalen Norden und Süden gleichermaßen gültigen Maßstabes, sondern auch, den Geltungsanspruch der Aktivitäten des *population establishment* für die vielen Länder des Globalen Südens zu erhalten, in denen die Geburtenraten in den letzten Jahrzehnten stark gesunken sind. Prinzipiell gilt somit nicht mehr zweierlei Maß, sondern ein universaler Maßstab: Die nationale Altersproportion entscheidet weltweit darüber, an welchen Schrauben Regierungsstrategien drehen sollen, um entweder mehr oder weniger Geburten zu bewirken. So erklärte etwa Anne-Birgitte Albrechtsen, Vize-Geschäftsführerin des United Nations Population Fund (UNFPA), in einer Rede zu Nachhaltigkeit 2013, dass sich der UNFPA für pronatalistische Ziele in »low fertility countries« engagiere, beispielsweise durch eine »bessere work-life balance« oder »familienunterstützende Steuer- und Sozialpolitik«, während sie für »high fertility countries« weiterhin die üblichen Maßnahmen wie reproduktive Gesundheit, Familienplanung, umfangreiche Sexualbildung und eine Verringerung von Schwangerschaften von Jugendlichen als Maßnahmen herausstellte (UNFPA 2013c). Geradezu grotesk ist dabei, wie sich hier das, was wir bevölkerungspolitische Gouvernamentalität nennen, je nach antinatalistischen oder pronatalistischen Zielen spiegelbildlich gegenübersteht. Je nach demografischen Zielen werden Konzepte von Rechten, Wünschen und Selbstbestimmung von Frauen (denn um deren Körper und reproduktives Verhalten geht es weiterhin vorrangig), die Regierungen wahrnehmen, fördern und stärken sollen, völlig unterschiedlich gefasst. Und es werden unterschiedliche reproduktive Technologien in den Fokus gerückt, um »Einstellungs- und Verhaltensänderungen« zu erreichen. Ob Frauen vor »ungewollter Kinderlosigkeit« oder vor »ungewollten Schwangerschaften« bzw. einem »ungedeckten Bedarf« an Verhütungsmitteln geschützt werden sollen, ob reproduktive Rechte als Zugang zu Reproduktionsmedizin oder zu Verhütungsmitteln diskutiert werden – und ob Medien in individuellen Biografien »Kinderwunschbehandlung« oder Hormonimplantate als Licht am Ende des Tunnels präsentieren – erscheint somit nicht als eine Frage des Rassismus, sondern als eine entsprechend der nationalen Altersproportionen unternommene »bevölkerungsdynamische Feinabstimmung«. Diese

Anrufungen funktionieren zudem nicht für alle Frauen innerhalb eines nationalstaatlichen Rahmens gleichermaßen. In Deutschland haben wir es bei der pronatalistischen ›bevölkerungsorientierten‹ Familienpolitik de facto mit einer Umverteilung staatlicher Transferleistungen zugunsten Besserverdienender zu tun. Diese sollen zum Gebären ermuntert werden sollen, während es mit dem Elterngeld – welches für Hartz-IV-Empfänger*innen 2011 de facto abgeschafft wurde – zu einer extremen Kürzung der Transferleistungen für ärmere Bevölkerungsgruppen kam (vgl. Text »Humanvermögen und Zeitpolitik« in diesem Band). Die antinatalistische Kehrseite dieser Politik bleibt aber weitgehend de-thematisiert. Umgekehrt stehen etwa im Rahmen des Jadelle Access Program, bestimmte, ärmere, in ländlichen Regionen lebende Frauen in den ›entwicklungspolitischen Zielländern‹ im Zentrum antinatalistischer Programme.

Die demografische Dividende: Rückkehr zu einer offenen Ökonomisierung

Der Fokus auf nationale Altersproportionen geht mit einem Revival nationalökonomischer Konzepte in der Bevölkerungsdebatte einher. Ein modernisierungstheoretischer Simplizismus greift hier wieder um sich, von dem einflussreiche Vertreter*innen des *population establishment* während der UN-Konferenz von Kairo eher Abstand genommen hatten. Damals war eine von der Weltbank und der Rockefeller-Stiftung beauftragte Studie des Ökonomen Robert Cassen einflussreich, in der dieser zu dem Schluss kam, ein Zusammenhang zwischen wirtschaftlicher Entwicklung und Bevölkerungswachstum sei weder positiv noch negativ zu belegen (vgl. Cassen 1994: 9f; Parnreiter 2011: 201). Der Mainstream des *population establishment* verabschiedete sich damit sowohl von der bevölkerungswissenschaftlichen ›Orthodoxie‹, die in den 1950er und 1960er Jahren Bevölkerungswachstum monokausal als ›Entwicklungshemmnis‹ gefasst hatte, als auch von einem *developmentalism* der 1970er Jahre, der soziale Reformen und Bevölkerungsentwicklung zwar als wechselseitig voneinander bedingt ansah, die These des Entwicklungshemmnisses aber nicht grundsätzlich in Frage gestellt hatte (vgl. Demeny 1988; Schultz 2006: 92-95). In Kairo machten eher Fragen der Umweltzerstörung die neomalthusianische Hintergrundmusik aus, während die Mikroebene im Vordergrund stand, nämlich dass antinatalistische Ziele sowieso im Einklang mit individuellem Empowerment, Gesundheit und Rechten von Frauen des Globalen Südens stünden. Diese Enthaltensam-

keit von einem bevölkerungspolitischen Ökonomismus war spätestens seit 2003 vorbei, als die ›demografische Dividende‹ begann, in aller Munde zu sein – ein auch für die BMZ-Strategie zentrales Konzept (vgl. BMZ 2013; GIZ 2018). Diese These beruht auf einer von der RAND-Corporation veröffentlichten und vom Weltbevölkerungsfonds sowie der Hewlett-Packard- und Rockefeller-Stiftung finanzierten Studie eines Teams um den Harvard-Ökonomen David Bloom. Die Ökonom*innen behaupten darin, dass es in den ›Übergangsländern‹ möglich sei, durch gezielte Investitionen in Ausbildung und Beschäftigung von Jugendlichen sowie neoliberale Arbeitsmarktpolitik diesen ›Chancenvorteil‹ des ›demografischen Bonus‹ in eine ›demografische Dividende‹, d.h., eine dynamische volkswirtschaftliche Entwicklung, umzumünzen (vgl. Bloom u.a. 2003). Sie untermauern dies mit den Beispielen der ›asiatischen Tigerstaaten‹, für die diese Bevölkerungskonstellation zutraf. Lateinamerika mit einer ähnlichen demografischen Konstellation habe allerdings die demografische Dividende nicht nutzen können, wegen »einer schwachen Regierungsführung und einer mangelnden Marktöffnung« (ebd.: 56). Kritiker*innen wenden ein, dass das Konzept der demografischen Dividende höchst unterkomplex sei, da es innerhalb der als homogen verstandenen Altersgruppen gar nicht mehr zwischen verschiedenen sozialen Gruppen differenziere (vgl. Hendrixson 2007: 3). Das BMZ, ebenso wie das internationale *population establishment*, insbesondere der UNFPA, übernehmen das Konzept der demografischen Dividende dennoch als Hauptargument: Länder mit hohen Geburtenraten müssen möglichst schnell zum ›Übergang‹ gebracht werden, um die demografische Dividende abschöpfen zu können. In den ›Übergangsländern‹ wiederum gelten Investitionen in Jugendbildung und Jugendbeschäftigung als adäquates Mittel einer Politik, die die Bevölkerungsdynamik berücksichtige (vgl. BMZ 2013: 12). Auch der Umkehrschluss ist entsprechend banal: Ohne Übergang zum demografischen Bonus-Land keine ökonomische Entwicklung. Ebenso bleibt die Zuschreibung an Jugendliche in den Ländern, die als ›Übergangsländer‹ kategorisiert werden, weiter ambivalent. Wenn ihr ›Humankapital‹ nicht ausreichend gefördert und bewirtschaftet werde, bedrohten sie – hier stehen dann ausnahmsweise die männlichen Jugendlichen im Fokus – als ›Jugendüberhang‹ die politische Stabilität eines Landes. ›Bevölkerungsdynamik‹ hält hier somit auch wieder als Erklärung für Kriminalität, Aufstände oder eine Gefährdung des »sozialen Friedens« her (ebd.: 11).

Prinzipiell ordnet sich der Schwerpunkt Bevölkerungsdynamik somit in eine nationale Humankapitalbewirtschaftung in allen Phasen des Leben

ein – mit dem Effekt, dass die kapitalistische Krisenhaftigkeit, die weltweiten Kämpfe um Ressourcen, Weltmarktabhängigkeit, Prekarisierungstendenzen und soziale Ungleichheit ausgeblendet werden (vgl. Bernhold 2014; Bhatia u.a. 2020). Neben Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und Alten kennt die Bevölkerungsdynamik-Perspektive nur noch eine Gruppe, nämlich die Migrant*innen: Ähnlich wie in der innenpolitischen deutschen Demografie-debatte bildet das ökonomische Potenzial der Migrant*innen auch in den EZ-Konzepten das additive Element zusätzlich zur altersproportionierten Nationalbevölkerung (vgl. Text »Migrationspolitik als Bevölkerungssteuerung?« in diesem Band). Zwar spekulierte an der einen oder anderen Stelle etwa UNICEF darüber, ob nicht die Migration von Jugendlichen zum Ausgleich nationaler Altersproportionen beitragen könne (vgl. UNICEF 2013). Insgesamt liegt das Augenmerk aber nicht auf der abstrakten Menge der Migrant*innen, sondern auf der Frage des nationalen Bedarfs an qualifizierten Arbeitskräften. Typisch dafür sind Modelle wie »triple win«, um der Kritik eines »brain drain« im Globalen Süden bei der Anwerbung von Fachkräften entgegenzutreten und hier für Herkunft- und Zielländer sowie für die Individuen selbst eine win-win-win-Situation »zirkulärer Migration«, d.h., einer flexiblen Ein- und Ausfuhr von Arbeitskräften, zu behaupten (vgl. Schwenken 2013). Kriterien der Menschenrechte und der Nützlichkeit werden also auch hier als nicht-konfliktiv behauptet und erstere letzterer zu- und untergeordnet (vgl. GIZ 2013, 2022; UNFPA 2013c).

Deutsche EZ-Investitionen in die neue Querschnittsaufgabe

Inwiefern spiegelte sich der Bezug des BMZ auf Bevölkerungsdynamik als Querschnittsaufgabe und ein expliziterer Bezug auf demografische Ziele nun in den Investitionen der deutschen EZ wider? Laut BMZ-Positionspapier sollten neben den klassischen Schwerpunkten der SRGR nun auch Programme für Jugendbildung und -beschäftigung sowie Investitionen in den Aufbau von Melderegistern, Bevölkerungsstatistik und Datenerfassung an Bedeutung gewinnen (BMZ 2013: 10). In den Zahlen der OECD über die deutschen EZ-Investitionen lassen sich solche Ankündigungen allerdings kaum überprüfen: Jugendbeschäftigungs- und -bildungsprogramme fallen in den

EZ-Budgets nicht unter ›Bevölkerungspolitik‹.⁶ Bevölkerungserfassung und -statistik wiederum gehören zwar hinzu, schlugen sich aber zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht finanziell nieder, weil sie sich laut BMZ noch in der Pilotphase befanden.⁷

Zu den klassischen Budgets der Bevölkerungspolitik und zur Frage, ob wieder verstärkt auf isolierte Familienplanungsprogramme gesetzt wurde, ergab sich Mitte der 2010er ein gemischtes Bild. Die explizit der ›Familienplanung‹ zugeordneten Gelder machten in der deutschen EZ im Vergleich zu ›reproduktiver Gesundheit‹ und HIV/AIDS-Programmen immer noch den kleineren Teil aus. Hier muss allerdings berücksichtigt werden, dass ›Familienplanung‹ auch ein wichtiger Teil von Programmen der reproduktiven Gesundheit ist und statistisch sozusagen darin verschwindet (vgl. Schultz 2006: 231–240).⁸ Reproduktive Gesundheitsprogramme wurden tatsächlich von 52 Mio. Euro (in 2009) auf 76 Mio. Euro (in 2013) deutlich aufgestockt. Auch gab es laut OECD eine Zunahme der expliziten Familienplanungsgelder von 7,8 Mio. Euro (2011) auf 14,2 Mio. Euro (2013) und weiter auf über 18 Mio. Euro im Jahr 2019. Hinsichtlich der direkten Käufe von Verhütungsmitteln erreichten die Ausgaben der KfW 2013 einen neuen Höchststand von 29 Mio. US-Dollar (gegenüber 15 Mio. US-Dollar in 2012) (vgl. UNFPA 2014: 25). Grundsätzlich blieb es bei der Problematik, dass Basisgesundheitsbudgets und Bevölkerungsprogramme getrennt funktionieren und die deutsche EZ beispielsweise 2012 mit 169 Mio. Euro für Bevölkerungsprogramme insgesamt mehr Geld ausgab als für die gesamten Programme der Basisgesundheitsversorgung (147 Mio. Euro). Finanziell wurde die deutsche EZ also weniger deutlich als in ihren programmatischen Erklärungen ein Vorreiter der neuen Trends. Wesentlich ein-

6 Auf der Internetseite QWIDS (Query Wizard for International Development Statistics) können die Budgets regelmäßig hinsichtlich verschiedener Kategorien abgerufen werden: stats.oecd.org/qwids/.

7 Mitte der 2010er investierte das BMZ in den Nationalen Bevölkerungsrat in Ägypten und die statistischen Behörden von Pakistan, außerdem unterstützte das BMZ gemeinsam mit dem UNFPA nach Aussagen einer dort angestellten Person den höchst konfliktreichen Zensus von 2014 in Myanmar (vgl. DW 2014).

8 So führte das BMZ diese Ausgaben in Burundi 2012 etwa unter der Rubrik ›Reproduktive Gesundheit‹ und nicht unter ›Familienplanung‹ auf: ›Ziel des Projekts ist die Veränderung von Verhaltensmustern im Hinblick auf Familienplanung und HIV-Prävention.« Oder 2012 in Kenia: ›Finanzielle Zuwendungen sollen helfen, den Zugang zu Gütern und Dienstleistungen im Hinblick auf Familienplanung zu verbessern.« (vgl. QWIDS stats.oecd.org/qwids/)

deutiger war das Vorpreschen vom UNFPA (der von Deutschland mit jährlich über 20 Mio. US-Dollar finanziert wurde) und der US Agency for International Development (USAID), die ihre Ausgaben für Verhütungsmittel zwischen 2006 und 2012 jeweils fast verdoppelten – der UNFPA von 74 auf 128 Mio. und die USAID von 63 auf 105 Mio. US-Dollar (vgl. UNFPA 2013a: 41). 2020 setzte sich dieser Trend beim UNFPA fort, mit auf 190 Mio. US-Dollar gesteigerten Ausgaben für Verhütungsmittel (vgl. UNFPA 2021). Laut UNFPA spiegelte sich dieser Trend auch in den Programmen der Empfänger*innenländer wider: »Familienplanung ist zunehmend wieder eine Priorität auf der höchsten Ebene nationaler Politik, nationaler Pläne und Programme geworden. Und immer mehr Regierungen von Entwicklungsländern investieren ihre eigenen Ressourcen in Verhütungsmittel.« (UNFPA 2013d: vi) Als allgemeiner Trend ist also festzuhalten, dass die zunehmend engere Rückbindung der SRGR an bevölkerungspolitische Makroziele dazu beitrug, dass die Verbreitung von Verhütungsmitteln von den zentralen Akteur*innen des internationalen *population establishment* wieder stärker ins Zentrum internationaler EZ-Maßnahmen rückte – ein Trend, der von der deutschen EZ zumindest programmatisch mitgetragen wurde. Verhütungsmittel sind der technologische Hebel, um insbesondere in vielen afrikanischen Ländern die nunmehr nationalökonomisch begründete Priorität einer Senkung der Geburtenraten umzusetzen. Trotz aller Bekenntnisse zu integrierten gesundheitspolitischen Ansätzen schien sich damit die Schieflage zwischen Basisgesundheitsversorgung und den spezifischen Diensten der Familienplanung insgesamt zu verstärken.

Ein Vehikel, über das bis heute die Verbreitung möglichst vieler moderner Verhütungsmittel als Selbstzweck in die deutschen EZ-Programme eingeschrieben ist, bleiben quantitative Indikatoren wie die *contraceptive prevalence rate* (CPR) oder die *couple years of protection* (CYP), also die gesetzten Ziele, eine möglichst hohe Rate von Nutzer*innen moderner Verhütungsmethoden oder möglichst viele Paarverhütungsjahre zu erreichen. Diese Ziele haben seit Kairo die nun delegitimierten Zielquoten in nationalen Programmen ersetzt und wurden bisher meist mit statistischen Erhebungen über einen »ungedeckten Bedarf« an Verhütungsmitteln untermauert. Die Nutzungsrate moderner Verhütungsmethoden fungierte, so in BMZ-Präsentationen, weiter als selbsterklärende Messlatte für bevölkerungspolitische Erfolge (vgl. BMZ 2012: 18; Peters/Pilon 2020). Dass es in der bevölkerungspolitischen Umorientierung der 2010er Jahre weniger um die Anerkennung von Rechten, sondern eher um eine politische Durchsetzung von Verhaltensänderungen ging, wurde auch in einer Studie der Stiftung Wissenschaft und Politik deutlich (Angenendt/

Popp 2014).⁹ Hier wurde sogar offensiv vertreten, dass nicht ein ungedeckter Bedarf an Verhütungsmitteln, sondern ein zu hoher Kinderwunsch quer durch alle sozialen Schichten in vielen afrikanischen Ländern das Problem sei. Differenzierte Familienplanungsprogramme und »politische Wertschätzung« für kleinere Familien seien zentral, und es sei »ratsam, die Regierungen der Partnerländer energischer in ihrem Bestreben um eine ausgewogene Bevölkerungsentwicklung zu unterstützen« (ebd.: 27).

Der Einflussgewinn der Lobbyist*innen

In unseren Gesprächen mit BMZ- und GIZ-Vertreter*innen wurde zudem deutlich, dass diejenigen Lobbygruppen, die sich schon lange für einen Fokus auf Familienplanung als Mittel zur Umsetzung bevölkerungspolitischer Ziele eingesetzt haben, im Zuge des Revival einer explizit neomalthusianischen Agenda innerhalb der deutschen EZ an Bedeutung gewannen. Ein wichtiger Katalysator für den Schwerpunkt Bevölkerungsdynamik war den Referent*innen zufolge das Spektakel rund um das Erreichen der ›Sieben-Milliarden-Marke‹ im Jahr 2011. BMZ und GIZ organisierten anlässlich des vom UNFPA ausgerufenen ›Tages der Sieben Milliarden‹ am 31. Oktober 2011 eine öffentliche Kampagne in Zusammenarbeit mit der Deutschen Stiftung Weltbevölkerung (DSW). Die DSW wurde ebenso wie das eher als Think Tank fungierende Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung von Industrieländern gegründet, wird von Unternehmen (u. a. Bayer HealthCare) finanziert und steht im engen Austausch mit dem internationalen *population establishment* (vgl. DSW 2015a: 17). Eine BMZ-Vertreter*in wies beiden Organisationen eine wesentliche Rolle daran zu, wie das Paradigma der demografischen Dividende in die BMZ-Programmatik aufgenommen wurde und welche Studien und Daten heute rezipiert werden. Sowohl die GIZ als auch das BMZ gaben die DSW zudem fast immer ausschließlich oder an erster Stelle an, wenn es um die Kooperation mit der Zivilgesellschaft ging (vgl. z.B. BMZ 2008: 7). Die DSW, die 2014 in Hannover ausgerechnet am Eingang zum Zoo dem alten neomalthusianischen Katastrophismus treu eine ›Weltbevölkerungsuhr‹ einweihte, wurde sogar auf der höchsten Ebene internationaler Politik von der Bundesregierung eingebunden: Die ehemalige DSW-Vorsitzende Renate

9 Einer der Autor*innen, Steffen Angenendt, arbeitete von 2011 bis 2013 als Berater für das BMZ.

Bähr vertrat Deutschland in der ›High Level TaskForce‹ der UN für den Revisionsprozess 20 Jahre nach Kairo. Selbsterklärtes Hauptziel der DSW ist es, Familienplanung und Sexualaufklärung für Jugendliche in den EZ-Agenden fest zu verankern. Die internationale Gemengelage zu SRGR ist komplex, und die Frage, welche widersprüchlichen (genderpolitischen, gesundheitspolitischen, rechtspolitischen, neomalthusianischen etc.) Implikationen es hat, wenn die SRGR auf multilateraler Ebene integriert oder gestärkt werden, kann hier nicht abschließend bewertet werden. Fest steht aber, dass die DSW keine Repräsentantin einer sozialen Bewegung mit emanzipatorischen, queer-feministischen Zielen ist, sondern anhaltend auf neomalthusianischen Katastrophismus setzt, auf Familienplanung fokussiert und mit Privatfirmen wie Bayer HealthCare kooperiert, um ihre Ziele voranzutreiben. Diese Nähe zu den Verhütungsmittelproduzent*innen nahmen nun auch das BMZ und die GIZ zunehmend ein, als sie etwa im April 2013 einen Parlamentarischen Abend zur Werbung für das Jadelle Access Program gemeinsam mit der DSW und Bayer HealthCare gestalteten oder mit denselben beiden Akteur*innen den alljährlichen ›International Dialogue on Population and Sustainable Development‹ in Berlin veranstalteten (vgl. BMZ 2015). Da ist es nur konsequent, wenn die deutschen EZ-Vertreter*innen die eingangs angesprochene FP2020-Initiative insgesamt ausdrücklich politisch begrüßten und sich in diesem Rahmen auch finanziell verpflichteten, bestimmte Gelder für Familienplanung vorzusehen – und dies, obwohl sie selbst in unseren Interviews problematisierten, dass hier öffentlich-private Parallelstrukturen zu den staatlichen und multilateralen EZ-Strukturen entstanden seien, und es klar sei, dass der Trend dadurch eindeutig zurück zu einem isolierten gesundheitspolitischen Fokus auf (Langzeit-)Verhütungsmittel gehe.

Bevölkerungsprogramme als Türöffner für kontrazeptive Märkte im Globalen Süden

Welche kommerziellen Interessen sind nun mit dem Bedeutungsgewinn einer bevölkerungspolitischen Programmatik verknüpft? Zunächst einmal ist der Verhütungsmittelmarkt auch in Krisen ein globaler Wachstumsmarkt, der über die EZ-Programme auf verschiedene Weise ausgeweitet werden kann. Das Unternehmen Zizhu Pharmaceutical schätzte den Umsatz für Verhütungsmittel im Jahr 2009 auf 11,2 Mrd. US-Dollar und sagte einen Anstieg bis 2016 auf 14,5 Mrd. US-Dollar voraus (vgl. Zizhu Pharmaceutical 2011). Tatsäch-

lich wuchs der globale Verhütungsmittelmarkt nach Global Market Insights auf 21,8 Mrd. US-Dollar im Jahr 2020 an und es wurden weiter hohe jährliche Wachstumsraten von 8,2 Prozent vorausgesagt (vgl. Global Market Insights 2020). Nach Global Industry Analysts sei die Verlangsamung ökonomischen Wachstums angesichts der Wirtschaftskrise der 2000er Jahre ein »Glück im Unglück« für den globalen Kontrazeptivamarkt gewesen, denn öffentliche Gesundheitsbudgets für Geburtenkontrolle seien nicht gekürzt worden (PRWeb 2010). Eher sei sogar der Trend zu beobachten, dass Maßnahmen zur Geburtenkontrolle aufgrund der Furcht vor den Kosten von ungeplanten Schwangerschaften in »Krisenzeiten« zugenommen hätten (ebd.). Marktführende für Kontrazeptiva waren 2011 Bayer (Jahresumsatz von 3 Mrd. US-Dollar) sowie Tevat und Merck & Co (jeweils ca. 1 Mrd. US-Dollar) (vgl. Spectra Intelligence 2011).¹⁰

Der Markt für Kontrazeptiva im Globalen Süden lässt sich in vier verschiedene Segmente unterteilen, wobei die ersten drei Segmente direkt von der internationalen EZ unterstützt werden: a) kostenlos in staatlichen Gesundheitseinrichtungen erhältliche Verhütungsmittel, die von den nationalen Gesundheitsministerien eingekauft werden und zum Großteil von internationalen »Gebern« wie USAID oder UNFPA finanziert werden; b) für einen relativ geringen Preis erhältliche Verhütungsmittel, die ebenfalls von so genannten Hilfsorganisationen zur Verfügung gestellt, aber von *social marketing*-NGOs wie Population Services International (PSI) oder DKT International als Markenprodukte über marktübliche Handelsstrukturen (z.B. Apotheken) zu subventionierten Preisen unter Verwendung kommerzieller Vermarktungsmethoden vertrieben werden; c) Produkte für den privaten Markt, die durch Public Private Partnerships vergünstigt verkauft werden; und d) zuletzt der rein private Markt. Der Markt in so genannten Entwicklungsländern wuchs im Kontext des bevölkerungspolitischen Revivals enorm: 2014 stellte die NGO Reproductive Health Supplies Coalition fest, dass in fünf Jahren alleine die internationalen EZ-Mittel für Kontrazeptiva um 50 Prozent auf 275 Mio. US-Dollar gestiegen waren (vgl. DGDA/RHSC 2014: 6). Dies wurde vor allem durch erhöhte Investitionen in Implantate (68 Prozent des Finanzierungsanstiegs) erreicht. In Bezug auf das »Hilfsgeschäft« mit Verhütungsmitteln sind UNFPA und USAID die größten Käufer*innen. Sie deckten Anfang der 2010er ca. drei

10 Zumindest was den entwicklungspolitischen Markt anging, blieb es dabei: Nach UNFPA's Einkaufsstatistik blieb Bayer 2020 weiter die Nummer eins mit einem Anteil von 11,1 Prozent (vgl. UNFPA 2021).

Viertel des Marktes ab (vgl. UNFPA 2013a: 41). Wer die beiden großen ›Geber‹ beliefern will, dessen Produkt muss allerdings von der WHO ›präqualifiziert‹ sein, also so etwas wie ein Gütesiegel in Bezug auf Sicherheit und Wirksamkeit des Produktes vorweisen. Zwei deutsche Firmen – Bayer und HELM Medical – gehören zu den großen Beliefernden vom UNFPA. 2013 konnte Bayer den UNFPA-Marktanteil noch einmal deutlich steigern und lag nun bei ca. 59 Mio. US-Dollar oder 16 Prozent der gesamten UNFPA-Einkäufe (vgl. UNFPA 2013b). Vor allem der entwicklungspolitische Markt für Implantate war in den vorhergehenden Jahren geradezu explodiert. Investierten die acht größten ›Geber‹ 2006 lediglich knapp über 7 Mio. US-Dollar in Implantate, waren es 2012 mehr als zehnmals so viel (vgl. UNFPA 2013a: 41). Bis 2020 wurden die Ausgaben für Implantate nach UNFPA weiter auf 91 Mio. US-Dollar erhöht. Die Ausgaben der ›Geber‹ für Implantate machten damit 48 Prozent aller Verhütungsmittelausgaben aus (vgl. UNFPA 2021). Der neomalthusianische Rollback und die erneute Konzentration auf einen Ansatz, der für die 1960er Jahre schon einmal als ›kontrazeptive Überschwemmung‹ kritisiert wurde, scheinen hier Hand in Hand zu gehen mit den Vermarktungsinteressen der Pharmakonzerne (vgl. Warwick 1982).

Implantate für die Armen

Doch was hat es nun mit dem Implantat auf sich, das so im Fokus der Vermarktung steht und in der konzertierten Aktion von Bayer HealthCare, der Bill & Melinda Gates Foundation und diversen nationalen ›Gebern‹ unter dem Namen Jadelle verbreitet wird? Jadelle, auch bekannt unter dem klinischen Namen Norplant II, wurde vom bevölkerungspolitischen Think Tank in den USA, dem Population Council, entwickelt und ermöglicht einen Empfängnisverhütungsschutz von bis zu fünf Jahren. Der Wirkstoff, das Hormon Levonorgestrel, ist identisch zu dem Vorgängerprodukt Norplant I, das bereits in den 1980er Jahren getestet und in der Folge über die EZ verbreitet wurde (vgl. Bock von Wülfigen 2001). Der einzige Unterschied: Statt sechs werden bei Jadelle nur zwei mit dem Hormon gefüllte Silikonröhrchen mittels chirurgischen Eingriffs unter die Haut der inneren Seite des Oberarms eingeführt. Jadelle wird deswegen als einfacher einzuführen und zu entfernen, aber als genauso effektiv wie Norplant I angepriesen. Allerdings führte der Population Council selbst an, dass es in Studien bei 7,5 Prozent der Nutzerinnen zu Problemen bei der Entfernung kam, da sich das Gewebe um die Silikonstäbchen

vernarbte oder sie im Körper wanderten (vgl. Sivin u.a. 2002: 15).¹¹ Auch ist die Abbruchquote hoch, was mit beträchtlichen Nebenwirkungen in Verbindung steht: Hauseigene Studien des Population Council zeigten, dass sich innerhalb von drei Jahren knapp 30 Prozent der Nutzerinnen aufgrund unregelmäßiger (also zu starker und häufiger oder ausbleibender) Blutungen, Kopfschmerzen, Depressionen, Gewichtszunahme, Haarausfall, Akne u.a. das Implantat entfernen ließen (vgl. Population Council 2013). Während Norplant I im Rahmen einer international vernetzten Frauengesundheitsbewegung beobachtet wurde und es weltweit zu Protestkampagnen kam, die Norplant als Inbegriff eines technischen Machbarkeitswahns der Bevölkerungsprogramme ablehnten, geschah die Durchsetzung der neuen Methode heute im Stillen. Vergessen schien auch zu sein, dass Ende der 1990er Jahre etwa 36 000 Klägerinnen in den USA von der damaligen Lizenzinhaberin von Norplant, dem Pharmaunternehmen Wyeth Ayerst, mit über 50 Mio. US-Dollar entschädigt wurden (vgl. Bendix/Schultz 2013).

Die interviewte GIZ-Vertreter*in beschrieb das Implantat dennoch als »nebenwirkungsarm«. Hohe Abbruchquoten wurden in den Interviews nur insofern problematisiert, als sie das Präparat zu teuer machten und ein Hinweis darauf seien, dass Implantate als kostenlos angebotene Methode nicht adäquat für langfristige Zwecke verwendet würden. Dass die Nebenwirkungen heruntergespielt werden müssen, wird auch in den Hauptargumenten für den entwicklungspolitischen Einsatz der Implantate deutlich. Sie gelten unseren Interviewpartner*innen zufolge gerade für ländliche und vom Gesundheitssystem nicht erreichte Gegenden für angemessen, da sie den Empfänger*innen einen regelmäßigen Kontakt zu Gesundheitsposten ersparten. Wie gerade diese Nutzer*innen allerdings jederzeit Zugang zu einer Operation für die Entfernung der Silikon-Stäbchen bekommen sollen, wird weniger problematisiert. Auf dem deutschen Markt ist Jadelle demgegenüber nicht erhältlich und auch nicht zugelassen.

Wie lief das Jadelle Access Program nun organisatorisch an? »Geber«-Organisationen wie UNFPA, USAID oder die KfW, aber auch nationale

11 Die Logistik des Herausoperierens wurde auch von der für die Implantatkampagne verantwortlichen Expertin der Gates Foundation für problematisch erklärt. Maryjane Lacoste gab an, dass es in den Fokussländern der FP2020-Kampagne bis 2018 mehr als doppelt so viele medizinische Dienste zum Herausoperieren brauchen würde, als 2015 zur Verfügung standen (vgl. Christofield/Lacoste 2016: 366).

Gesundheitsministerien und NGOs können Jadelle seit Beginn der FP2020-Initiative und dann auch in der FP2030-Initiative zu einem stark gesenkten Preis (zu Beginn von 8,50 US-Dollar pro Implantat) erwerben.¹² Die Jadelle-Initiative ist so auch im Kontext eines Preiskampfes zu verstehen. Die Einführung und globale Vermarktung eines Konkurrenzproduktes, Sino-Implant (II) von Shanghai Dahua Pharmaceuticals, hatte den Implantatmarkt der zweiten Generation geändert. Sino-Implant war auf vier Jahre Empfängnisverhütung ausgerichtet und kostete nur 8 US-Dollar. Mit der Preisreduzierung von Jadelle zogen Bayer HealthCare nun nach und machten ihr Produkt auf der Grundlage der umfangreichen Abnahmegarantien wettbewerbsfähig. Die Jadelle Access Initiative finanziert zudem Trainingsmaterialien und die Schulung von Mitarbeiter*innen des Gesundheitssystems oder auch von schnell angelernten Hilfskräften. Im Interview erklärte Bayer HealthCare, mobile Kliniken würden eingesetzt, um die Kapazitäten, Implantate anzubieten, deutlich zu erhöhen. 2013, im ersten Jahr des Programms, konnte Bayer HealthCare somit 3 Mio. Implantate zur Verfügung stellen (vgl. Bayer AG 2014: 63) und verdoppelte dafür seine Produktionskapazitäten (vgl. Bayer HealthCare o.D.: 16). Inzwischen erklärte Bayer, die Zielmarke sei nun auf 100 Mio. Implantatnutzer*innen bis 2030 erhöht worden (vgl. Bayer AG 2022). Schon vor Anlaufen des Jadelle Access Program bekam Bayer Unterstützung von der deutschen EZ: Die KfW finanzierte in Äthiopien zwischen 2003 und 2007 den Ankauf von 45 000 Jadelle-Implantaten für das Gesundheitsministerium (vgl. KfW 2012). In Kenia unterstützte die KfW die ›testweise‹ Verbreitung von 25 000 ›Familienplanungs-Gutscheinen‹, die nur gegen langfristige Methoden, nämlich Jadelle-Implantate, die Spirale oder Sterilisationen, eingelöst werden konnten (vgl. Ndungu 2011). Und in einem Handbuch für Jugendaufklärung in Simbabwe nannte die GIZ auch nur Jadelle als Beispiel für Implantate (vgl. GIZ 2012).

Pillen für die Mittelschichtsmärkte

Die EZ beteiligt sich nicht nur am Aufbau von Verhütungsmittelmärkten und der Förderung bestimmter Pharmakonzerne über die direkte Verbreitung kostenloser Verhütungsmittel, sondern auch über *social marketing* sowie den

12 Bayer verlängerte diese Preisreduktion 2016 auf die Zeit bis 2023 (vgl. Bayer Healthcare 2016).

Aufbau von leicht subventionierten Märkten für die Mittelschichten. In Kooperation mit der USAID hat Bayer HealthCare 2009 eine weitere öffentlich-private Zusammenarbeit, die Contraceptive Security Initiative (CSI), ins Leben gerufen, um orale Kontrazeptiva in elf afrikanischen Ländern für die »sich in diesen Ländern bildende Mittelschicht« (Bayer AG 2012: 15) im privaten Markt zu etablieren. So ist etwa die Pille Microgynon Fe als vergünstigtes Originalpräparat seit 2010 in Äthiopien und mittlerweile auch in anderen Ländern zu haben.

Die CSI stellt nach Bayer HealthCare »einen neuen strategischen Ansatz und einen innovativen Weg zur Erschließung der Märkte in Entwicklungsländern dar« (Bayer HealthCare 2011). Es handele sich um eine »unterstützte Marktintervention, um Kunden auf der Wertschöpfungskette nach oben zu befördern« (Brill/von Gilardi 2011: 5). 2011 stellte das Unternehmen 119 Mio. Zyklen vergünstigter oraler Kontrazeptiva zur Verfügung, mit denen 10 Mio. Frauen ein Jahr lang verhüten können (vgl. BUKO-Pharma-Kampagne 2014: 40). 2013 waren es schon 130 Mio. Packungen (vgl. Bayer AG 2014: 63). In Äthiopien läuft die CSI für Bayer besonders gut: Vor der Initiative hat das Unternehmen jährlich 4 000 Packungen Microgynon verkauft; inzwischen sind es zu einem billigeren Preis Bayer zufolge 100 000 Packungen. In den anderen Ländern ist der Sprung nicht ganz so dramatisch, aber dennoch nach Aussage von Bayer signifikant. Der CSI gehe es explizit darum, nicht nur eine Versorgungslücke zu schließen, sondern »Kundinnen, die für ihre reproduktiven Gesundheitsdienstleistungen mehr zahlen können, dazu zu bringen auf diese Produkte umzusteigen« (Brill/von Gilardi 2011: 4). Die BUKO-Pharma-Kampagne wertet die CSI entsprechend auch als »Marketinginstrument, um Bayers Position als Weltmarktführer für orale Kontrazeptiva und auch die Marktstellung im Bereich Frauengesundheit zu verteidigen« (BUKO-Pharma-Kampagne 2014: 40). Die CSI ist ein weiterer Schritt in Bayers Anstrengungen, sich kontrazeptive Zukunftsmärkte im Globalen Süden zu sichern. Der letzte Schritt ist es dann, Kundinnen an die Spitze der Wertschöpfungskette zu bringen, wo sie Produkte des »1st Tier« erwerben. Hier wurden zum Zeitpunkt unserer Untersuchung vor allem drospirenonhaltige Pillen, so genannte »Verhütungsmittel der dritten Generation« vermarktet, die bei gleicher Wirksamkeit profitabler für Bayer, aber gesundheitlich bedenklicher sind als die älteren Mittel der zweiten Generation. In Brasilien waren so die oralen Kontrazeptiva Aida, Yaz, Yasmin, Yasminelle, Diane 35 von Bayer auf dem Markt zu finden (vgl. BUKO-Pharma-Kampagne 2012). Diese wurden teilweise auch feilgeboten mit Verweis auf ihre angeblichen Wirkungen auf das

Aussehen der Nutzer*innen: »Frauen werden durch Schönheitstipps im Internet und kostenlose Handy-Apps mit der Marke Bayer vertraut gemacht« (BUKO-Pharma-Kampagne 2012: 45). In Indien bewarb Bayer besonders in privaten Kliniken die Pillen Yasmin und Diane 35. Letztere durfte zu diesem Zeitpunkt bereits fast zwei Jahrzehnten lang in Deutschland nicht mehr vertrieben werden, weil der Verdacht auf die Verursachung von Lebertumoren bestand. Zudem wird – wie bei der Verwendung von Yasmin – vor einem erhöhten Thromboserisiko gewarnt (vgl. BUKO-Pharma-Kampagne 2012: 22).

... und weitere Konkurrenzen um Kontrazeptivamärkte

Neben Implantaten und oralen Kontrazeptiva waren deutsche Unternehmen zum Zeitpunkt unserer Untersuchung im ›Hilfsgeschäft‹ noch mit Einmonatsspritzen (Norignyn von Bayer), mit Kupferspiralen (Helm Medical), mit Kondomen (Helm Medical) und mit der in vielen Ländern besonders verbreiteten Dreimonatsspritze vertreten. In letzterem Markt ist das Pharmaunternehmen Pfizer mit seinem Produkt Depo-Provera deutlich führend. Bayer HealthCare bot das Konkurrenzprodukt Noristerat Familienplanungsprogrammen an (im Jahr 2013 9,2 Mio. Injektionen) (vgl. Bayer AG 2014: 63). Eine Mitarbeiter*in von Helm Medical berichtete, dass die beiden deutschen Unternehmen Fresenius und Helm Medical fünf Jahre vorher mit ihrem Generikum, der Dreimonatsspritze Fresenius-Petogen, fast so einen großen Marktanteil wie Pfizer besaßen. Allerdings änderte sich dies schlagartig, als eine WHO-Präqualifikation Bedingung für die Belieferung an den UNFPA und Fresenius-Petogen von der Lieferliste gestrichen wurde (vgl. UNFPA 2012, 2013b). Gleichzeitig stieg das Volumen der beiden anderen Lieferant*innen Pfizer und Bayer deutlich an. Helm Medical zufolge hatten die Produzent*innen der Originalprodukte Lobbyarbeit betrieben, um die WHO-Qualifikation verbindlich zu machen und Generika-Hersteller*innen aus dem Markt zu drängen, da sie durch kostspielige Studien hätten nachweisen müssen, dass ihre Produkte genau die gleiche Wirkung hatten. Bayer HealthCare zählte zudem auch auf die Kooperation mit der DSW, um die Öffentlichkeit für Verhütungsmittelangebote zu begeistern, so etwa beim jährlichen ›Weltverhütungstag‹, bei dem die DSW und weitere NGOs sich mit wissenschaftlichen und medizinischen Organisationen austauschten – von Bayer HealthCare finanziell und organisatorisch gefördert (vgl. BUKO-Pharma-Kampagne 2014: 40). Beispielhaft war ein Gemeinschaftsprojekt von Bayer und der DSW, in dem Jugendliche in Kenia und Uganda über

Sexualität, reproduktive Gesundheit und Verhütung informiert wurden (vgl. DSW 2015b). Im Young Adolescents Project (YAP) fuhren Mitarbeiter*innen mit einem ›Youth Truck‹ durchs Land, der das Logo von Bayer trug. Auch so können zukünftige Käufer*innen an eine Marke gebunden werden. Die KfW, deren Vorstandsvorsitzender Norbert Cloppenburg lächelnd die Webseite von Bayer schmückt (vgl. Bayer HealthCare 2015a, 2015b), plante zum Zeitpunkt unserer Interviews, direkter in eine solche Projektkooperation mit Bayer und der DSW in Kenia einzusteigen.

Neomalthusianismus und Pharmamärkte: Interessenkoalition ohne Gegenwind

Das BMZ machte 2013 also mit Bevölkerungsdynamik als Querschnittsthema explizit, was sich seit einigen Jahren auch auf internationaler Ebene bereits angedeutet hatte: 20 Jahre nach der UN-Konferenz von Kairo war es nicht mehr nötig, nur verhalten über willkommene bevölkerungspolitische Synergieeffekte von Maßnahmen im Bereich reproduktiver Rechte und Gesundheit zu sprechen. Entwicklungspolitik konnte von nun an wieder offen krusche nationalökonomische Modernisierungskonzepte propagieren, wirtschaftliche Konjunkturen aus Alterszusammensetzungen erklären und damit an eine Kontinuität neomalthusianischen Denkens anknüpfen, die sich im Kern dadurch auszeichnet, globale kapitalistische Ungleichheitsverhältnisse systematisch zu de/thematisieren. Hintergrund dieser neuen Unverfrorenheit war auch eine Demografisierung des Politischen, innerhalb derer die Verwaltung des nationalen Humankapitals sowieso wieder zur selbstverständlichen Aufgabe jeden Nationalstaates erklärt wurde. Die Konzepte der Bevölkerungsdynamik und demografischen Dividende erlauben es nun, nicht nur zwischen zu viel oder zu wenig, sondern explizit auch zwischen erwünschten und unerwünschten Bevölkerungsgruppen zu unterscheiden, nicht nur in Bezug auf die als produktiv oder unproduktiv interpretierten Generationen, sondern auch völlig selbstverständlich in Bezug auf erwünschte und unerwünschte Migrant*innen. Im Kontext dieses Rollbacks gilt auch Verhütung, insbesondere für afrikanische Länder, wieder als technologische Lösung ökonomischer Probleme. Unterm Strich bleibt es damit bei einem rassistischen Blick auf diejenigen, deren Kinder als überflüssig erachtet werden und deren reproduktive Rechte immer einseitig nur in Richtung eines Rechts auf Verhütung ausformuliert werden, nicht aber in Richtung eines Rechts, sich

für Kinder entscheiden zu können. Dass es heute gerade die Hormonimplantate mit ihren beträchtlichen Nebenwirkungen und geringer Kontrolle durch die Nutzer*innen sind, deren Vertrieb in bestimmten afrikanischen Ländern innerhalb weniger Jahre vervielfacht wurde, ist unseres Erachtens bemerkenswert.¹³ Erfolgskriterien der EZ-Programme sind ganz offensichtlich möglichst viele ›Paar-Verhütungsjahre‹ oder möglichst viele Nutzer*innen moderner Kontrazeptiva, und nicht eine Achtung spezifischer Bedürfnisse, Gesundheitsbelange und Verhütungskulturen. Die Art der Verbreitung von Implantaten deutet zudem auf ein mit Vermarktungsstrategien gepaartes Interesse an bevölkerungspolitischer Effektivität hin. Das bevölkerungspolitische Rollback bereitet Pharmaunternehmen ein günstiges Klima, um Kontrazeptivmärkte auch dort ausweiten zu können, wo sie bisher als unrentabel galten. Die Budgets der Bevölkerungsprogramme fließen sowohl in langfristige Abkaufgarantien als auch in diversifizierte Strategien der Markteroberung von Subventionierung über Marketing bis Schulungen. Ausgebaut und verfeinert werden die Kooperationen im Rahmen verschiedener Modelle der Public Private Partnerships, die auf einer zunehmend engeren Kooperation zwischen philanthrokapitalistischen Stiftungen, NGOs, Firmen und EZ-Institutionen beruhen.¹⁴ Die Bundesregierung ist im internationalen Vergleich zwar im quantitativen Sinne kein Big Player der Verhütungsmittelverbreitung und hält sich in mancher Hinsicht (etwa indem sie am Konzept integrierter reproduktiver Gesundheit festhält) mehr zurück als etwa die britische oder die US-Regierung. Konzeptuell zeugte aber die Ansage des BMZ, europäischer Vorreiter in Sachen Bevölkerungsdynamik zu sein, sowie die Nähe zu Think Tanks wie der DSW und Unternehmen wie Bayer HealthCare, dass sie diese Entwicklungen mit vorangetrieben hat (vgl. z.B. Deutscher Bundestag 2015).

Mit zu dieser Gemengelage trug das Ausbleiben kritischer Debatten bei – ganz im Unterschied zu den 1980er und 1990er Jahren, während derer sich international vernetzte Frauengesundheits- und Menschenrechtsbewegungen mit der Beobachtung antinatalistischer Programme befassten und auch die Verhütungsmittelforschung und -verbreitung in den Blick nahmen (vgl. Schultz 2006). Bis heute fehlt eine kritische Forschung dazu, welche

13 Vgl. zu Malawi, Tansania, Äthiopien und Ruanda Jacobstein/Stanley 2013.

14 Vgl. zum Einfluss philanthrokapitalistischer Entwicklungen auf globale Gesundheitspolitik Birn/Richter 2018; und zur Gates-Foundation im Kontext der Covid-19-Pandemie Wulf 2020.

Ungleichgewichte sich in der EZ zwischen Investitionen in Familienplanung und davon abgekoppelter Basisgesundheitsversorgung entwickeln und wie sich die Etats zu reproduktiver Gesundheit ausgestalten. Im Unterschied zu anderen sozialwissenschaftlich und journalistisch wesentlich stärker bearbeiteten Themen rund um moderne Reproduktions- und Biotechnologien bleiben brisanten Fragen rund um Verhütungs- und Sterilisationstechnologien weitgehend unbearbeitet. Seit Mitte der 2010er Jahre gibt es allerdings eine Reihe politischer Initiativen, die sich mit den problematischen Auswirkungen des Fokus auf Langzeitverhütung kritisch befassen. Schon 2013 gab es Proteste gegen die Gesundheitsrisiken durch Jadelle in Neuseeland, wo viele Frauen sich über erhebliche Komplikationen beschwerten und eine intensive medizinische Versorgung einforderten (vgl. McKee/Lawrence 2013). In den USA begannen das SisterSong Women of Color Reproductive Justice Collective und das National Women's Health Network 2016 damit, die Langzeitverhütungsprogramme zu monitoren (vgl. SisterSong/NWHN 2016). In Südafrika deckten Aktivist*innen Probleme mit dem Merck-Implantat Implanon auf (vgl. Skosana 2015). In Indien wandte sich 2015 eine breite Koalition von Gruppen gegen die Einführung von Depo-Provera im nationalen Familienplanungsprogramm (vgl. Abhiyan u.a. 2015). In Brasilien protestierte 2021 ein Bündnis von feministischen Gruppen gegen die Anordnung Portaria 13/2021 des Gesundheitsministeriums, Implantate u.a. bei obdachlosen Frauen, HIV/AIDS- und Tuberkulosepatient*innen, Frauen in Gefängnissen und Sexarbeiter*innen« anzuwenden (vgl. Coletivo Margarida Alves 2021). Zudem gibt es eine Reihe von journalistischen Recherchen und wissenschaftlichen Arbeiten, die inzwischen dokumentiert haben, welche repressiven Strategien und Einschränkungen ihrer reproduktiven Selbstbestimmung Frauen in denjenigen subsaharischen afrikanischen Ländern durchmachen müssen, die im Fokus der Implantat-Kampagnen stehen. Deutlich wird in diesen Recherchen, dass die Möglichkeiten, sich das Implantat auf Wunsch wieder entfernen zu lassen, oftmals nicht gegeben sind, und dass die quantitativen Zielsetzungen meistens Vorrang haben vor der Gesundheit und reproduktiven Selbstbestimmung der Betroffenen (vgl. Senderowicz 2019; Peters/Pilon 2020; Britton u.a. 2021).

Literatur

- Abhiyan, Jan Swasthya/Sama (Sama Resource Group for Women and Health)/Action India/Saheli u.a. 2015: A Statement Protesting the Approval to Introduce Injectable Contraceptives in the National Family Planning Programme, 22.9.2015, <https://kafila.online/> (Zugriff: 10.3.2022).
- Angenendt, Steffen/Silvia Popp 2014: Bevölkerungswachstum, Fertilität und Kinderwunsch. Herausforderungen für die Entwicklungszusammenarbeit am Beispiel Subsahara-Afrikas, in: SWP-Studie, 20/2014, Berlin: SWP.
- Barlösius, Eva 2007: Die Demographisierung des Gesellschaftlichen. Zur Bedeutung der Repräsentationspraxis, in: dies./Daniela Schiek (Hg.): Demographisierung des Gesellschaftlichen, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 9-32.
- Bhatia, Rajani/Jade S. Sasser/Diana Ojeda/Anne Hendrixson/Sarojini Nadimpally/Ellen E. Foley 2020: A Feminist Exploration of »Populationism«. Engaging Contemporary Forms of Population Control, in: Gender, Place & Culture 27(3): 333-350.
- Bayer AG 2012: Nachhaltigkeit bei Bayer. Auf einen Blick, Leverkusen: Bayer.
- Bayer AG 2014: Annual Report 2013 – Augmented Version, Leverkusen: Bayer.
- Bayer AG 2022: Improving Livelihoods Through Family Planning. Empowering Women, Globally, Leverkusen: Bayer.
- Bayer HealthCare 2011: Wir kooperieren mit USAID, um einen nachhaltigen Markt für Verhütungsmittel in Afrika zu schaffen, http://www.bayerhealthcarepharmaceuticals.com/de/presse/im_fokus/contraceptive_security_initiative.php (Zugriff: 18.2.2015).
- Bayer HealthCare 2015a: Societal Dialog, <http://www.bayerpharma.com> (Zugriff: 25.1.2015).
- Bayer HealthCare 2015b: Familienplanung für eine nachhaltige Entwicklung, <http://www.bayerpharma.com> (Zugriff: 25.1.2015).
- Bayer HealthCare 2016: Bayer Halves the Price of its Contraceptive Implant Jadelle for Women in Developing Countries, Pressemitteilung, 8.1.2016, <https://www.pharmacytimes.com/> (Zugriff: 11.4.2022).
- Bayer HealthCare (o.D.): Helping Effectively, Together with Strong Partners, https://www.bayer.com/sites/default/files/Screen_Bayer_CSR_broschuere_EN.pdf (Zugriff: 10.3.2022).
- Bendix, Daniel 2016: From Fighting Underpopulation to Curbing Population Growth: Tracing Colonial Power in German Development Interventions in Tanzania, in: Postcolonial Studies 18(4): 53-70.

- Bendix, Daniel/Susanne Schultz 2013: Implantierte Verhütung, in: Gen-ethischer Informationsdienst 2013(217): 17-19.
- Bendix, Daniel/Susanne Schultz 2015: Bevölkerungspolitik reloaded. Zwischen BMZ und Bayer, in: Peripherie 35(140): 447-468.
- Bernhold, Christin 2014: Die ›neue‹ Afrika-Politik der BRD. ›Chancenkontinent‹ deutscher Wirtschafts- und Machtpolitik, in: Informationsstelle Militarisierung, 2014(3), 9-14.
- Birn, Anne-Emmanuelle/Judith Richter 2018: US Philanthrocapitalism and the Global Health Agenda: The Rockefeller and Gates Foundations, Past and Present, in: Howard Waitzkin/Working Group for Health Beyond Capitalism (Hg.): Health Care under the Knife: Moving Beyond Capitalism for our Health, New York: Monthly Review Press, 155-174.
- Bloom, David/David Canning/Jaypee Sevilla 2003: The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change, Santa Monica: RAND Corporation.
- BMZ (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) 2008: Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte, Bevölkerungsdynamik, BMZ-Spezial 148, Bonn: BMZ.
- BMZ 2012: Building a Healthy Rwanda. 35 Years of Rwandan-German Cooperation in Health, Bonn: BMZ.
- BMZ 2013: Bevölkerungsdynamik in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. BMZ-Strategiepapier, Bonn: BMZ.
- BMZ 2015: 13th International Dialogue on Population and Sustainable Development, <https://health.bmz.de/events/13th-international-dialogue-on-population-and-sustainable-development/> (Zugriff: 10.3.2022).
- Bock von Wülfigen, Bettina 2001: Verhüten – überflüssig. Medizin und Fortpflanzungskontrolle am Beispiel Norplant, Mössingen-Talheim: Talheimer.
- Brill, Klaus/Ulrike von Gilardi 2011: 2nd Tier Marketing Project: Ethiopia (Bayer-USAID Contraceptive Security Initiative). Präsentation beim Annual Membership Meeting Reproductive Health Supplies Coalition, Addis Abeba, 24.6.2011, <https://www.rhsupplies.org/> (Zugriff: 10.3.2022).
- Britton, Laura/Caitlin R. Williams/Dickens Onyango/Deborah Wambua/Katherine Tumlinson 2021: ›When It Comes to Time of Removal, Nothing Is Straightforward‹. A Qualitative Study of Experiences with Barriers to Removal of Long-Acting Reversible Contraception in Western Kenya, in: Contraception: X, 22.3.2021, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov> (Zugriff: 11.4.2022).

- BUKO-Pharma-Kampagne 2012: Auf Kosten der Armen? Untersuchung des Geschäftsverhaltens von Boehringer Ingelheim, Bayer und Baxter in Brasilien, *Pharma-Brief Spezial* 3/2012.
- BUKO-Pharma-Kampagne 2014: Arm und Vergessen. Untersuchung des Geschäftsverhaltens von Boehringer Ingelheim, Bayer und Baxter in Uganda, *Pharma-Brief Spezial* 1/2014.
- Cassen, Robert 1994: Population and Development: Old Debates New Conclusions, in: ders. (Hg.): *Population and Development. Old Debates, New Conclusions*. Washington D.C.: Transaction Publishers, 1-26.
- Christofield, Megan/Maryjane Lacoste 2016: Accessible Contraceptive Implant Removal Services. An Essential Element of Quality Service Delivery and Scale-Up, in: *Global Health: Science and Practice* 4(3): 366-72.
- Coletivo Margarida Alves 2021: Feministische Protesterklärung zur Portaria 13/2021 des Gesundheitsministeriums, <https://coletivomargaridaalves.org/wp-content/uploads/2021/06/NOTA-Implante-PL-e-Nascituro-Assina-da.pdf> (Zugriff: 10.3.2022).
- Demeny, Paul 1988: Social Science and Population Policy, in: *Population and Development Review* 14(3): 451-479.
- Deutscher Bundestag 2015: Antwort des parlamentarischen Staatssekretärs des BMZ auf Frage von Bündnis 90/Grüne, <https://dserver.bundestag.de/btd/18/051/1805161.pdf> (Zugriff: 10.3.2022).
- DGDA (Dalberg Global Development Advisors)/RHSC (Reproductive Health Supplies Coalition) 2014: *Market Shaping for Family Planning. An Analysis of Current Activities and Future Opportunities to Improve the Effectiveness of Family Planning Markets*, Brüssel: RHSC.
- DSW (Deutsche Stiftung Weltbevölkerung) 2015a: Jahresbericht 2014/2015, <http://www.weltbevoelkerung.de/> (Zugriff: 6.6.2016).
- DSW 2015b: Young Adolescents Project Kenya, <http://www.weltbevoelkerung.de> (Zugriff: 25.1.2015).
- DW (Deutsche Welle) 2014: Start der umstrittenen Volkszählung in Myanmar, Meldung vom 30.3.2014, <https://www.dw.com/de/start-der-umstrittenen-volkszaehlung-in-myanmar/a-17530865> (Zugriff: 13.3.2022).
- Family Planning 2020: Germany. Family Planning 2030, fp2030.org/germany (Zugriff: 13.3.2022).
- Foucault, Michel 1987: Das Subjekt und die Macht, in: Hubert Dreyfus/Paul Rabinow (Hg.): *Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik*, Frankfurt/M: Athenäum, 243-261.

- GIZ (Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit) 2012: Join in Circuit Facilitator Manual Zimbabwe. GIZ Office Harare für das BMZ, Harare: GIZ.
- GIZ 2013: Triple Win. Verantwortliche Fachkräftesicherung, Bonn: GIZ.
- GIZ 2018: Bevölkerungsdynamik in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Handbuch, Bonn: GIZ.
- GIZ 2022: Nachhaltig ausgerichtete Gewinnung von Pflegekräften (Triple Win), Projektkurzbeschreibung, <https://www.giz.de/de/weltweit/41533.html> (Zugriff: 7.3.2022).
- GIZ/KfW (Kreditanstalt für Wiederaufbau) 2012: Building a Healthy Rwanda. 35 Years of Rwandan-German Cooperation in Health, Bonn: GIZ.
- Global Market Insights 2020: Contraceptives Market Report 2020, <https://www.gminsights.com/industry-analysis/contraceptives-market-report> (Zugriff: 21.3.2022).
- Haefliger, Markus M. 2011: Zukunftsglauben als zuverlässigstes Verhütungsmittel, in: Neue Zürcher Zeitung, 30.12.2011, <https://www.nzz.ch> (Zugriff: 10.3.2022).
- Hartmann, Betsy 1995: Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control, Boston: South End Press.
- Hendrixson, Anne 2007: What's Wrong with the 'Demographic Dividend' Concept?, in: PopDiv Different Takes Paper Series, 44(Spring 2007), Hampshire College, Amherst: PopDev.
- Hendrixson, Anne 2019: Population Control in the in the Troubled Present: The '120 by 20' Target and Implant Access Program, in: Development and Change 50(3): 786-804.
- Jacobstein, Roy/Harriet Stanley 2013: Contraceptive Implants. Providing Better Choice to Meet Growing Family Planning Demand, in: Global Health Science and Practice, 1(1): 11-17.
- KfW (Kreditanstalt für Wiederaufbau) 2012: Ex Post-Evaluierung: Kurzbericht Äthiopien: Familienplanung und HIV-Prävention I und II, <https://www.kfw-entwicklungsbank.de> (Zugriff: 10.3.2022).
- Knap, Horand 2011: Milliarden-Kontinent Afrika: Musterland Ruanda bekämpft die Überbevölkerung, in: Spiegel 31.10.2011, <https://www.spiegel.de/> (Zugriff: 10.3.2022).
- McKee, Hannah/Kirsty Lawrence 2013: Device's Side Effects Are Users' Health Nightmare, in: The New Zealand Herald, 22.9.2013, <https://www.nzherald.co.nz/> (Zugriff: 10.3.2022).

- Ndungu, Nancy 2011: Gezahlt wird später, in: E+Z. Entwicklung und Zusammenarbeit 5(210), <https://www.dandc.eu/> (Zugriff: 10.3.2022).
- Parnreiter, Christof 2011: Bevölkerungswachstum und wirtschaftliche Entwicklung. Ein kausales Verhältnis?, in: Karl Husa/ders./Helmut Wohlschlägl (Hg.): Weltbevölkerung. Zu viele, zu wenige, schlecht verteilt? Wien: Promedia, 191-201.
- Peters, Lisa/Marlies Pilon 2020: Reportage zu Familienplanung in Uganda in zwei Teilen, in: De Correspondent 6.3.2020 und 9.3.2020, [decorrespondent.nl](https://repro-gerechtigkeit.de/wp-content/uploads/2020/04/PetersPilon2020-Reportage-FP2020.pdf), ins Deutsche übersetzt: <https://repro-gerechtigkeit.de/wp-content/uploads/2020/04/PetersPilon2020-Reportage-FP2020.pdf> (Zugriff: 19.4.2022).
- Population Council 2013: Jaddle, <https://www.popcouncil.org> (Zugriff: 15.12.2013).
- PRWeb 2010: Global Contraceptives Market Is Projected to Reach US\$ 17.2 Billion by 2015, <https://www.globenewswire.com/news-release/2016/05/19/841462/0/en/Contraceptives-Market-size-to-exceed-33-Billion-by-2023-Global-Market-Insights-Inc.html> (Zugriff: 25.1.2015).
- Roberts, Dorothy 1997: Killing the Black Body. Race, Reproduction, and the Meaning of Liberty, New York: Vintage.
- Schultz, Susanne 2006: Hegemonie, Gouvernamentalität, Biomacht. Reproduktive Risiken und die Transformation internationaler Bevölkerungspolitik, Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Schultz, Susanne 2011: Antinatalismus postkolonial. Zur flexiblen Kontinuität internationaler Bevölkerungsprogramme, in: Karl Husa/Christof Parnreiter/Helmut Wohlschlägl (Hg.): Weltbevölkerung. Zu viele, zu wenige, schlecht verteilt? Wien: Promedia, 228-245.
- Schwenken, Helen 2013: Die Herstellung von Illegalität – Das Scheitern von Migrationskontrollen ist kein Zufall, <https://heimatkunde.boell.de> (Zugriff: 10.3.2022).
- Seebens, Holger 2012: Wird sich das Beschäftigungsproblem in Entwicklungsländern weiter verschärfen?, in: KfW Development Research, 6, 25. Oktober 2012, Publikationsarchiv, PDF: https://www.kfw-entwicklungsbank.de/Download-Center/PDF-Dokumente-Development-Research/2011_04_FE_Seebens-Quoda_D.pdf (Zugriff: 10.3.2022).
- Senderowicz, Leigh 2019: ›I Was Obligated to Accept‹: A Qualitative Exploration of Contraceptive Coercion, in: Social Science & Medicine, Oktober 2019, <https://www.sciencedirect.com> (Zugriff: 11.4.2022).

- SisterSong (SisterSong Women of Color Reproductive Justice Collective)/NWHN (National Women's Health Network) 2016: Long-Acting Reversible Contraception: Statement of Principles, <https://nwhn.org/wp-content/uploads/2017/02/LARCStatementofPrinciples.pdf> (Zugriff: 10.3.2022).
- Sivin, Irving/Harold Nash/Sandra Waldman 2002: Jadelle Levonorgestrel Rod Implants: A Summary of Scientific Data and Lessons Learned from Programmatic Experience, New York: Population Council.
- Skosana, Ina 2015: Birth Control Implant Needs a Shot in the Arm. Poor Training of Nurses May Have Led to Severe Reactions to a New Contraceptive Device, in: Mail & Guardian, 21.5.2015, <https://mg.co.za/> (Zugriff: 10.3.2022).
- Spectra Intelligence 2011: Global Market for Hormonal Contraceptives and Infertility Drugs, 2011-2018. Future Therapies for Birth Control and Reproductive Health, https://www.researchandmarkets.com/research/3f86f3/global_market_for (Zugriff: 25.1.2015).
- UBINIG 1990: Norplant: The Five Year Needle. An Investigation of the Norplant Trial in Bangladesh from the User's Perspective, in: Reproductive and Genetic Engineering: Journal of International Feminist Analysis 3(3): 1-21.
- UNFPA (United Nations Population Fund) 2012: Procurement Statistics, New York: UNFPA.
- UNFPA 2013a: Contraceptives and Condoms for Family Planning and STI/HIV Prevention. External Procurement Support Report 2012, New York: UNFPA.
- UNFPA 2013b: Procurement Statistics, New York: UNFPA.
- UNFPA 2013c: Sustainable Development and Population Dynamics: Placing People at the Centre, Statement by Anne Birgitte Albrechtsen, Deputy Executive Director at the Open Working Group on Sustainable Development Goals, 19. 6. 2013. New York: UNFPA.
- UNFPA 2013d: Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security. Annual Report 2013, New York: UNFPA.
- UNFPA 2014: Contraceptives and Condoms for Family Planning and STI/HIV Prevention: External Procurement Support Report 2013, New York: UNFPA.
- UNFPA 2021: Procurement Statistics 2020, New York: UNFPA.
- UNICEF 2013: Population Dynamics. International Migration, Children and Adolescents, UNICEF Migration, New York: UNICEF.

- Warwick, Donald P. 1982: *Bitter Pills. Population Policies and their Implementation in eight Developing Countries*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Wilson, Kalpana 2015: Towards a Radical Re-appropriation: Gender, Development and Neoliberal Feminism, in: *Development and Change* 46(4): 803-32.
- Wulf, Andreas 2020: Bill Gates und die WHO, nur ein Symptom, 20.6.2020, <https://www.medico.de/blog/nur-ein-symptom-17786> (Zugriff: 10.3.2022).
- Zizhu Pharmaceutical 2011: Contraceptive Market to 2016, http://www.zizhu-pharm.com/shownews.asp?news_id=8 (Zugriff: 10.3.2022).