GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

Männer forschen, Frauen schlucken. Moderne Empfängnisverhütung: Tor zur Emanzipation oder Waffe des Patriarchats

Nilsson, June

2001

https://doi.org/10.25595/4098

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Nilsson, June: *Männer forschen, Frauen schlucken. Moderne Empfängnisverhütung: Tor zur Emanzipation oder Waffe des Patriarchats*, in: Freiburger FrauenStudien : Zeitschrift für interdisziplinäre Frauenforschung, Jg. 7 (2001) Nr: 1, 149–168. DOI: https://doi.org/10.25595/4098.

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

June Nilsson

Männer forschen, Frauen schlucken. Moderne Empfängnisverhütung: Tor zur Emanzipation oder Waffe des Patriarchats?

Im Folgenden geht es um die moderne Empfängnisverhütung, um die Rahmenbedingungen, unter denen sie eingesetzt wird, und darum, wie die Art oder die Methode der Empfängnisverhütung das Geschlechterverhältnis widerspiegelt.

Als ich anfing, mich für diesen Artikel einzulesen, fiel mir auf, wie wenig das Thema Empfängnisverhütung eigentlich von feministischen Theoretikerinnen behandelt worden ist. Viel ist über Mutterschaft geschrieben worden, auch über Abtreibung, und seit 10-15 Jahren gibt es große Mengen an feministischer Literatur über die neuen Reproduktionstechnologien, die kinderlosen Frauen und Männer zu Nachwuchs verhelfen sollen. Unter den Feministinnen, die sich speziell mit Entwicklungspolitik beschäftigen, und zu denen ich selbst gehöre, ist das Thema Empfängnisverhütung sehr viel stärker präsent gewesen. Kritisiert wird hier vor allem die Ideologie der Bevölkerungskontrolle, aber auch die Methoden, mit denen sie durchgesetzt werden soll. Ich möchte an dieser Stelle anmerken, dass ich keineswegs gegen Empfängnisverhütung bin. Mir geht es im Folgenden darum, Phänomene, die häufig eher unreflektiert hingenommen werden, kritisch zu hinterfragen.

Der Artikel behandelt drei Themenkomplexe: Zunächst geht es um die Trennung von Sexualität und Mutterschaft, die mittels moderner Empfängnisverhütung möglich wird, und die Folgen, die diese Trennung für die Frauen hat. Danach gehe ich kurz auf die Geschichte der Empfängnisverhütung ein, auf die Methoden, die heute am häufigsten angewendet werden, und in welchem Zusammenhang dies alles mit dem Geschlechterverhältnis steht. Zuletzt wende ich mich der Empfängnisverhütung und der Bevölkerungspolitik in der sogenannten 'Dritten Welt'[1] zu.

Trennung von Sexualität und Mutterschaft: Die Zwänge der Emanzipation

Gemeinhin wird der Unterschied zwischen den Geschlechtern vor allem an der Gebärfähigkeit der Frau festgemacht. Viele Feministinnen (wie z.B. Simone de Beauvoir[2] oder Shulamith Firestone[3]), vor allem die sogenannten 'first wave'-Feministinnen, sahen in der Gebärfähigkeit auch die Ursache der gesellschaftlichen Benachteiligung der Frau. Die Einschränkung der Gebärfähigkeit wurde daher als Strategie propagiert, um die Unterdrückung der Frau aufzuheben. In der von ihr beschriebenen gesellschaftlichen Alternative spricht Shulamith Firestone von der „(...) Befreiung der Frauen von der Tyrannei der Fortpflanzung durch jedes nur mögliche Mittel (...)"[4]. Andere Feministinnen beurteilen die Lage jedoch ganz anders. Zum Beispiel ist für Maria Mies die Gebärfähigkeit der Frau eine Stärke, da der Frauenkörper selbst produktiv ist und die Frau dadurch ein enges Verhältnis zur Natur hat. Dem Mann hingegen fehlt die Verbundenheit zur Natur, denn er kann nur durch ein Medium produktiv sein, d.h. mit Hilfe von Werkzeugen und Technologie. Die Natur muss daher vom Mann kontrolliert und beherrscht werden – und da die Gebärfähigkeit der Frau sie zum Teil der Natur macht – unterliegt auch sie der Beherrschung durch den Mann.[5]

Gleichgültig, wie man zu dieser Debatte steht, unbestritten dürfte sein, dass eine effektive Empfängnisverhütung Frauen neue Wahlmöglichkeiten in ihren Lebensentwürfen gibt. Grundlegend ist die Möglichkeit der Frau, unter Verwendung empfängnisverhütender Mittel Sexualität auszuleben, ohne unbedingt Mutter werden zu müssen. Dadurch ergibt sich eine bisher ungekannte Planbarkeit der Mutterschaft: Die Frau entscheidet selbst, ob, wann und wie viele Kinder sie bekommen möchte. Diese Planbarkeit ermöglicht es ihr, auch andere gesellschaftliche Rollen als die der Mutter anzunehmen, sie kann eine Ausbildung machen und einen Beruf ausüben. Und – dies ist das Entscheidende – sie kann das alles, ohne auf Sexualität verzichten zu müssen. Das emanzipatorische Potenzial der Empfängnisverhütung wird auch dann deutlich, wenn man sich die Veränderungen des Geschlechterverhältnisses vor Augen führt. Denn in vielen westlichen Gesellschaften hat diese neue Entscheidungsfreiheit der Frau zur Folge gehabt, die Abhängigkeit der Frau vom Mann, vor allem die wirtschaftliche, entscheidend zu vermindern.

So positiv diese Entwicklungen sind, sie bringen auch neue Konfliktfelder mit sich. Die Möglichkeit, Mutterschaft mit Ausbildung und Beruf vereinbaren zu können, wirft in der Realität das Problem auf, wie dies zu vollbringen sei. Es existiert, salopp gesagt, der Anspruch, 'alles unter einen Hut zu kriegen.'[6]

Damit einher geht die Frage nach dem richtigen Zeitpunkt für ein Kind: Es sollte nicht zu früh kommen, also nicht bevor die Ausbildung abgeschlossen ist oder bevor die Frau sich im Beruf gefestigt hat. Aber das Kind sollte auch nicht zu spät kommen, denn ab einem gewissen Zeitpunkt nimmt die Fruchtbarkeit ab. Die Planbarkeit der Mutterschaft führt deswegen auch zu einem Dilemma, das jede einzelne Frau für sich lösen muss.

Dies ist jedoch nicht nur ein persönliches, sondern auch ein gesellschaftliches Problem. Obwohl die Gesellschaft von der Reproduktion ihrer Mitglieder abhängig ist, sehen sich viele Frauen nach wie vor alleine gelassen mit ihren widersprüchlichen Wünschen nach sowohl Kindern als auch nach einem eigenständigen Berufsleben. Kinderkriegen ist in unserer Gesellschaft eine individuelle Lebensentscheidung, und sie unterliegt deshalb auch der individuellen Verantwortung. Die Entscheidungsfreiheit der einzelnen Frau in Bezug darauf, wie sie Kinder und Beruf zu vereinbaren gedenkt, bedeutet zugleich, dass damit ein strukturelles Problem der Gesellschaft zu einem individuellen Problem umdefiniert und auf die Frauen abgewälzt wird.[7]

Schwierigkeiten sind aber genauso auf einer anderen Ebene zu finden: Wie schon erwähnt, ermöglicht der effektive Schutz vor ungewollter Schwangerschaft auch eine befreitere Sexualität. Das heißt, die Frau kann Sexualität ausleben, ohne dass sie bereit sein muss, sofort die Mutterrolle anzunehmen. Das ist erst einmal positiv zu bewerten, denn dies gewährt der Frau die schon genannten Entscheidungsmöglichkeiten. Jedoch entsteht daraus leicht die Annahme, dass die Frau diese sexuelle Freiheit nicht nur nutzen will, sondern sogar nutzen *wollen muss*. Sie gerät unter Druck, jederzeit für die sexuellen Wünsche des Mannes zur Verfügung zu stehen. Viele Frauen mussten z.B. die Erfahrung machen, dass sie nach der Zulassung der Pille keine Ausrede mehr hatten, um zum Sex 'nein' zu sagen.[8] Wenn die Frau nicht das Risiko eingeht, schwanger zu werden, warum sollte sie dann auf Geschlechtsverkehr verzichten wollen? Das Recht auf eine sexuelle Beziehung mutiert damit zu einem Muss, oder wie der Sexualwissenschaftler Volkmar Sigusch es ausdrückt, zu einem „Zwang zur Ungezwungenheit"[9].

Diese Zwanghaftigkeit der sexuellen Emanzipation bringt eine weitere Schwierigkeit mit sich. Die positive Möglichkeit, durch die befreite Sexualität auch eine *erfüllte* Sexualität leben zu können, hat eine negative Kehrseite: Erotik in allen möglichen Fassetten ist heute in unserer Gesellschaft so präsent wie nie zuvor.[10] Die Kluft zwischen den suggerierten Möglichkeiten und der tatsächlich gelebten Wirklichkeit ist groß. Inmitten einer voyeuristisch geprägten Medienlandschaft, in der sexuelle Verhaltensweisen und Vorlieben enthemmt

aus allen Winkeln beleuchtet werden, sind sexuelle Probleme tabu. Die befreite Sexualität gerät unter den Druck, hemmungslos, aber auch problemlos sein zu müssen.

Das letzte Konfliktfeld, das ich aufgreifen möchte, ist der Zwang zur Rationalität, der sich aus der Planbarkeit der Schwangerschaft ergibt. Die Trennung von Sexualität und Zeugung ist gewiss eine Befreiung. Sie kann aber zugleich auch Verzicht bedeuten, nämlich ein Verzicht darauf, zusammen mit dem Partner ein Kind zu zeugen. Dadurch kann die Sexualität um einen Aspekt ärmer werden, auch wenn es sich nicht um einen konkreten Kinderwunsch handelt, sondern um ein aus dem Moment heraus entstehendes Gefühl der Intimität. Silvia Heyer weist auf diese Zwiespältigkeit hin:

> [Empfängnisverhütung] bedeutet für beide Geschlechter positiv Schutz vor ungewollten Schwangerschaften, negativ aber immer auch Verlust einer (zumindest phantasierten) Möglichkeit von Zeugung und Empfängnis, also Verzicht auf *fruchtbare Verschmelzung*.[11]

Empfängnisverhütung und Technologie

Wissen über Empfängnisverhütung hat es in allen Kulturen und zu allen Zeiten gegeben. Welche Methode bevorzugt wurde und wie hoch ihre Effektivität war, ist jedoch sehr unterschiedlich. Es gab Kondome aus Fischblasen, Leinen oder aus tierischem Blinddarm.[12] Frauen benutzten Pessare aus halbierten, ausgehöhlten Zitronen, Schwämmchen oder in Wein getränkter Wolle. Empfohlen wurden Scheidenzäpfchen in verschiedenen Zusammensetzungen, wie z.B. aus Kieferrinde, Granat- oder Galläpfel, des Weiteren Spülungen aus Soda oder Säuren. Ebenso gab es Mischungen aus pflanzlichen Extrakten, die oral eingenommen wurden.[13] Hinzu kamen magische Rituale, die eine Empfängnis verhindern sollten.[14] Und unerwähnt bleiben sollte auch nicht die Methode, die schon in der Bibel erwähnt wird und die nach wie vor in unveränderter Form angewandt wird: der coitus interruptus.[15]

Auch wenn diese Methoden nicht die Effektivität hatten, die für uns heute unerlässlich ist, so waren sie doch nicht völlig ohne Wirkung. Bemerkenswert ist zum Beispiel, dass die größte neuzeitliche demographische Veränderung in Deutschland, der sogenannte 'demographische Übergang'[16], im 19. Jahrhundert vollzogen wurde – lange vor der Entwicklung der modernen Kontrazeptiva.[17]

Welche Methoden der modernen Kontrazeptiva entwickelt wurden, ist jedoch zu keiner Zeit eine Frage der körperlichen Gegebenheiten von Mann und Frau gewesen. Technologie ist kein neutrales Produkt, keine naturgegebene Antwort auf ein objektives Problem, sondern spiegelt immer auch die Werte und Normen wider, in der sie entwickelt wird. Ich möchte deswegen kurz veranschaulichen, wie die Medizin bzw. die Ärzte in der Vergangenheit Technologie eingesetzt haben, um sich Zugang zu Bereichen zu eröffnen, die sie davor nicht beherrschen konnten, in diesem Fall die Geburt.[18] Seit jeher war die Geburt unter der Obhut der Hebammen angesiedelt. Ärzte wurden nur hinzugezogen, wenn es Komplikationen gab. In diesen Fällen waren sie jedoch meist hilflos und konnten lediglich den Tod von Mutter und/oder Kind feststellen. Die Erfindung der Geburtszange im Jahre 1730 veränderte das Machtverhältnis zwischen Ärzten und Hebammen drastisch. Durch die Verwendung der Geburtszange konnten Kinder entbunden werden, die in Positionen lagen, aus denen sie nicht durch den Geburtskanal konnten. Das ermöglichte ein häufigeres Überleben von Müttern und Säuglingen. Hebammen durften allerdings die Zange nicht benutzen; die Anwendung chirurgischer und sonstiger Instrumente war den Ärzten vorbehalten. Im Konkurrenzkampf um die Beherrschung der Geburt nutzten die Ärzte die neue Erfindung, um die Hebammen ihrer Position zu entheben. Sie setzten die Geburtszange ein, sooft sie konnten, auch in Fällen, bei denen gar keine Komplikationen aufgetreten waren. Quellen aus dem Anfang des 19. Jahrhunderts belegen, dass manche Ärzte ihre Kollegen kritisierten, weil diese die Geburtszange übereifrig benutzten und damit auch erhebliche Schäden anrichteten.[19]

Auch in Deutschland lässt sich die Zunahme ärztlichen Einflusses auf Schwangerschaft und Geburt nachzeichnen. Zwar wurde hier der Prozess nicht an einer technischen Innovation festgemacht, wie im Falle der amerikanischen Geburtszange; vielmehr standen hierzulande am Anfang des 20. Jahrhunderts rassenhygienische und eugenische Aspekte im Vordergrund. Der Geburtenrückgang infolge der Industrialisierung erzeugte unter Politikern und Wissenschaftlern die Befürchtung, dass durch die 'unsittliche' Verwendung von Empfängnisverhütung und Abtreibung, der deutsche 'Volkskörper' moralisch versiechen und letztlich untergehen werde. Es folgte jedoch nicht die durchgehende Kriminalisierung dieser Handlungen, sondern stattdessen eine Polarisierung ihrer Bedeutung: Während der von Frauen (Hebammen) betriebene „kriminelle Abort" bzw. die Empfängnisverhütung verboten und kriminalisiert wurde, sollte den Ärzten das exklusive Recht auf eine „künstliche Schwangerschaftsunterbrechung" sowie die Kontrolle über Empfängnisverhütung zustehen.[20]

Die Anfänge der modernen Empfängnisverhütung

Die Entwicklung der Pille wurde von einer Frau initiiert. Anfang des 20. Jahrhunderts kam die amerikanische Krankenschwester Margret Sanger nach New York. Sie war entsetzt über die dort herrschenden Zustände: Armut, Arbeitslosigkeit, viele Schwangerschaften und eine sehr hohe Sterblichkeit von Müttern und Kindern, entweder bei der Geburt oder direkt danach. Es waren besonders die armen Frauen, die von Krankheit und hoher Sterblichkeit betroffen waren. Für Sanger lag die Lösung dieses Elends in einer Verringerung der Anzahl von Schwangerschaften. Zusammen mit ihrer Schwester eröffnete sie 1916 eine Klinik für Empfängnisverhütung in Brooklyn. Nach zehn Tagen wurden die beiden Frauen verhaftet wegen illegaler Distribution von Information über Empfängnisverhütung. Das ursprüngliche Gefängnisurteil wurde nach langem juristischen Tauziehen schließlich aufgehoben, weil Sanger argumentieren konnte, dass die von ihr verbreitete Information auf Verhütung von Krankheiten *infolge* von Schwangerschaft abzielte und somit legal war. Sanger gehörte mit ihrer Pionierarbeit zu den Ersten, die für das Recht der Frauen kämpften, die Anzahl ihrer Geburten selbst zu bestimmen.[21]

In den Jahrzehnten nach der Eröffnung der ersten Klinik für Empfängnisverhütung setzte Margret Sanger ihre Arbeit fort, Wissen über Kontrazeptiva zu verbreiten. Aber sie suchte auch nach effizienteren Mitteln, um das familienplanerische Ziel zu erreichen. Eine empfängnisverhütende Tablette schien ihr den größten Erfolg zu versprechen. Im Jahre 1950 beauftragte Sanger den Biologen Gregory Pincus mit der Entwicklung einer solchen Tablette. Sangers Mitstreiterin Katherine McCormick finanzierte die Forschung, und nach weniger als zehn Jahren kam die erste Version der Pille auf den Markt.[22]

Die Beweggründe von Margret Sanger und Katherine McCormick waren zweifelsohne die Sorge um die Gesundheit der Frauen und ihrer Kinder. Aber mit der Zeit trat eine weitere Überzeugung als wichtiger Grund für ihr Engagement in den Vordergrund: Sanger vertrat die Meinung, dass gerade die Schwangerschaften von ungebildeten und mittellosen Frauen verhindert werden müssten. Ihr ausgesprochenes Ziel war es, die 'Qualität' der Bevölkerung zu verbessern, in dem v.a. dem 'besseren' Erbgut der Mittelschichten Vorzug gegeben wurde.[23]

Auch Gregory Pincus wurde nicht nur von wissenschaftlichem Interesse geleitet. Er war sehr beeinflusst von der Diskussion um eine drohende Bevölkerungsexplosion in den USA und in der ganzen Welt, die er durch den breiten Einsatz von Kontrazeptiva zu verhindern suchte.[24] Diese Auffassung wird auch

heute noch als Argument für den massiven Einsatz von Empfängnisverhütung in der Dritten Welt verwendet (siehe unten).

Der Vorwurf, die Pille diene eugenischen Zwecken, werde also dazu verwendet, qualitativ 'schlechtere' Menschen bzw. deren Erbgut von der Fortpflanzung auszuschließen, hat sich bis heute gehalten. Meiner Ansicht nach trifft dieser Vorwurf eher auf andere Methoden als auf die Pille zu. Zu diesem Punkt komme ich nochmals in dem Teil über die Dritte Welt zurück. Klar ist jedoch, dass die erste Pille, die unter dem Namen 'Enovid' auf den amerikanischen Markt kam, zuvor unter unethischen Bedingungen getestet worden war. Versuchskaninchen waren in diesem Fall arme und ungebildete puerto-ricanische Frauen. Sie wurden über die möglichen negativen Folgen des neuen Präparats nur ungenügend aufgeklärt und die auftretenden Nebenwirkungen wurden bagatellisiert.[25]

Männer forschen – Frauen schlucken?

Es mag verwunderlich erscheinen, dass der Titel dieses Artikels so polarisiert ist: „Männer forschen, Frauen schlucken" – wenn doch, wie bereits erklärt, die Entwicklung der Pille, *das* Verhütungsmittel schlechthin, auf die Initiative einer Frau zurückgeht.

Dass Männer bzw. männliche Zielsetzungen die Forschung, auch die medizinische Forschung, lange bestimmt haben, dürfte kein Geheimnis sein. Das ergibt sich zum einen daraus, dass lange Zeit nur Männer unter den Ärzten bzw. Wissenschaftlern vertreten waren, eine Tatsache, an der sich im Übrigen bis heute wenig geändert hat. Eine wesentliche Rolle spielt aber auch die biologische Gegebenheit, die schon zu Beginn besprochen wurde, und die für viele die Begründung für die geschlechtliche Ungleichheit zwischen den Geschlechtern darstellt: die Gebärfähigkeit der Frau. Weil nur die Frau körperlich in der Lage ist, Kinder zu gebären, so scheint es nach dem 'Verursacherprinzip' zunächst auch so, als würde nur sie allein sozial fähig sein, die unerwünschten Folgen des Sex – also ein Kind – zu verhindern. Diese Tatsache ist nicht von der Hand zu weisen, denn die Frau ist ja direkt körperlich von einer Schwangerschaft betroffen und trägt auch die damit verbundenen Risiken. Sie mag aus diesem Grund nicht bereit sein, die Kontrolle über die Verhütung aus der Hand zu geben. Es ist aber nach wie vor so, dass der Frau nicht nur die überwiegende Verantwortung für die Empfängnisverhütung selbst obliegt, sondern auch für deren Planung. Die mögliche Planbarkeit einer Schwangerschaft führt zu einem Zwang, sich rational zu Verhalten – und zwar für die Frau:

> Tut sie dies aber alles nicht [verhüten], weil sie einfach begehren und begehrt werden will – gegen alle Vernunft und Planung – und wird dann ungewollt schwanger, gerät sie in den Wirkungsbereich der gesetzlich verordneten Zwangsbelehrung über grundgesetzlich erwartetes Verhütungsverhalten. Sie hat es getrieben, ob mit oder ohne Lust, auf jeden Fall ohne die ihr staatlich/patriarchalisch abverlangte Sorgfalt und Fürsorglichkeit für ihren eigenen Körper.[26]

Dem Mann fällt es in diesem Szenario nicht sehr schwer, sich aus der Verantwortung – d.h. dem Zwang zur rationalen Verhaltensweise – zu stehlen.

Dass es aber kaum sichere und effektive Verhütungsmethoden für den Mann gibt – Kondom und Sterilisation sind die Einzigen, die heute für die meisten ernsthaft in Frage kommen – liegt aber nicht nur daran, dass es die Frau ist, die schwanger wird. Es liegt auch nicht daran, dass es rein technisch viel schwieriger wäre, sichere und effektive Methoden für den Mann zu finden. Ein wichtiger Punkt ist nach wie vor, dass die Toleranz der Forscher für unerwünschte Nebenwirkungen bei einer Methode für Männer viel geringer ist.[27] Gerechtfertigt wird dies mit den hohen Risiken, die eine Frau auf sich nimmt, wenn sie ein ungewolltes Kind austrägt oder sogar abtreibt. Es sei an dieser Stelle dahingestellt, welche Erfolgschancen z.B. ein hormonelles Präparat für den Mann auf dem Markt wirklich hätte. Deutlich ist, dass die Auswahl an Methoden für den Mann sehr karg ist, und dass nach wie vor wenig in diese Forschung investiert wird – und dies spiegelt wiederum die Einstellung der Gesellschaft wider.

Empfängnisverhütung und sexuelles Rollenverhalten

In diesem Zusammenhang möchte ich auch auf einen anderen Aspekt der Empfängnisverhütung eingehen, nämlich auf den Zusammenhang zwischen den heute angebotenen Verhütungsmethoden und den geltenden Normen für die Sexualität. Wie schon am Anfang besprochen, ermöglicht die moderne Kontrazeption eine Trennung von Sexualität und Fortpflanzung. Die zwei Methoden, die heute in Deutschland am häufigsten verwendet werden, die Pille und die Spirale, bewirken darüber hinaus eine Trennung zwischen dem Verhütungsakt und dem Sexualakt. Das wird meistens positiv bewertet, denn die Lust wird nicht beeinträchtigt, und diese Trennung ist ein wichtiger Grund für die Effektivität moderner Methoden: Es besteht keine Gefahr, dass es in der 'Hitze des Gefechts' zu Anwendungsfehlern kommen kann. Auf der anderen Seite bewirkt diese Trennung jedoch auch, dass es für den Mann nicht möglich ist, sich an der Verhütung zu beteiligen, selbst wenn er es wünscht. Außerdem bedürfen Methoden wie die Pille – und dies gilt noch mehr für die Spirale oder die Dreimonatsspritze – für ihre korrekte Anwendung wenig Aufklärung der Frau. Sie muss ihren Körper und dessen Prozesse nicht bis ins Detail kennen,

wie es bei der Temperatur- und Schleimmethode der Fall ist. Sie muss ihren Genitalbereich auch nicht anfassen, wie bei der Einführung eines Scheidenpessars oder Zäpfchens nötig wird. Und sie passt sich gut in die klassische Rolle der Frau ein, die vom Mann sexuell erobert wird.[28] Ich möchte damit nicht bestreiten, dass die Pille oder die Spirale effektive und für viele Frauen geeignete Methoden der Empfängnisverhütung sind. Dennoch spiegeln sie die geschlechtliche Rollenverteilung in der Sexualität und in der Reproduktion wider. Und, bei aller Effizienz, sie schützen nicht vor der Übertragung von HIV/AIDS oder anderen Geschlechtskrankheiten.

Die Einführung der modernen Methoden zur Empfängnisverhütung, vor allem der Pille, hat deswegen nicht *per se* zur Emanzipation der Frau beigetragen.[29] Vielmehr hängt das emanzipatorische Potenzial dieser Technologie davon ab, unter welchen Bedingungen sie innerhalb einer Gesellschaft eingesetzt wird – und nicht zuletzt auch davon, wie (selbst-)bewusst die Frau mit diesem Potenzial umgeht.

Empfängnisverhütung in der Dritten Welt

Die Verhütung von Schwangerschaft wird als ein wichtiger Beitrag zur Gesundheit für die Frauen in der Dritten Welt angesehen. Armut, Müttersterblichkeit, häufige Krankheiten in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt und nicht zuletzt das hohe Bevölkerungswachstum sind Gründe, die in diesem Zusammenhang genannt werden. Dabei wird jedoch oft übersehen, dass nicht nur die Voraussetzungen in den Entwicklungsländern fundamental andere sind als im Westen. Grundlegende medizinische Vorsorge ist nicht für die gesamte Bevölkerung zugänglich, sondern nur für diejenigen, die sich ärztliche Betreuung finanziell leisten können. Hinzu kommt vielerorts eine unzureichende Anzahl an medizinischen Fachleuten sowie Mangel an Medikamenten in ländlichen Gebieten. Es wird auch übersehen, dass unser Bild von dem, was in diesen Ländern wünschenswert bzw. zumutbar ist, sehr von westlichen Wertvorstellungen geprägt ist. Ich möchte anmerken, dass ich nicht *gegen* eine Bereitstellung von Kontrazeptiva in den Entwicklungsländern bin, sondern die Bedingungen kritisiere, unter denen sie zugänglich gemacht werden.

Seit der Menschenrechtskonferenz in Teheran 1968 gilt Familienplanung als ein grundlegendes Menschenrecht. In dem damals verabschiedeten Aktionsprogramm heißt es:

> Der Schutz der Familie und der Kinder bleibt ein Anliegen der Völkergemeinschaft. Die Eltern haben das fundamentale Menschenrecht, Zahl und Geburtenabstände ihrer Kinder frei und verantwortlich zu bestimmen.[30]

Diese Erklärung stellt eine wichtige Errungenschaft dar, weil damit Empfängnisverhütung indirekt erlaubt wird. Das war ein wichtiger Sieg für sowohl FrauenrechtlerInnen als auch für BevölkerungsplanerInnen, denn bis dahin waren viele gegen eine solche Möglichkeit: religiöse Gemeinschaften, die Kinder als Geschenk Gottes ansahen, und behaupteten, der Mensch dürfe sich in die göttliche Schöpfung nicht einmischen. Manche Regierungen befürchteten durch eine Abnahme der nationalen Geburtenrate eine vorsätzliche Schwächung ihrer weltpolitischen Position durch den Westen. Und nicht zuletzt waren bzw. sind viele Männer dagegen, dass ihre Frauen Kontrolle über die eigene Fruchtbarkeit bekommen sollten.

Das Menschenrecht auf Familienplanung ist jedoch nicht unproblematisch. So setzt der Begriff 'Eltern' ein funktionierendes Paar voraus und dass Mann und Frau in der Beziehung die gleiche Verhandlungsmacht haben. Dies ist in den wenigsten Ländern des Südens gegeben, denn dort herrschen oft sehr männerdominierte Verhältnisse. Es wird nicht als angemessen angesehen, dass die Frau ihren Willen gegen den ihres Mannes behauptet. Häufig wird der Frau auch nicht die Entscheidung zugestanden, Geschlechtsverkehr zu haben oder nicht – es ist das Recht des Mannes, dies zu verlangen, und die Frau hat zu gehorchen. Das Recht der Frau, selbst über ihren Körper zu bestimmen, auch wenn sie sich damit den Wünschen ihres Mannes widersetzt, wird in dieser Formulierung also nicht bestätigt.[31]

Problematisch ist auch die Formulierung 'verantwortlich'. Denn was für das Individuum oder die Familie zu verantworten sein kann, mag dem Staat verantwortungslos erscheinen. Das Kinderkriegen ist immer ein sozial bestimmter Prozess, der auf vielen Ebenen Auswirkungen hat. Gleichzeitig ist es eine äußerst private Angelegenheit, ein Ausdruck persönlichster Wünsche.[32] Wer soll also letztlich über die Fruchtbarkeit der Frau bestimmen dürfen? Die Antwort ist von feministischer Seite deutlich: Die Entscheidung muss bei der Frau selbst liegen. Darüber hinaus muss es ihr auch von der Gesellschaft ermöglicht werden, ihre Entscheidung auch in die Tat umsetzen zu können.[33] Dies kann jedoch nur dann erfolgen, wenn Regierungen und bevölkerungspolitische Institutionen explizit anerkennen, dass Fertilitätsentscheidungen und der Zeugungsprozess in Machtstrukturen eingebettet sind, und dass diese Strukturen sowohl geschlechtlich als auch ethnisch und klassenhierarchisch bedingt sind.[34]

Ein weiteres Argument für eine aggressive Vertreibung von Kontrazeptiva in der Dritten Welt ist die sichere Mutterschaft. Weit über eine halbe Million Frauen sterben jährlich während der Schwangerschaft oder Geburt oder unmittelbar danach.[35] Viele von ihnen sterben an den Folgen einer unsachgemäß ausgeführten Abtreibung.
„Familienplanung rettet Leben" heißt deswegen der Slogan.[36]

Aber viele dieser Frauen sterben nicht an der Schwangerschaft *per se* oder an Krankheiten, die direkt mit der Schwangerschaft in Zusammenhang stehen (z.B. Eklampsie[37]), sondern sie sterben, weil sie von vornherein unterernährt und anämisch sind, weil die hygienischen Bedingungen bei der Geburt sehr schlecht sind und weil es keine medizinische Versorgung gibt, die ihnen bei Komplikationen helfen könnte. Der Arzt Staffan Bergström weist darauf hin, dass die höchste Müttersterblichkeit in der Dritten Welt nicht unter den sogenannten 'risikostarken' Schwangerschaften vorzufinden ist, sondern unter Frauen im 'optimalen' Gebäralter, die eine durchschnittliche Anzahl von Kindern gebären.[38] Das Recht auf Familienplanung darf jedoch nicht als eine Methode missverstanden werden, mit der die Symptome der Armut (d.h. eine hohe Kinder- und Müttersterblichkeit) beseitigt werden können, ohne dass sich Regierungen und die internationale Gemeinschaft den eigentlichen Problemen stellen müssten – der Beseitigung der wirtschaftlichen, sozialen und geschlechtlichen Benachteiligung der Frauen.

Die Ideologie der Bevölkerungskontrolle

> [Der Begriff 'Bevölkerung' ruft] unweigerlich Bilder von einer Explosion hervor (...). Bei Bevölkerung denkt man an qualvolles Gedränge, an Aufhäufung von Menschenmassen (...). Das Wort hat etwas Alarmierendes, es zeugt von einer Angst und taucht deshalb meist in Verbindung mit 'Über' auf. Bevölkerung konnotiert heute ein unerwünschtes Zuviel.[39]

Dieses Zitat von Barbara Duden illustriert, welche Assoziation die bloße Verwendung des Begriffs 'Bevölkerung' mit sich bringt. Frauenpolitische Kritiker greifen diese Betrachtungsweise von 'Bevölkerung' als „eine der unsichtbaren Bedrohungen der Menschheit"[40] heftig an, denn sie impliziert, dass die gebärende Frau eben eine solche „unsichtbare Bedrohung" verkörpert.[41]

Der hauptsächliche Kritikpunkt der Frauenbewegung an den Befürwortern der Bevölkerungskontrolle ist, dass die von ihnen verordnete drastische Einflussnahme auf die Fertilität keine naturgegebene Notwendigkeit, sondern ein Teil einer Ideologie sei. Diese beruhe auf drei Grundannahmen:[42]

1. Rapides Bevölkerungswachstum sei ein Hauptverursacher für die Entwicklungsprobleme in den Ländern der Dritten Welt, sei es Hunger, Umweltzerstörung, ökonomische Stagnation oder politische Instabilität.

2. Um an diese Probleme herangehen zu können, müssten die Menschen in der Dritten Welt dazu gebracht werden – wenn nicht anders möglich, mit Zwang – weniger Kinder zu bekommen, auch wenn die notwendigen sozioökonomischen Voraussetzungen noch nicht vorhanden sind.

3. Um Familienplanungsdienste in den Entwicklungsländern bereitstellen zu können, brauchen die Regierungen bzw. die bevölkerungspolitischen Institutionen 'nur' ausreichende Finanzierung, effektive Kontrazeptiva sowie technologisches Wissen – selbst wenn ein grundlegendes Gesundheitsvorsorgesystem nicht vorhanden ist. Wegen der Dringlichkeit, die Geburtenzahlen zu senken, ist die empfängnisverhütende Effizienz der Kontrazeptiva wichtiger als mögliche nachteilige Nebenwirkungen für die Frau.

Der Glaube, durch effiziente Einschränkung der Fertilität schwerwiegende wirtschaftliche und soziale Probleme in den Griff zu bekommen, hat viele Regierungen der Dritten Welt dazu veranlasst (zum Teil auch unter internationalem Druck[43]), Programme für die Verbreitung von Familienplanung einzurichten.[44]

Die Methoden zur Empfängnisverhütung, die in diesen Programmen benutzt werden, sind jedoch von der Vielfalt des Verhütungsangebots im Westen weit entfernt. In vielen Regionen gibt es gar keinen Zugang zu Empfängnisverhütung, weil die Familienplanungsklinik zu weit weg liegt oder weil die Logistik versagt und keine Verhütungsmittel nachgeliefert werden. Zudem werden von den Regierungen vor allem langfristige Methoden propagiert. Die Pille, die im Westen die meist verwendete Methode der Empfängnisverhütung ist, wird in den Entwicklungsländern oft als 'zu ineffektiv' eingestuft, da Anwendungsfehler nicht ausgeschlossen werden können.[45] Die am häufigsten benutzte Verhütungsmethode in der Dritten Welt ist die Sterilisation; bei 50% der Paare, die angeben, Kontrazeption zu benutzen, ist ein Partner sterilisiert. In vielen Regionen, etwa in Südasien oder Lateinamerika, ist die Sterilisation die einzige Methode zur Empfängnisverhütung, die den Frauen zur Verfügung steht.[46] Dies hat viele Folgen.

Die zweithäufigste Verhütungsmethode in den Entwicklungsländern ist die Spirale. Sie steht dort für ca. 24% der verwendeten Empfängnisverhütung, in den industrialisierten Ländern jedoch nur 8%.[47] Sie ist einfach, großskalig einzu-

setzen und lange wirksam. Sie wird aber von der Frauengesundheitsbewegung kritisiert, weil meist keine Nachsorge gemacht wird und weil eventuelle Nebenwirkungen nicht berücksichtigt werden. Die schlechte Hygiene beim Einsetzen und die Tatsache, dass viele der Frauen von vornherein Infektionen im Unterleib haben, führt oft zu Komplikationen. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass die Frau die Spirale nicht selbst entfernen kann, und es gibt viele Beispiele von Fällen, wo die Entfernung verweigert wurde, weil die bevölkerungspolitischen Zielsetzungen wichtiger eingestuft wurden als die Nebenwirkungen bei einzelnen Frauen.[48]

Die in vielen Familienplanungsprogrammen gezeigte Präferenz für langfristige Verhütungsmethoden wird insbesondere durch die Propagierung von Dreimonatsspritzen (Depo-Provera) und Hormonimplantaten (Norplant) deutlich.[49] Da die empfängnisverhütende Effizienz sehr gut ist und es zu keinen Anwendungsfehlern kommen kann, werden diese Methoden als nahezu 'ideal' angesehen.[50] Beide Methoden verursachen jedoch bei vielen Frauen schwerwiegende Nebenwirkungen, wie beispielsweise starke und unregelmäßige Blutungen oder das totale Aussetzen der Menstruation.[51] Sowohl die Implantate als auch die Dreimonatsspritze werden häufig ohne eine ausreichende medizinische Vor- und Nachsorge verabreicht. Das chirurgische Einsetzen und Entfernen von Norplant ist sehr anfällig für Komplikationen, da das Muskelgewebe sehr leicht verletzt werden kann. Darüber hinaus waren die bisherigen Untersuchungen zur gesundheitlichen Sicherheit von Norplant sehr mangelhaft. Bislang fehlen ausreichende Forschungsergebnisse für eine systematische Auswertung der langfristigen gesundheitlichen Risiken der Implantate.[52]

Als schwerwiegendster Nachteil von Norplant und der Dreimonatsspritze wird von feministischer Seite das große Missbrauchspotenzial angesehen, denn beide Verhütungsmittel können von der Frau selbst nicht einfach abgesetzt werden. Die Implantate müssen chirurgisch entfernt werden und bei der Dreimonatsspritze muss die Frau warten, bis die Wirkung (und auch eventuelle Nebenwirkungen) abgeklungen sind. Gerade in Bezug auf eugenische Zielsetzungen sind diese Methoden stark in die Kritik geraten, denn sie werden auch gegen ethnische Minderheiten eingesetzt: Latinos, Schwarze oder indigene Völker, wie Beispiele aus Afrika, aber auch aus den USA oder Großbritannien belegen.[53]

Dennoch bergen diese langfristigen Methoden auch Vorteile für die Frau. Sie ermöglichen es ihr, Empfängnisverhütung in den Fällen zu benutzen, wo der Mann dagegen ist und es nicht wissen soll, oder wenn sie sexueller Gewalt ausgesetzt ist. Häufig befinden sich Frauen in Entwicklungsländern in einer

Zwickmühle: Der gesellschaftliche Status und die wirtschaftliche Absicherung verlangen nach vielen Kindern bzw. nach Söhnen, denn für die Altersvorsorge sind sie auf ihre Söhne angewiesen. Aufgrund der nach wie vor hohen Säuglings- und Kindersterblichkeit muss die Frau mehrere Kinder zur Welt bringen, um eine gewisse Anzahl überlebender Söhne zu gewährleisten. Andererseits gerät sie von Regierungsseite unter Druck, Empfängnisverhütung zu benutzen und weniger Kinder zu bekommen. Die persönlichen Wünsche der Frau befinden sich also im Brennpunkt dieser – und weiterer – Faktoren. Darüber hinaus gilt für die Frau in der Dritten Welt genauso, was für Frauen in Industrieländern gilt: Empfängnisverhütung an sich bringt noch keine Emanzipation. Das tun nur weitergehende politische, soziale und wirtschaftliche Veränderungen.

Anmerkungen:

1 In Anlehnung an die Literatur verwende ich die Begriffe 'Dritte Welt', 'Entwicklungsländer' und 'Länder des Südens' synonym. Zwar hat jeder dieser Begriffe seine Schwächen; ich gehe jedoch davon aus, dass ein allgemeines Verständnis dafür besteht, was unter einem Entwicklungsland bzw. einem Land der Dritten Welt oder des Südens zu verstehen ist. Damit soll allerdings keine Homogenität der Länder, ihrer Struktur oder Problemfelder impliziert werden.

2 Vgl. Simone de Beauvoir: *The Second Sex*, New York 1974.

3 Vgl. Shulamith Firestone: *Frauenbefreiung und sexuelle Revolution*, Frankfurt/M. 1975.

4 Ebd., S. 225.

5 Vgl. Maria Mies: „Gesellschaftliche Ursprünge der geschlechtlichen Arbeitsteilung", in: Veronika Bennhold-Thomsen/Maria Mies/Claudia von Werlhof (Hrsg.): *Frauen, die letzte Kolonie. Zur Hausfrauisierung der Arbeit*, Zürich 1992, S. 169-174.

6 Vgl. Lo von Gienanth: „Es muss im Leben mehr als alles geben", in: *Süddeutsche Zeitung*, Samstag/Sonntag, 29./30. Juli 2000, S.VI.

7 Vgl. Heide Mertens: *Wunschkinder: Natur, Vernunft und Politik*, Münster 1991, S. 127.

8 Vgl. Betsy Hartmann: *Reproductive Rights and Wrongs. The Global Politics of Population Control*, Boston 1994, S. XV.

9 Volkmar Sigusch: „Die Pille als Vehikel sexueller Eingemeindung. Zur Kritik des sogenannten Liberalisierungsprozesses: Heutiger Kommentar", in: *Pro Familia Magazin* Nr. 3/4 (1996), S. 24.

10 Vgl. Tim Schleier: „'Alle sollen nur das Eine'. Interview mit Gunther Schmidt", in: *Pro Familia Magazin* Nr. 3 (1997), S. 2-4.

11 Silvia Heyer: „Lust und Frust der Fruchtbarkeit", in: *Pro Familia Magazin* Nr. 4 (1999), S. 15.

12 Vgl. Hannes Bertschi: *Die Kondom Story*, Köln 1994, S. 9-36; Ernst W. Hoonakker: *Die Geschichte der Empfängnisverhütung*, München 1994, S. 48-57.

13 Vgl. Hoonakker 1994, S. 30-38.

14 Vgl. Heide Mertens: *Wunschkinder: Natur, Vernunft und Politik*, Münster 1991, S. 84-105.

15 Vgl. Genesis, 38:9.

16 Das Modell des 'demographischen Übergangs' beschreibt die Veränderung der Geburtenrate und der Sterblichkeitsrate im Zuge der Industrialisierung. In der vorindustriellen Gesellschaft waren sowohl die Fruchtbarkeitsrate als auch Sterblichkeitsrate sehr hoch. Infolge von verbesserter Ernährung, medizinischer Versorgung sowie der Eindämmung von Seuchen nahm in Deutschland im 19. Jahrhundert zunächst die Sterblichkeit ab, während die Fruchtbarkeit gleich blieb. Die erhöhten Überlebenschancen der geborenen Kinder sowie die sozialen Wandlungen, die die Industrialisierung begleiteten, bewirkten allmählich eine niedrigere Geburtenrate, sodass sich beide Faktoren schließlich auf einem niedrigen Niveau stabilisieren. Vgl. Joseph Schmid: *Bevölkerung und soziale Entwicklung. Der demographische Übergang als soziologische und politische Konzeption*, Boppard/Rh. 1984, und Peter Marschalck: *Bevölkerungsgeschichte Deutschlands im 19. und 20. Jahrhundert*, Frankfurt/M. 1984, insbesondere S. 122-127.

17 Erreicht wurde der Geburtenrückgang durch die damals zugänglichen empfängnisverhütenden Mittel sowie durch spätere Eheschließungen und längere Abstände zwischen den Geburten. Vgl. ebd.

18 Das Beispiel ist entnommen aus: Judy Wajcman: „Delivered Into Men's Hands? The Social Construction of Reproductive Technology", in: Gita Sen/Rachel Snow (Hrsg.): *Power and Decision: The Social Control of Reproduc-*

tion, Cambridge 1994, S. 161-162. Dieses Beispiel stammt aus den USA und kann deswegen nicht eins zu eins auf Deutschland oder Europa übertragen werden. Es liefert jedoch eine sehr plastische Beschreibung dieses Machtkampfes.

19 Vgl. ebd., S. 162.

20 Vgl. Anna Bergmann: *Die verhütete Sexualität. Die Anfänge der Modernen Geburtenkontrolle*, Hamburg 1992, S. 166.

21 Vgl. James Reed: *The Birth Control Movement and American Society. From Private Vice to Public Virtue*, Princeton 1984, S. 106-108; Alice S. Rossi: „The Right To One's Body: Margaret Sanger (1879-1966)", in: Dies. (Hrsg.): *The Feminist Papers. From Adams to de Beauvoir*, New York 1973, S. 517-521.

22 Vgl. Reed 1984, S. 337-366; siehe auch Betsy Hartmann: *Reproductive Rights and Wrongs. The Global Politics of Population Control*, Boston 1994, S. 174.

23 Vgl. Hartmann 1994, S. 98-99.

24 Vgl. James Reed: *The Birth Control Movement and American Society. From Private Vice to Public Virtue*, Princeton 1984, S. XII-XIII.

25 Vgl. Gela Linne: „Versuchsfeld Puerto Rico: Wie die Pille getestet wurde", in: *Entwicklungspolitische Korrespondenz* Nr. 3 (1991), S. 12; siehe auch Volkmar Sigusch: „Die Pille als Vehikel sexueller Eingemeindung. Zur Kritik des sogenannten Liberalisierungsprozesses: Heutiger Kommentar", in: *Pro Familia Magazin* Nr. 3/4 (1996), S. 23-24.

26 Silvia Heyer: „Lust und Frust der Fruchtbarkeit", in: *Pro Familia Magazin* Nr. 4 (1999), S. 15.

27 Vgl. Volkmar Sigusch: „Die Pille als Vehikel sexueller Eingemeindung. Zur Kritik des sogenannten Liberalisierungsprozesses: Heutiger Kommentar", in: *Pro Familia Magazin* Nr. 3/4 (1996), S. 23. Eine interessante Diskrepanz in den Forschungsstandards wird von Hartmann angesprochen: Obwohl sich die Dreimonatsspritze als ein effektives Verhütungsmittel auch für Männer erwiesen hat, ist sie für Männer nie propagiert worden. Der Grund ist die auftretende Nebenwirkung: Libidoverlust. Diese Nebenwirkung tritt zwar auch bei Frauen auf, scheint jedoch kein gewichtiger Grund darzustellen, den Frauen das Mittel nicht zu empfehlen. Siehe Betsy Hartmann: *Reproductive Rights and Wrongs. The Global Politics of Population Control*, Boston 1994, S. 203.

28 Vgl. Silvia Heyer: „Lust und Frust der Fruchtbarkeit", in: *Pro Familia Magazin* Nr. 4 (1999), S. 15.

29 Vgl. Volkmar Sigusch: „Die Pille als Vehikel sexueller Eingemeindung. Zur Kritik des sogenannten Liberalisierungsprozesses: Heutiger Kommentar", in: *Pro Familia Magazin* Nr. 3/4 (1996), S. 24.

30 Zitiert aus: Jürgen Heinrichs: „Familienplanung. Ein Recht und kein Instrument", in: *Pro Familia Magazin* Nr. 6 (1998), S. 6.

31 Die Situation von Frauen in Afrika, Asien und Lateinamerika auf diese Art zusammenzufassen, stellt natürlich eine grobe Verallgemeinerung dar, welche den spezifischen sozio-kulturellen, wirtschaftlichen und politischen Gegebenheiten in den jeweiligen Ländern nicht gerecht wird. Anhand der Literatur sind in dieser Vielfalt jedoch gewisse Parallelen erkennbar. Siehe beispielsweise: Christa Wichterich: *Frauen der Welt. Vom Fortschritt der Ungleichheit*, Göttingen 1995; Nalini Visvanathan/Lynn Duggan/Laurie Nisonoff/Nan Wiegersma (Hrsg.): *The Women, Gender and Development Reader*, London 1997; Susan Greenhalgh: „Controlling Births and Bodies in Village China", in: *American Ethnologist* Nr. 21, Vol. 1 (1994), S. 3-30; Barbara Klugman: „Balancing Means and Ends – Population Policy in South Africa", in: *Reproductive Health Matters* Nr. 1 (1993), S. 44-57; Karin Stahl/Ute Wachendorfer-Schmidt: „Frauen in der Dritten Welt", in: Dieter Nohlen (Hrsg.): *Lexikon Dritte Welt. Länder, Organisationen, Theorien, Be-*

griffe, Personen, Hamburg 1991, S. 246-248.

32 Vgl. Christa Wichterich: „Menschen nach Maß – Bevölkerung nach Plan – Die Neue Weltordnung der Fortpflanzung", in: Dies. (Hrsg.): *Menschen nach Maß. Bevölkerungspolitik in Nord und Süd*, Göttingen 1994, S. 9.

33 Vgl. Loes Keysers: „Ideologies and Realities of Female Sexuality in Current Population and Development Policy Making. Is There Room for Women's Sexual and Reproductive Rights?", in: *Terra Femina*, August 1994, S. 66-68.

34 Vgl. ebd., S. 69-71.

35 Barbara Shane: *Familienplanung rettet Leben*, Broschüre hrsg. v. der Deutschen Stiftung Weltbevölkerung, Hannover 1997, S. 6.

36 Vgl. ebd; vgl. auch United Nations Population Fund: *Family Planning: Saving Children, Improving Lives*, New York, o. J.

37 Eklampsie ist eine schwere Form von Schwangerschaftshochdruck und führt zu Krampfanfällen oder Koma. In den industrialisierten Ländern werden Schwangere speziell auf diese Krankheit hin untersucht und, wenn notwendig, behandelt. Unbehandelt verläuft die Eklampsie meist tödlich. Vgl. Robert Berkow (Hrsg.): *Handbuch Gesundheit. Medizinisches Wissen und ärztlicher Rat für die ganze Familie*, München 1999, S. 1154.

38 Vgl. Staffan Bergström: „Myths and Realities in Population Assistance and Maternal Health Care", in: *Successes and Failures in Population Policies and Programmes. Report from a Conference in Oslo*, 25th May, 1994, S. 14-15.

39 Barbara Duden: „Bevölkerung", in: Wolfgang Sachs (Hrsg.): *Wie im Westen so auf Erden. Ein polemisches Handbuch zur Entwicklungspolitik*, Hamburg 1993, S. 71-72.

40 Vgl. ebd., S. 86.

41 Vgl. Heide Mertens: „Frauen, Natur und Fruchtbarkeit. Die Bevölkerungsdebatte und die ökologische Tragfähigkeit der Erde", in: Christa Wichterich (Hrsg.): *Menschen nach Maß. Bevölkerungspolitik in Nord und Süd*, Göttingen 1994, S. 186.

42 Die Darstellung ist entnommen aus Betsy Hartmann: *Reproductive Rights and Wrongs. The Global Politics of Population Control*, Boston 1994, S. XIX.

43 Vgl. Donald P. Warwick: *Bitter Pills. Population Policies and their Implementation in Eight Developing Countries*, Cambridge 1982.

44 Vgl. United Nations: *Trends in Population Policy, Population Studies No. 114*, New York 1989, S. 354-362.

45 Vgl. Betsy Hartmann: *Reproductive Rights and Wrongs. The Global Politics of Population Control*, Boston 1994, S. 65.

46 Vgl. ebd., S. 243-258; siehe auch Shalini Randeria: „Das Wunder Kerala: Eine Erfolgsgeschichte indischer Bevölkerungspolitik?", in: Christa Wichterich (Hrsg.): *Menschen nach Maß. Bevölkerungspolitik in Nord und Süd*, Göttingen 1994, S. 245 und Sônia Correa: „Sterilisationen in Brasilien", in: ebd., S. 219-224, sowie T. K. Sundari Ravindran: „Women and the Politics of Population and Development in India", in: *Reproductive Health Matters* Nr. 1 (1993), S. 33.

47 Diese Angaben beziehen sich auf das Jahr 1989. Ein von mir befragter Gynäkologe schätzt die Häufigkeit der Spirale heute in Deutschland auf ca. 15%, wobei die Hälfte davon die herkömmliche Kupferspirale ist und die übrigen 50% das IUS (Intra Uterin System). Das IUS ist eine hormonbesetzte Spirale mit einer etwas anderen Funktionsweise und ist seit etwa drei Jahren in Deutschland zugelassen. Siehe auch Betsy Hartmann: *Reproductive Rights and Wrongs. The Global Politics of Population Control*, Boston 1994, S. 213.

48 Vgl. ebd., S. 213-219.

49 Anders als bei der Pille, wird mit der Dreimonatsspritze nur ein ovulationshemmendes Gestagen verabreicht. Auch

Norplant beinhaltet Gestagen, allerdings in kleineren Dosen. Bei Norplant befindet sich das Hormon in kleinen Silikonstäbchen, die unter die Haut einoperiert werden.

50 Vgl. United Nations Population Fund/ Deutsche Gesellschaft der Vereinten Nationen: *Weltbevölkerungsbericht 1991*, Bonn 1991, S. 34.

51 Vgl. Betsy Hartmann: *Reproductive Rights and Wrongs. The Global Politics of Population Control*, Boston 1994, S. 201-202 u. S. 208-210.

52 Vgl. Forum For Women's Health: „Norplant: Reflections on some Experiences", unveröffentlicht, Bombay 1993.

53 Vgl. Patricia McFadden: „The Population Issue Re-contextualised in Africa", in: *Successes and Failures in Population Policies and Programmes, Report from a conference in Oslo*, 25th May, 1994, S. 21; Clare Lewis: „Coercive Contraception and Sterilization in the United States", unveröffentlicht, 1994, S. 7-9 u. S. 18-19. Besondere Aufmerksamkeit erregte in den Medien der Fall einer schwarzen Amerikanerin, die wegen Kindesmisshandlung verurteilt wurde. Die Frau erhielt vom kalifornischen Gericht die Wahl zwischen einer längeren Gefängnisstrafe und der Einsetzung von Norplant, obwohl weder die Richterin, noch die Frau selbst, ausreichende Informationen über die Auswirkungen der Hormonimplantate auf die Gesundheit der Verurteilten hatten. Siehe ebd.; siehe auch „Compulsory Contraception; Ein Volk" in: *The Economist*, 1. Juni 1991, S. 22.

Literatur

de Beauvoir, Simone: *The Second Sex*, New York 1974.

Bergmann, Anna: *Die verhütete Sexualität. Die Anfänge der modernen Geburtenkontrolle*, Hamburg 1992.

Bergström, Staffan: „Myths and Realities in Population Assistance and Maternal Health Care", in: *Successes and Failures in Population Policies and Programmes. Report from a Conference in Oslo*, 25th May, 1994, S. 13-17.

Berkow, Robert (Hrsg.): *Handbuch Gesundheit. Medizinisches Wissen und ärztlicher Rat für die ganze Familie*, München 1999.

Bertschi, Hannes: *Die Kondom Story*, Köln 1994.

„Compulsory Contraception; Ein Volk", in: *The Economist*, 1. Juni 1991, S. 22.

Correa, Sônia: „Sterilisationen in Brasilien", in: Christa Wichterich (Hrsg.): *Menschen nach Maß. Bevölkerungspolitik in Nord und Süd*, Göttingen 1994, S. 215-224.

Duden, Barbara: „Bevölkerung", in: Wolfgang Sachs (Hrsg.): *Wie im Westen so auf Erden. Ein polemisches Handbuch zur Entwicklungspolitik*, Hamburg 1993, S. 71-88.

Firestone, Shulamith: *Frauenbefreiung und sexuelle Revolution*, Frankfurt/M. 1975.

Forum For Women's Health: *Norplant: Reflections on Some Experiences*, unveröffentlicht, Bombay 1993.

von Gienanth, Lo: „Es muss im Leben mehr als alles geben", in: *Süddeutsche*

Zeitung, Samstag/Sonntag, 29./30. Juli 2000, S. VI.

Greenhalgh, Susan: „Controlling Births and Bodies in Village China", in: *American Ethnologist* Nr. 21, Vol. 1 (1994), S. 3-30.

Hartmann, Betsy: *Reproductive Rights and Wrongs. The Global Politics of Population Control*, Boston 1994.

Heinrichs, Jürgen: „Familienplanung. Ein Recht und kein Instrument", in: *Pro Familia Magazin* Nr. 6 (1998), S. 6-7.

Heyer, Silvia: „Lust und Frust der Fruchtbarkeit", in: *Pro Familia Magazin* Nr. 4, (1999), S. 14-16.

Hoonakker, Ernst W.: *Die Geschichte der Empfängnisverhütung*, München 1994.

Keysers, Loes: „Ideologies and Realities of Female Sexuality in Current Population and Development Policy Making. Is There Room for Women's Sexual and Reproductive Rights?", in: *Terra Femina*, August 1994, S. 65-87.

Klugman, Barbara: „Balancing Means and Ends – Population Policy in South Africa", in: *Reproductive Health Matters* Nr. 1 (1993), S. 44-57.

Lewis, Clare: *Coercive Contraception and Sterilization in the United States*, unveröffentlicht, 1994.

Linne, Gela: „Versuchsfeld Puerto Rico: Wie die Pille getestet wurde", in: *Entwicklungspolitische Korrespondenz* Nr. 3 (1991), S. 12.

Marschalck, Peter: *Bevölkerungsgeschichte Deutschlands im 19. und 20. Jahrhundert*, Frankfurt/M. 1984.

McFadden, Patricia: „The Population Issue Re-contextualised in Africa", in: *Successes and Failures in Population Policies and Programmes, Report from a conference in Oslo*, 25th May, 1994, S. 20-26.

Mertens, Heide: „Frauen, Natur und Fruchtbarkeit. Die Bevölkerungsdebatte und die ökologische Tragfähigkeit der Erde", in: Christa Wichterich (Hrsg.): *Menschen nach Maß. Bevölkerungspolitik in Nord und Süd*, Göttingen 1994, S. 181-200.

– *Wunschkinder: Natur, Vernunft und Politik*, Münster 1991.

Mies, Maria: „Gesellschaftliche Ursprünge der geschlechtlichen Arbeitsteilung", in: Veronika Bennhold-Thomsen/Maria Mies/Claudia von Werlhof (Hrsg.): *Frauen, die letzte Kolonie. Zur Hausfrauisierung der Arbeit*, Zürich 1992, S. 164-193.

Randeria, Shalini: „Das Wunder Kerala: Eine Erfolgsgeschichte indischer Bevölkerungspolitik?", in: Christa Wichterich (Hrsg.): *Menschen nach Maß. Bevölkerungspolitik in Nord und Süd*, Göttingen 1994, S. 239-261.

Ravindran, T. K. Sundari: „Women and the Politics of Population and Development in India", in: *Reproductive Health Matters* Nr. 1 (1993), S. 26-38.

Reed, James: *The Birth Control Movement and American Society. From Private Vice to Public Virtue*, Princeton 1984.

Rossi, Alice S.: „The Right To One's Body: Margaret Sanger (1879-1966)", in: Alice S. Rossi (Hrsg.): *The Feminist Papers. From Adams to de Beauvoir*, New York 1973, S. 517-521.

Schleier, Tim: „'Alle sollen nur das Eine'. Interview mit Gunther Schmidt", in: *Pro Familia Magazin* Nr. 3 (1997), S. 2-4.

Schmid, Joseph: *Bevölkerung und soziale Entwicklung. Der demographische Übergang als soziologische und politische Konzeption*, Boppard/Rh. 1984.

Shane, Barbara: *Familienplanung rettet Leben*, Broschüre hrsg. v. der Deutschen Stiftung Weltbevölkerung, Hannover 1997.

Sigusch, Volkmar: „Die Pille als Vehikel sexueller Eingemeindung. Zur Kritik des sogenannten Liberalisierungsprozesses: Heutiger Kommentar", in: *Pro Familia Magazin* Nr. 3/4 (1996), S. 23-25.

Stahl, Karin/ Wachendorfer-Schmidt, Ute: „Frauen in der Dritten Welt", in: Dieter Nohlen (Hrsg.): *Lexikon Dritte Welt. Länder, Organisationen, Theorien, Begriffe, Personen*, Hamburg 1991, S. 246-248.

United Nations Population Fund/Deutsche Gesellschaft der Vereinten Nationen: *Weltbevölkerungsbericht 1991*, Bonn 1991.

United Nations Population Fund: *Family Planning: Saving Children, Improving Lives*, New York, o. J.

United Nations: *Trends in Population Policy, Population Studies No. 114*, New York 1989.

Visvanathan, Nalini/Duggan, Lynn/Nisonoff, Laurie/ Wiegersma, Nan (Hrsg.) : *The Women, Gender and Development Reader*, London 1997.

Wajcman, Judy: „Delivered Into Men's Hands? The Social Construction of Reproductive Technology", in: Gita Sen/ Rachel Snow (Hrsg.): *Power and Decision: The Social Control of Reproduction*, Cambridge 1994, S. 153-175.

Warwick, Donald P.: *Bitter Pills. Population Policies and their Implementation in Eight Developing Countries*, Cambridge 1982.

Wichterich, Christa: *Frauen der Welt. Vom Fortschritt der Ungleichheit*, Göttingen 1995.

– „Menschen nach Maß – Bevölkerung nach Plan – Die Neue Weltordnung der Fortpflanzung", in: Dies. (Hrsg.): *Menschen nach Maß. Bevölkerungspolitik in Nord und Süd*, Göttingen 1994, S. 9-37.