GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

Vom Aussterben Europas. Eine kritische Einschätzung von Fortpflanzungsdiskursen in europäischen Gesundheitsprogrammen

Schutzbach, Franziska

2013

https://doi.org/10.25595/2617

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Schutzbach, Franziska: *Vom Aussterben Europas. Eine kritische Einschätzung von Fortpflanzungsdiskursen in europäischen Gesundheitsprogrammen*, in: Gender : Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, Jg. 5 (2013) Nr: 1, 72–87. DOI: https://doi.org/10.25595/2617.

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

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Franziska Schutzbach

Vom Aussterben Europas. Eine kritische Einschätzung von Fortpflanzungsdiskursen in europäischen Gesundheitsprogrammen

Zusammenfassung

Der Text untersucht neue Formen der Bevölkerungspolitiken im europäischen Raum. Am Beispiel der Weltgesundheitsorganisation (WHO Regional Office for Europe) zeigen die folgenden Ausführungen, dass Fortpflanzung auf der Grundlage einer biopolitischen Konzeptualisierung von Gesundheit auf neue Weise regulierbar wird. Dabei stehen drei Aspekte im Vordergrund: das Primat der Bevölkerung über Gesundheit, die Ausdifferenzierung von Risikokalkulationen und die vergeschlechtlichte Dimension der Fortpflanzungsdiskurse. Der Text arbeitet die biopolitische Figuration von Gesundheit als ein historisches Kontinuum heraus und macht die Regulierung der (weiblichen) Fortpflanzung als ein Organisationsprinzip von Nation sichtbar.

Schlüsselwörter
Biopolitik, Gouvernementalität, Gesundheit, Bevölkerung, Demographie, Weltgesundheitsorganisation, WHO, Sexualität, Fortpflanzung, Medikalisierung

Summary

The extinction of Europe? A critical evaluation of reproductive health policies in Europe

This text investigates how the World Health Organization (WHO Regional Office for Europe) introduced the 2001 UN programme on sexual and reproductive health in Europe. It appears that the WHO health programmes constitute a new regime of interventions in the area of population control: sexuality and reproduction are regulated based on a biopolitical conceptualization of health. At the same time, the analysis reveals that the biopolitical signature of health and reproduction is a historical continuum. The following text will go into three aspects of this biopolitical signature: Firstly the primacy of population over health (with the demographic focus on Europe). Secondly the differentiation of risk calculations. And thirdly the gendered discourse of reproduction, making women the central figure of governmental policies.

Keywords
biopolitics, governmentality, health, population, demography, World Health Organization, WHO, sexuality, reproduction, medicalization

Einleitung

Als 2007 in Deutschland das Elterngeld eingeführt wurde, betonte Bundeskanzlerin Angela Merkel, es gehe nicht darum, Väter für die Erziehung ihrer Kinder zu aktivieren, sondern darum, die Geburtenrate unter AkademikerInnen zu erhöhen.[1] Vor dem Hintergrund der oft beschworenen demographischen Schreckensszenarien (Geburten-

1 Rede von Bundeskanzlerin Angela Merkel beim Arbeitgebertag 2006. Zugriff am 14. Januar 2013 unter http://archiv.bundesregierung.de/Content/DE/Archiv16/Rede/2006/11/2006-11-07-redebkin-arbeitgebertag.html

rückgang, Renten-GAU, überalterte Gesellschaft) starteten viele europäische Regierungen einen neuen „pronatalistischen Aktionismus“ (Auth 2007)[2] und verfolgten reproduktionsregulierende Maßnahmen. Einen ersten Höhepunkt erreichte die sozialeugenische Diskussion, als Daniel Bahr (FDP) am 23. Januar 2005[3] sagte, dass angeblich in Deutschland die Falschen die Kinder bekommen. Einige Jahre später schrieb der Pädagoge Gunnar Heinsohn, das Elterngeld sei eine „Fortpflanzungsprämie für die Unterschicht“ (Heinsohn 2009). Seit Kurzem hat dieser Diskurs mit Thilo Sarrazin („Deutschland schafft sich ab“ 2010) ein weiteres prominentes Sprachrohr erhalten. Die Politik der Fortpflanzung steht in Europa wieder hoch im Kurs. Im Unterschied zu den offensichtlich neo-eugenischen Überlegungen à la Sarrazin operieren andere Politiken der Fortpflanzung unter weitaus ambivalenteren Prämissen und in weniger offensichtlichen Bereichen. So artikulieren bspw. die europäischen WHO-Programme zur reproduktiven Gesundheit geburtensteigernde Ziele. Die vorliegende Analyse macht sich auf die Spurensuche nach diesen weniger sichtbaren Bevölkerungspolitiken im Feld der Gesundheitsförderung.

In der Geschichte staatlicher Gesundheitspolitiken ist die Regulierung von Sexualität und Fortpflanzung kein Novum. Im 19. und 20. Jahrhundert standen Gesundheitsprogramme wie z. B. die Förderung der Müttergesundheit unter dem Zeichen von eugenischen, rassenhygienischen, imperialistischen, nationalistischen und heteronormativen Fortpflanzungspolitiken. Die Optimierung der Fortpflanzung sollte einen „gesunden Staat“, „gesunde Bürger“, eine „gesunde Bevölkerung“ und das „reine Blut“ garantieren. Dabei geriet die Frau als reproduktives Subjekt in den Mittelpunkt biopolitischer Anstrengungen (Bashford 2006, 2004; Porter 1999). Diese Schnittstelle von Gesundheits- und Bevölkerungspolitik setzt sich heute – in abgewandelter Form – z. B. in den UN-Politiken der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte fort.[4]

Die UNO formuliert das Ziel, sexuelle und reproduktive Gesundheit und eine selbstbestimmte Sexualität und Fortpflanzung zu fördern. Seit der UN-Weltbevölkerungskonferenz 1994 in Kairo grenzt sich die UNO deutlich von jeglicher Bevormundungs- bzw. Zwangspolitik (wie Zwangssterilisationen) ab. Aber hat die neue Agenda die bevölkerungspolitischen Implikationen wirklich hinter sich gelassen? Susanne Schultz (2006) zeigt in der (bislang einzigen) umfassenden Analyse, dass die Verschiebung des Fortpflanzungsdiskurses zum Thema „Gesundheit“ die weiterhin bestehenden bevölkerungspolitischen Ziele unsichtbar macht: Unter dem Deckmantel der Gesundheitsförderung verfolgen Entwicklungspolitiken im globalen Süden nach wie vor geburtensenkende Ziele und verhandeln, wer sich auf welche Weise fortpflanzen darf.

Im Anschluss an Schultz’ Untersuchung zur Entwicklungspolitik fragt der vorliegende Text, welche Wirkungsweisen die Politik der reproduktiven Gesundheit im eu-

2 Zu Deutschland vgl. Kahlert (2007), Auth/Holland-Cunz (2007); zu Italien vgl. Krause (2006).
3 Interview mit Daniel Bahr in der BILD am Sonntag vom 23. Januar 2005.
4 Die UN-Agenda der reproduktiven Gesundheit wurde auf der Weltbevölkerungskonferenz 1994 in Kairo verabschiedet. Seither orientieren sich internationale Organisationen und NGOs an diesen Konzepten. Im europäischen Raum wurden die Konzepte 2001 von der WHO Europa offiziell eingeführt und auf die europäische Situation übertragen.

ropäischen Raum hat. Im Fokus des ersten Teils steht die Agenda der WHO Europa (2001), die „reproduktive Gesundheit" explizit für den europäischen Raum spezifiziert. Diskutiert wird, in welcher Weise sich die WHO Europa auf eine biopolitische und gouvernementale Konzeptualisierung von Gesundheit stützt. Im zweiten Teil steht exemplarisch die Analyse einer Ausgabe der WHO-Broschüre „Entre Nous" (2006) im Blickpunkt. Die WHO Europa gibt in dieser Broschürenreihe regelmäßig Empfehlungen an Regierungen und NGOs ab. Drei Aspekte dieser biopolitischen Signatur werden untersucht: das Primat der Bevölkerungsgesundheit, mit dem die Zukunft der „Nation Europa"[5] an eine optimale Fertilitätsrate gekoppelt wird, die Ausdifferenzierung von Risikogruppen, deren reproduktive Verhaltensweisen auf diese Weise als ideal oder weniger ideal konstituiert werden, und die vergeschlechtlichte Dimension der Fortpflanzungsdiskurse. Abschließend wird die Frage untersucht, auf welche Weise die biopolitische Signatur von Gesundheit an ein historisches Kontinuum anknüpft und als ein Organisationsprinzip von Nationalstaatlichkeit gesehen werden muss.

1 Die Agenda der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte

1.1 Die Konferenz von Kairo – ein Paradigmenwechsel

Die UN-Agenda der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (United Nations 1994) gilt als Zäsur in den internationalen Bevölkerungspolitiken seit dem Zweiten Weltkrieg. In den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg richtete sich die Bevölkerungspolitik auf das „Überbevölkerungsproblem" in der sogenannten Dritten Welt. Paul R. Ehrlich (1968) und andere WissenschaftlerInnen vertraten die Auffassung, Familienplanung sei die wichtigste entwicklungspolitische Intervention. Argumentiert wurde damals nicht primär gesundheitlich, sondern ökonomisch (vgl. Connelly 2008; Rainer 2005)[6]: Überbevölkerung wurde als entscheidende Ursache von Armut und Unterentwicklung dargestellt und ein internationales Netzwerk aus Bevölkerungs- und Entwicklungsorganisationen[7] – bekannt als *population establishment* – setzte mithilfe von Regierungen und NGOs weltweit (teilweise repressive) Programme zur Geburtenkontrolle durch. Die Politiken des *population establishments* wurden jedoch zunehmend als rassistisch und frauenfeindlich kritisiert (Hartmann 1995). Als Reaktion auf diese Kritiken verabschiedete das *population establishment* die Agenda von Kairo

5 Im Anschluss an Arndt (2005) verstehe ich „Europa" in diesem Zusammenhang als Metapher für Nation.

6 Fortpflanzung wurde ab der Mitte des 20. Jahrhunderts gesundheitlich gerahmt: Die WHO begründete 1968 Familienplanung offiziell als „important component of basic health services". Diese Betonung der Gesundheit wurde jedoch erst mit der Konferenz 1994 in Kairo paradigmatisch.

7 International Planned Parenthood Federation (IPPF), United Nations Population Fund (UNFPA), die WHO, US-AID, US-Entwicklungsbehörde und die Weltbank.

(United Nations 1994), in der Sexualität und Fortpflanzung auf die Grundlage von Gesundheit und Menschenrechten gestellt wurden. Damit wandten sich die internationalen AkteurInnen offiziell von bevölkerungspolitischen Interventionen ab und verpflichteten sich dem Prinzip der Gesundheitsförderung (Müttergesundheit, Zugang zu Verhütungsmitteln, AIDS-Prävention usw.) und Menschenrechte. Von nun an wollte man für die Gesundheit der Frauen sorgen, statt deren Fortpflanzungsverhalten zu kontrollieren.[8]

Wie ist dieser Paradigmenwechsel einzuschätzen? Haben die neuen Ansätze die problematischen demographischen Interventionen hinter sich gelassen? Schultz (2006) und Hartmann (1995) kommen zu dem Schluss, dass sich in Entwicklungsprogrammen eine neue Form von Fortpflanzungspolitiken etabliert hat. Fortpflanzung erscheint einerseits als Thema der individuellen Rechte, wird aber auf der Grundlage von Risikokalkulationen regierbar. Wichterich (1994) kritisiert außerdem, dass der als feministisch deklarierte Fokus auf die („Dritte-Welt"-)Frau und ihre reproduktive Gesundheit und Selbstbestimmung sich mit der Forderung an Frauen richtet, bestimmte reproduktive Verhaltensweisen zu „lernen". Selbstbestimmung erscheint als etwas, das den „Dritte-Welt-Frauen" erst durch die Programme beigebracht werden muss. Anders gesagt: Die individualisierende Tendenz der neuen Programmatik delegiert sozioökonomische Probleme in die Verhaltensweisen der Individuen – Unterstützungsformen wie Gesundheitsversorgung, der Bau von Krankenhäusern usw. geraten in den Hintergrund. Die Kairo-Kritikerinnen zeigen, dass Frauengesundheit auf der Makroebene (wieder) im Dienst der Demographie steht und dies über die Verbesserung einer individuellen „reproduktiven Gesundheit" legitimiert wird.

Im Jahr 2001 wurden die Konzepte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit auch für den europäischen Raum eingeführt (durch die WHO Europa). „The purpose of this document is to provide strategic guidance to Member States collaborating in the development and implementation of policies and programmes to improve the sexual and reproductive health of their populations" (WHO Europa 2001: 2). Der Transfer der Kairo-Direktiven (1994) in den europäischen Raum ist von der kritischen Forschung bislang kaum beachtet worden.

1.2 Gesundheit ist alles und alles ist Gesundheit

Auf den ersten Seiten der europäischen WHO-Agenda (2001) wird die Einführung der Programme mit einem speziellen Bedarf im europäischen Raum begründet. Die europäischen Regierungen, NGOs und Familienplanungsorganisationen werden von der WHO Europa dazu angehalten, sich künftig verstärkt für die reproduktive Gesundheit einzusetzen und sich dabei auf die Direktiven der WHO zu stützen. Die Organisation adressiert sowohl EU-Staaten als auch Nicht-EU-Staaten und betont einen verstärkten Förde-

8 Die Distanzierung von Zwangsmaßnahmen ist ein wichtiger Fortschritt, und die einzelnen Programme stellen wertvolle Gesundheitsversorgung bereit. Problematisch ist jedoch die Kontinuität bevölkerungspolitischer Ziele in einigen Programmen.

rungsbedarf im Osten Europas (WHO Europa 2001: 2).[9] Die Gesundheitsterminologie der WHO-Agenda verweist auf eine Entwicklung, die von der Gesundheitssoziologie seit den 1970er Jahren als „Prozess der Medikalisierung" beschrieben wird (Illich 1995; Nettleton 1997). Die These von der Medikalisierung besagt, dass immer mehr Lebensbereiche – z. B. Schwangerschaft, Sexualität oder Fortpflanzung – unter den Blick medizinischer Wissensformen geraten. Diese objektivieren sowohl die Körper der Einzelnen als auch den Gesellschaftskörper. Dabei verbinden sich medizinische Expertise und Praxis mit Herrschaftsstrukturen und Machtverhältnissen. Gesundheit, Leben, Tod oder eben Sexualität und Fortpflanzung werden zu politischen Objekten medizinischer Regime (Krajic/Forster/Mixa 2009: 4). In den letzten Jahren hat sich gezeigt, dass der Begriff der Medikalisierung zu eng gefasst ist, da sich der Gesundheitsbegriff auf Bereiche jenseits von medizinischem Wissen ausgedehnt hat. Macht im Bereich der Gesundheit operiert nicht nur über medizinische Expertisen, sondern auch im Rahmen einer neuen „Kultur der Gesundheit" (Brunnett 2007).[10] Mit dem Begriff der sogenannten „Gesundheitsförderung", der auch in den Konzepten der reproduktiven Gesundheit maßgeblich ist, wurde in den internationalen Strategien und Organisationen der Public Health ein sehr weit gefasster Gesundheitsbegriff etabliert: Soziale und psychische Dimensionen von Gesundheit wurden integriert und „Gesundheit und Wohlbefinden" auf die gesamte Bevölkerung bezogen (Brunnett 2007: 172). Der neue Gesundheitsbegriff legte auch eine neue Konzeption des Subjekts nahe: Menschen wurden nicht mehr als passive PatientInnen medizinischer ExpertInnen gesehen, sondern erhielten eine aktive Rolle – die Kompetenzen der Einzelnen im Umgang mit Gesundheit wurden zum Hauptfokus der Gesundheitsförderung. Diese Idee der Selbsthilfe und des „Empowerments" weist widersprüchliche Elemente auf: Naidoo/Wills (2003) und Petersen/Lupton (1996) zeigen, dass Gesundheitsförderung einerseits sozialpolitisch ausgerichtet ist, andererseits aber auch eine neoliberale Programmatik aktiver, eigenverantwortlicher Individuen installiert. Gouvernementalitätstheoretische Gesundheitsanalysen im Anschluss an Foucault (Bröckling/Krasmann/Lemke 2000; Nettleton 1997; Rose 2007; Greco 2000; Petersen/Lupton 1996) thematisieren die Propagierung von individueller Machbarkeit als eine Regierungs-Technologie, mit der Individuen steuernd auf sich selbst einwirken. In den neuen Gesundheitskonzepten verbinden sich Macht- und Herrschaftsweisen mit Subjektivierungsweisen[11], die Regulierung der Gesundheit stützt sich auf die Freiheit der Individuen (Rose 2007; Nettleton 1997), sich rational und präventiv für Gesundheit zu entscheiden und z. B. auf Risikoverhalten oder ungesunde Gewohnheiten zu verzichten

9 Die WHO Europa versteht sich zwar als transnationale Organisation, stellt in ihren Bezugnahmen jedoch gleichzeitig auf nationale Perspektiven, Besonderheiten und Verantwortlichkeiten ab. Zum Verhältnis nationaler und transnationaler Bio-Souveränität vgl. Caldwell (2007).

10 Die Gesundheitssoziologie untersucht heute kulturelle Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, die als sozio-kulturell erzeugte, historische und politisch umkämpfte Konstruktionen in den Blick kommen (Duden/Schlumbohm/Veit 2002; Sawicki 1991; McNay 1992).

11 Die Imperative der Selbsttechnologien sind *programmatische* Leitbilder, die keine Auskunft über soziale Wirkungen geben (Pieper 2007). Auch die vorliegende Untersuchung ist eine *Programmanalyse*, die Reaktionen von Individuen auf solche Programmatiken nicht erfasst.

(Greco 2000).[12] Prävention bedeutet, sich permanent zu optimieren und an die Verhältnisse anzupassen.[13]

Die Idee der Gesundheitsförderung ist nach Schultz (2006, 2003a, 2003b) und Lengwiler/Madarász (2010) im Anschluss an Foucault (2004) das Resultat epidemiologischer Expertise. Die Epidemiologie befasst sich mit der Verbreitung von Krankheiten in der Bevölkerung, sie bezieht sich nicht auf Abläufe im einzelnen Körper, sondern auf die Erforschung von Bevölkerungs*gruppen*. Dabei stützt sie sich auf ein Paradigma der Risikominimierung und Prävention und wird heute als Synonym für Public Health verwendet. „Die Epidemiologie zieht entlang von Korrelationen zwischen bestimmten, als relevant erklärten Risikofaktoren (soziale, psychische, verhaltensbezogene oder körperliche Konstitutionen) und der Häufung bestimmter Krankheiten Rückschlüsse auf mögliche ursächliche Zusammenhänge" (Schultz 2006: 220). Wie Schultz (2003a) am Beispiel der internationalen Safe-Motherhood-Initiative demonstriert, werden einzelne Phänomene als Risikofaktoren isoliert und aus dem sozialen Zusammenhang gerissen. Auf der Grundlage dieser Risikofaktoren werden Normen definiert, wie das reproduktive Verhalten zu gestalten sei. Dabei privilegiert die Epidemiologie Faktoren, die sich als messbar erweisen und leicht zu identifizieren sind: Alter, Erwerbstätigkeit oder biologisches Geschlecht werden im Vergleich zu komplexeren Kategorien bevorzugt.

Die Ausweitung des Gesundheitsbegriffs und die epidemiologischen Risikokalkulationen sind für die Agenda von Kairo (United Nations 1994), aber auch für die europäischen Programme zentral, Gesundheit wird definiert „(...) as a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, reproductive health addresses the reproductive processes, functions and systems at all stages of life" (WHO Europa 2001: 7). Es wird deutlich, dass die WHO Europa sehr viele Bereiche des menschlichen bzw. reproduktiven Lebens unter die Ägide der Gesundheit stellt und dadurch ein breites Spektrum an möglichen Risikofaktoren in den Blick kommt, wie Alter, Migration, Geschlecht, mangelnde medizinische Versorgungsstrukturen, mangelndes Wissen, Gewalt, Geschlechtskrankheiten, HIV, Abtreibung. Die Risikofaktoren werden mit Problemen wie Müttersterblichkeit oder Geschlechtskrankheiten verknüpft und bestimmten Bevölkerungsgruppen zugeordnet. Problematisch dabei ist, dass die WHO die Risikofaktoren als einzelne Ursachen für die Häufung von bestimmten Problemen kalkuliert und in ein vereinfachendes Ursache-Wirkungs-Modell überführt. Komplexere, multidimensionale Analysen bleiben aus. Kalkulationen von Risiken installieren nicht zuletzt eine Perspektive, bei der es grundsätzlich um die Berechnung von Wahrscheinlichkeiten in der Zukunft geht. Die Berechnung von Möglichkeiten installiert also ein Handlungskonzept, das eher die Zukunft imaginiert als die Gegenwart transformiert (Lengwiler/Madarász 2010). Daran schließt die Strategie

12 Gouvernementalitätstheoretisch werden staatliche Strategien und individuelle Selbstbestimmung nicht als Gegensatz gedacht. Gefragt wird vielmehr nach Verbindungen zwischen Fremdführung und Selbstregierung, ohne zu behaupten, beides falle in eins (Schultz 2006).

13 Ein wesentlicher Aspekt neoliberaler Programmatik von Gesundheit ist, den Abbau wohlfahrtsstaatlicher Sicherungssysteme politisch zu legitimieren. Krankheit erscheint zunehmend als selbst zu verantwortendes Versagen (Nettleton 1997).

der Prävention an, in der die Verhaltensweisen von Individuen vorsorglich optimiert werden sollen. So ermöglicht der weite Gesundheitsbegriff zwar die Thematisierung gesellschaftspolitischer und sozioökonomischer Dimensionen, gleichzeitig ist der Risiko-Zuschnitt äußerst verhaltensorientiert, gesellschaftliche Bereiche werden in die Verantwortung der Individuen delegiert. So wirbt die WHO-Programmatik für den Wechsel von einem kurativen zu einem präventiven Fokus (WHO Europa 2001: 25) und nennt als wichtigste Ziele „health promotion" und die Förderung von „personal skills": „SRH is determined to a large extent by behavioural factors. The objective of health promotion is to enable men and women, boys and girls, to increase control over, and to improve, their health" (Ottawa Charter 1986). Oder wie es die WHO Europa in ihrer Agenda (2001: 16) formuliert: „People should be enabled, through information and education, to acquire and maintain behaviour that promotes their own reproductive health".

Sexualität und Fortpflanzung erscheinen als Frage des Gesundheits-Know-hows und des Verhaltens der oder des Einzelnen. Vor diesem Hintergrund definiert die WHO ein Gesundheitswissen, das Menschen sich optimalerweise aneignen sollten bzw. das ihnen beigebracht werden sollte. Als ein Ziel formuliert die WHO Europa „(…) to increase the knowledge of individuals and couples on their right to make free and informed choices on the number and timing of children and to promote the goal of every child being a wanted child" (WHO Europa 2001: 14). Die freie Wahl hat hier eine normative Implikation: Sie soll auf der Grundlage von rationalem Wissen getroffen werden – Selbstbestimmung ist überhaupt erst auf der Grundlage eines bestimmten Wissens über Körper möglich, z. B. dann, wenn Schwangerschaften *geplant* werden. Frauen, die ungeplant schwanger sind, werden nicht als selbstbestimmte AkteurInnen erwähnt. In der WHO-Agenda ist Wahlfreiheit kein universeller Ausgangspunkt, sondern wird vielmehr als *Resultat* einer erfolgreichen Gesundheits-Promotion definiert.[14]

Zuletzt möchte ich auf den Status von MigrantInnen und Flüchtlingen in den Gesundheitsprogrammen eingehen: Die Agenda variiert in ihren Bezügen zwischen europäischen Gesamteinschätzungen, regionalen Ausdifferenzierungen und einer direkten Verortung von Problemen in bestimmten Risikogruppen. Zunächst werden die Bereiche der sexuellen und reproduktiven Gesundeit an Themen und Regionen festgemacht. Relativ unvermittelt geht die Problemdefinition in die Differenzierung der Risikogruppen „MigrantInnen" und „Flüchtlinge" über (WHO Europa 2001: 6) – bestimmte Probleme werden nun nicht mehr in Bereichen oder Regionen verortet, sondern in den Verhaltensweisen der Risikogruppen. Die Individualisierung bestimmter Probleme positioniert MigrantInnen und Flüchtlinge jenseits Europas als TrägerInnen dieser Probleme jenseits ihrer sozioökonomischen und örtlichen Bedingungen. Die WHO fokussiert auf MigrantInnen und Flüchtlinge als besondere Zielgruppe, deren Risikostatus zum einen mit ihrem Status als NichteuropäerInnen begründet wird, deren Vulnerabilität zum anderen auch als Ausdruck bestimmter „kultureller Gepflogenheiten" eingeschätzt wird: „Unwanted pregnancy is common (within migrants), with its attendant risks of induced

14 Schultz (2006) hat diese eingeschränkte Rechtsdefinition bereits in der Agenda von Kairo (United Nations 1994) kritisiert.

abortion and obstetric complications. Migrants are also at risk of STDs and HIV/AIDS as some of them are forced into unprotected sexual relations. There is a high rate of violence against women, including sexual assault such as rape“ (WHO Europa 2001: 8). Der spezielle Risikostatus von MigrantInnen und Flüchtlingen wird durch den ausgedehnten Gesundheitsbegriff unter sozialen und politischen Aspekten wie Gewalt und Aufenthaltsstatus problematisiert. Das macht es im Prinzip möglich, reproduktive Gesundheit von MigrantInnen in einem komplexeren Rahmen als statistischen Berechnungen von Abtreibungskomplikationen oder Müttersterblichkeit zu diskutieren. Gleichzeitig sind die Schwerpunkte stark individualisierend: Bestimmte Probleme werden in gewalttätigen Verhaltensweisen migrantischer Bevölkerungsgruppen verortet und nicht in den Kontext gesellschaftlicher und politischer Diskriminierungsstrukturen gestellt. So wird auch die Forderung nach besseren und spezifischen Versorgungsstrukturen für MigrantInnen mit der These diskutiert, dass kulturelle Gepflogenheiten verändert werden müssen, die bestimmte Gruppen daran hindern, die Angebote in Anspruch zu nehmen. So wird empfohlen: „To actively address all types of gender discrimination among migrant populations, which are violations of internationally accepted gender equity rights“ (WHO Europa 2001: 32). Das Recht auf reproduktive Gesundheit gerät zu einer Frage der Veränderung von genderdiskriminierenden Verhaltensweisen unter migrantischen Bevölkerungsgruppen. Das Gleiche wird in Bezug auf „einheimische“ Risikogruppen nicht gefordert. Die gouvernementalitätstheoretische Einschätzung der europäischen WHO-Agenda zeigt, dass die epidemiologische Fundierung der reproduktiven Gesundheit die *individuellen* Verhaltensweisen in den Vordergrund stellt und gleichzeitig „Bevölkerung“ bzw. bestimmte Bevölkerungsgruppen als Interventionsobjekte auf die Agenda europäischer bzw. nationalstaatlicher Politiken rücken.

Diese biopolitisch-gouvernementale Signatur von Gesundheit ist der Aspekt, an dem einige Jahre später die WHO-Broschüre „Entre Nous“ mit dem Titel: „Low fertility – the future of Europe?“ (WHO Europa 2006) reproduktive Gesundheit mit dem Szenario des Geburtenrückgangs verbindet und die Regulierung der Fortpflanzung diskutiert. Im Folgenden zeige ich anhand dieser Broschüre, wie die Bezugnahme auf eine „europäische“ Geburtenkrise die reproduktive Gesundheit in den Dienst (neo-)nationaler Bevölkerungsziele stellt und dabei als genuin weibliche Domäne re-biologisiert.

2 Vom Aussterben Europas

2.1 Das Primat der Bevölkerungsgesundheit

In der Broschüre[15] lässt die WHO ExpertInnen (ReproduktionsmedizinerInnen, DemographInnen usw.) zu Wort kommen, die die Förderung der sexuellen und reproduktiven

15 In der Broschüre wird nicht immer deutlich, welche ExpertInnen-Positionen die WHO als ihre eigenen übernimmt. Ich schlage deshalb vor, die Broschüre als ein diskursives Feld zu definieren, das hier beispielhaft untersucht wird, jedoch nicht als die WHO-Position angesehen werden kann.

Gesundheit als Mittel gegen die demographische Krise in Europa einschätzen sollen: „We have invited authors, specialist in this field from academic institutions, professional associations and UN agencies to discuss the role of the health care services in increasing the birth rates" (WHO Europa 2006: 3). Nygren/Lazdane (WHO Europa 2006: 11) kommen zu dem Schluss: „Fertility healthcare is part of the actions to increase the fertility of the population and consists of prophylactic measures and available and effective infertility treatment". Die ExpertInnen greifen die These über die Krise des Geburtenrückgangs unhinterfragt auf[16]. Die Frage der Gesundheit gerät zu einer Frage der optimalen Fertilitätsrate für die Zukunft der „Nation Europa". Botev (WHO Europa 2006: 6) konstituiert ein Primat der Bevölkerungsgesundheit, indem er die Frage nach der Notwendigkeit pronatalistischer Interventionen als Frage des Seins oder Nicht-Seins diskutiert: „To Be or Not To Be. This Hamletian question has been on the minds of many policy-makers in Europe". Die Geburtenkrise erscheint als dramatische Existenzkrise: „All this raises the issue of finding the most effective and efficient ways and means to react to the dramatic demographic changes in Europe" (Botev, WHO Europa 2006: 7). Am Beispiel der Reproduktionstechnologien wird das biopolitische Primat ebenfalls deutlich: Die ExpertInnen formulieren ein Recht auf Reproduktionstechnologien als Unterstützung der individuellen Planung und Wünsche („individual goals") von Paaren, gleichzeitig stehen die ExpertInnen im Dienst demographischer Ziele: „Fertility healthcare is part of the actions to increase the fertility of the population and consists of prophylactic measures and available and effective infertility treatment" (Nygren/Lazdane, WHO Europa 2006: 11). Dabei wird die Wirkung der Technologien ausnahmslos positiv eingeschätzt: „The increasing success rates and the better availability in some countries is now reaching the level when the effects of these treatments reach a significant level also for population growth" (Nygren/Lazdane, WHO Europa 2006: 11). Doch wem genau sollen die „treatments" zur Verfügung stehen? Hier zeigt sich eine implizite Ausdifferenzierung der Bevölkerung, da der Zugang zu Technologien anhand von „Paaren" diskutiert wird: „The possibility of a thorough and correct medical investigation and diagnosis of a couple's infertility problem is today in Europe excellent, in most areas. There are hormone tests, ultra-sound and x-ray more readily available, whereas 40 years ago there were hardly any of these" (Nygren/Lazdane, WHO Europa 2006: 11). Der zweite Teil des Zitates zeigt auch, dass das Thema „Zugang" nicht auf der gesetzlichen Ebene, sondern als Frage der Verbreitung und technologischer Möglichkeiten diskutiert wird. Es fehlt die Diskussion über ein universelles Zugangsrecht für alle – homosexuelle Paare, Einzelpersonen, nichtverheiratete Paare oder Mehrfach-Beziehungen bleiben unerwähnt. Ausgeklammert wird auch die Frage, ob Reproduktionstechnologien für nicht-europäische StaatsbügerInnen zugänglich sein sollen und welche behindertenfeindlichen Implikationen die Technologien haben (können). Es gibt keine Reflexion darüber, dass Reproduktionstechnologien im Kontext gesellschaftlicher Machtverhältnisse stehen. Ich interpretiere diese „Blindheit" als Symptom dafür, dass eine bestimmte (ideale) Reproduktionsweise zugrunde gelegt wird, die im Sinne der demographischen Ziele nur noch aktiviert werden muss.

16 Zur Kritik demographischer Wissensformationen vgl. Rainer (2005), Kahlert (2007), Correll (2011).

2.2 Risikofigurationen

Im Folgenden möchte ich einige Risikofigurationen aufzeigen, die in der WHO-Broschüre (2006) der Ausgangspunkt für geburtensteigernde Direktiven sind: die Ausdifferenzierung von West- und Osteuropa sowie die Kategorien Unfruchtbarkeit, Geschlecht und Alter.

Die Broschüre richtet ihr besonderes Augenmerk auf die Länder Osteuropas, denn dort sind die Geburtenraten am niedrigsten. Außerdem erscheint die „Ost-Frau" – ähnlich wie die „Dritte-Welt-Frau" in den Entwicklungsprogrammen – als eine reproduktive Risikofigur, die aufgrund von mangelndem Zugang zu Versorgungsstrukturen und Uninformiertheit häufig bestimmten Problemen wie bspw. Müttersterblichkeit oder Abtreibungskomplikationen ausgesetzt ist (vgl. Rašević/Sedlecki, WHO Europa 2006: 16). Auf den ersten Blick geht es um Versorgung, es werden – hier für Serbien – zugängliche und bezahlbare Verhütungsmittel eingefordert, um die hohe Abtreibungsrate zu reduzieren. Die ExpertInnen thematisieren jedoch in einem weiteren Schritt die „konservative Kultur der Verhütung": „The consequence of the conservative birth control model is the huge number of induced abortions" (Rašević/Sedlecki, WHO Europa 2006: 16). Der Risikoansatz setzt sich zwar für ein flächendeckendes Angebot von Notfallsystemen und Verhütungsmitteln ein, erklärt aber gleichzeitig das Problem der mangelnden Versorgung aus der mangelnden Fähigkeit der Betroffenen, sich Zugang zu Verhütungsmitteln zu verschaffen. Eine weitere Risikofiguration ist Unfruchtbarkeit, die bei heterosexuellen Paaren verortet wird. Sie gilt als Krankheit und formuliert wird ein Recht auf medizinische Unterstützung, ohne jedoch juristische Aspekte des Zugangs auszuleuchten: „Infertility is a disability and infertile couples deserve the moral, legal and economic support of the society to attain the highest standard of reproductive health" (Nygren/Lazdane, WHO Europa 2006: 11). Statt rechtlicher Fragen werden Risikofaktoren wie das Alter von Frauen, ungesunde Lebensweisen, Stress, Übergewicht oder das Sexualverhalten der Männer thematisiert (Nygren/Lazdane, WHO Europa 2006: 10). Im Rahmen der Unfruchtbarkeit werden auch Männer – die sonst kaum Thema sind – relevant: Ihr Sexualverhalten wird für die zunehmende Zahl von Geschlechtskrankheiten und für Unfruchtbarkeit verantwortlich gemacht (Nygren/Lazdane, WHO Europa 2006: 11; Botev, WHO Europa 2006: 6). Männer erscheinen als unfähige Zeuger, die von der künstlichen Befruchtungsmaschinerie zum Kampf gegen die demographische Krise einberufen werden. Weibliche Fruchtbarkeit wird im Risikozuschnitt jedoch nicht nur als Frage von Gesundheit oder Alter diskutiert, sondern auch im Rahmen von sozioökonomischen Dimensionen wie Gleichstellung, Familie und Beruf. Anders als in den internationalen Diskursen, in denen Berufstätigkeit und Gleichstellung als antinatalistische Faktoren gelten, werden sie im europäischen Diskursfeld als geburtensteigernd konzipiert: Ökonomisch selbstständige und berufstätige Frauen haben in Europa aktuell am meisten Kinder. Die ExpertInnen folgern: Wer die Geburtenrate steigern will, muss Frauen fördern. Damit wird Gleichstellung zum biopolitischen Einsatz in der fruchtbaren Zukunft Europas. Wie ich im nächsten Abschnitt zeige, ist die Vergeschlechtlichung der reproduktiven Gesundheit ein konstitutiver Aspekt von Nation.

2.3 Vergeschlechtlichung

In der WHO-Broschüre (2006) wird der Zusammenhang von Fertilität und Berufstätigkeit analysiert:

„[...] countries with high labour force participation rates for mothers have relatively high rates of fertility and countries with low labour force participation for mothers have low fertility. Similarly, gender equity in the workplace and in society generally is correlated to higher fertility rates in a human rights and reproductive rights based approach to issues of population. These agreements embrace the necessity of securing women's rights and equality and involving women in the formulation of laws and policies relating to population and development" (Gauthier, WHO Europa 2006: 9).

Gleichstellung und Berufstätigkeit erscheinen als geburten*steigernde* Faktoren, insbesondere die skandinavischen Länder werden als Vorbilder genannt, weil sie die höchsten Geburtenraten aufweisen. Im Gegensatz dazu wird Russland mit seiner niedrigen Geburtenrate als rückständig dargestellt: Russische Frauen leben in unverhältnismäßig prekären und patriarchalen Verhältnissen (Gauthier, WHO Europa 2006: 8). Sozioökonomische bzw. politische Faktoren werden in gesundheitliche umgedeutet und werden bevölkerungspolitisch objektivierbar. (Geschlechter-)Gerechtigkeit wird danach verhandelt, wie viele gesunde Kinder europäische Frauen gebären (sollen): „It appears that the combination of the availability of high-quality childcare, extensive equitable parental leave, and a general environment of equality between men and women, work together to contribute to higher levels of fertility" (Gauthier, WHO Europa 2006: 9). Die emanzipierte europäische Frau wird zur Hoffnungsträgerin für die Zukunft Europas, und ihre biopolitische Fundierung legt ein *bestimmtes* Verhältnis von Frauen zu ihren Körpern, eine *bestimmte* Planung reproduktiver Prozesse, einen *bestimmten* Umgang mit Verhütungsmitteln und – neu – auch einen *bestimmten* Umgang mit Reproduktionstechnologien nahe. Kurz gesagt: In der Programmatik wird „Weiblichkeit" mit reproduktiven Lebensweisen gleichgesetzt und heteronormativ re-biologisiert. Dadurch werden Frauen zu Schlüsselfiguren staatlicher Fortpflanzungspolitiken, zum „öffentlichen Ort" (Duden/Schlumbohm/Veit 2002). Re-aktualisiert wird ein historischer Topos, der die Gebärfähigkeit von Frauen mit dem Fortbestehen der Nation (bzw. Europas) verbindet und „Bevölkerung" als genuin „europäisch" untermauert. Dies führt mich zum letzten Aspekt meiner Ausführungen, in dem ich deutlich machen möchte, dass die WHO-Diskurse an ein historisches Kontinuum anknüpfen, in dem die Verknüpfung von Bevölkerung, Gesundheit und Fortpflanzung ein grundlegendes Organisationsprinzip der modernen Nation ist.

3 Gesundheit und Fortpflanzung – eine historische Allianz

Michel Foucault (1984) untersucht die Politiken der Gesundheit im 18. und 19. Jahrhundert als konstitutives Element in der Fundierung des bürgerlichen Familienideals. Gesundheitsexpertisen installieren die Familie als *den* Ort der reproduktiven Prozesse

und der Gesundheit. Im Gegensatz zu Foucault analysiert Dorothy Porter (1991, 1999) die Entstehung der öffentlichen Gesundheitspolitiken (Public Health) im 18. Jahrhundert als entscheidende Voraussetzung für die Formierung des (kolonialen) Staates. Porter arbeitet am Beispiel Schwedens, Englands und Deutschlands heraus, auf welche Weise die Soziogenese gesundheitlicher Konzepte eine Zentralisierung der Macht in den Institutionen des Staates ermöglichte: Die Idee der Volksgesundheit fundierte Staatsbürgerlichkeit von Anfang an als „healthy Citizen": „The strength of the state is calculated in terms of the health of its subjects" (Porter 1999: 165). Dabei proklamierten schon die „Ärzte der Aufklärung" in Anlehnung an die antike Philosophie eine Pflicht der persönlichen Hygiene- und Selbstsorge durch Diäten, Sportlichkeit und Sauberkeit (Sarasin 2001). In vielen Ländern wurden im Verlauf des 18. und 19. Jahrhunderts staatliche Überwachungsregime (wie bspw. die „medical police" in England oder die „medizinische Polizey" in Deutschland (vgl. Toppe 1998)) eingeführt. Die „Gesundheitspolizei" verhängt Quarantänegesetze bei Epidemien und kontrolliert das Hygieneverhalten der Bevölkerung. Historische Analysen (Bashford 2004; Porter 1999; King 2002; Brown/Bell 2008) zeigen die koloniale und vergeschlechtlichte Genealogie des gesunden Bürgers. Ideen der Reinheit bzw. Reinlichkeit (purity) und Immunität entstanden als Bollwerk gegen die als kontaminiert und ansteckend imaginierte Drohung aus den Kolonien[17] und ebneten den Weg für rassenhygienische/eugenische Denkweisen im 19. Jahrhundert: „[...] public health was in part about segregation (of the diseased from the clean, the fit from the unfit, the immune from the vulnerable), so was race a segregative discourse" (Bashford 2004: 2).

Im Zuge von Mütter- und Kindergesundheits-Interventionen wurden die Gesundheitspolitiken vergeschlechtlicht. Bevölkerungsqualität wurde insbesondere in England mit der Gesundheit von Müttern verknüpft. Diese Tendenz verstärkte sich in der Zwischenkriegszeit durch die sinkenden Bevölkerungszahlen. Sexualität, Fortpflanzung und Mutterschaft wurden im 19. und 20. Jahrhundert kontinuierlich von eugenischen Organisationen und ExpertInnen verhandelt.[18] Die Verbesserung der Müttergesundheit zur Steigerung der Geburtenraten entwickelte sich zum zentralen Anliegen britischer Gesundheitspolitiken. Dabei wurde Mutterschaft zur biologischen Garantin des Staates und der reinen Rasse (Hill-Collins 2000; Porter 1999). Bashford (2004; 2006) und Armstrong (1993) stellen für England seit dem Ende des 19. Jahrhunderts eine Prämisse der Eigenverantwortung heraus, die neben der staatlichen Kontrolle vermehrt auch eine gesundheitlich-rassifizierte Selbstsorge und das reproduktive Selbstmanagement betonte: „Healthy habits and conduct were made desirable for the dutiful citizen, a simultaneous desire for self-fulfilment and of personal responsibility for the nation/race" (Bashford 2004: 173). Das Ineinandergreifen eugenischer und hygienischer Projekte mündete im 19. und 20. Jahrhundert in biopolitische Regulierungen wie rassifizierte und vergeschlecht-

17 Zu den Quarantänepolitiken vgl. Bashford (2004) und Brown/Bell (2008). Eine Fortsetzung infektiöser Gefahrenszenarien sind die heutigen Diskurse zur AIDS-Krise in der „Dritten Welt" vgl. King (2002).

18 Die Verzahnung von Geburtenkontrollbewegung, Sexologie, Eugenik, Rassenhygiene, soziale Hygiene usw. kann hier nicht vertieft werden, vgl. dazu Porter/Hall (1995). Für die Verschränkung von Public Health und Eugenik vgl. Porter (1991;1999) und Weingart (1998).

lichte Selbstverhältnisse sowie in totalitäre Politiken.[19] Die historische Skizzierung zeigt, dass die Allianz von Gesundheits- und Fortpflanzungspolitiken ein Strukturierungsprinzip moderner Gesellschaften und Nationen darstellt. Diese Allianzen bestehen in den europäischen Konzepten der reproduktiven Gesundheit in abgewandelter Weise fort.

Schlusswort und Ausblick

Meine Eingangsfrage war, ob die menschenrechtsbasierten WHO-Konzepte der reproduktiven Gesundheit Fortpflanzungspolitiken außen vor lassen. Tatsächlich zeigt sich in den WHO-Diskursen zur reproduktiven Gesundheit eine (historische) Machtformation, die bevölkerungspolitische Ziele in die „gesunden" und „freien" Entscheidungsprozesse der Individuen selbst verlagert. Am Beispiel der europäischen WHO-Agenda 2001 und der WHO-Broschüre „Entre Nous" (2006) habe ich untersucht, in welcher Weise Gesundheit, aber auch Geschlechtergerechtigkeit und Selbstbestimmung in der Pflicht eines *europäischen* Bevölkerungsoptimums stehen. Weiter habe ich diskutiert, dass dabei die Fiktion einer (biologischen) „Nation Europa" installiert wird, die Fortpflanzung als weibliche Domäne (und nationale Pflicht) konstituiert.

Vieles bleibt offen. Meine Analysen beziehen sich – als Ergänzung zu Schultz' Untersuchungen im globalen Süden (2006) – auf das Hauptdokument der WHO Europa zur Einführung der reproduktiven Gesundheit im europäischen Raum sowie auf ein Spezialheft zur sinkenden Fertilität. Es bleibt differenziert zu untersuchen, welche Entwicklung die Konzepte bis heute gemacht haben – z. B. die zunehmende Unterscheidung von reproduktiver und sexueller Gesundheit in den letzten Jahren oder die Rolle der Männer. Offen bleiben auch die Fragen, unter welchen Bedingungen die Programme soziale Wirkmächtigkeit erhalten, und ob reproduktive Gesundheit und Rechte überhaupt als universelles Programm gefasst werden können. Die dringendste Frage aber lautet: Wie kann die reproduktive Gesundheit wieder in feministischer Debatten geholt werden, in denen auch andere Kriterien zur Grundlage individueller Entscheidungen gemacht werden als die der gesundheitlichen Risikominimierung (vgl. Schultz 2006)?

Literaturverzeichnis

Armstrong, David. (1993). Public Health Spaces and the Fabrication of Identity. *Sociology*, 27(3), 393–410.

Arndt, Susan. (2005). Mythen des weißen Subjekts: Verleugnung und Hierarchisierung von Rassismus. In Maureen M. Eggers, Grada Kilomba, Peggy Piesche & Susan Arndt (Hrsg.),

19 Dean (1999) hat beschrieben, dass die biopolitische Regulierung des Lebens historisch oft von der Macht des Todes begleitet wurde (wie z. B. im Nationalsozialismus). Die biopolitische Produktion des Lebens muss unterschieden werden von rassenhygienischen Auslöschungspolitiken, die gegen Jüdinnen und Juden und andere gerichtet wurden. Zur Verschränkung von Rassenhygiene, Geschlecht und Gesundheit im Nationalsozialismus vgl. Bock (1983, 1991) und Weindling (1989).

Mythen, Masken und Subjekte. Kritische Weißseinsforschung in Deutschland (S. 340–362). Münster: Unrast-Verlag.

Auth, Diana & Holland-Cunz, Barbara. (2007). *Grenzen der Bevölkerungspolitik. Strategien und Diskurse demographsicher Steuerung*. Frankfurt/M.: Barbara Budrich Verlag.

Bashford, Alison. (2004). *Imperial Hygiene: A Critical History of Colonialism, Nationalism and Public Health.* New York: Palgrave Macmillan.

Bashford, Alison. (2006). Global Biopolitics and the History of World Health. *History oft he Human Science*, 19 (1), 67–88.

Bock, Gisela. (1983). Racism and Sexism in Nazi Germany: Motherhood, Compulsory Sterilization, and the State. *Signs,* 8 (3), 400–421.

Bock, Gisela. (1991). *Maternity and Gender Policies: Women and the Rise of the European Welfare States, 1880s–1950s*. London: Routledge.

Botev, Nikolai. (2006). Is Europe trapped in/by low fertility? *Entre nous. The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, WHO Europa (Hrsg.), (63), 4–7.

Bröckling, Ulrich; Krasmann, Susanne & Lemke, Thomas. (2000). *Gouvernementalität der Gegenwart – Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Brown, Tim; Bell, Morag. (2008). Imperial or postcolonial governance? Dissecting the genealogy of a global public health strategy. *Social Science & Medicine,* 67 (10), 1571–1579.

Brunnett, Regina. (2007). Foucaults Beitrag zur Analyse der neuen Kultur von Gesundheit. In Roland Anhorn; Frank Bettinger & Johannes Stehr (Hrsg.), *Foucaults Machtanalytik und Soziale Arbeit. Eine kritische Einführung und Bestandsaufnahme* (S. 169–184). Wiesbaden: VS.

Caldwell, Anne. (2007). Die Regierung der Menschheit. Gouvernementalität und Bio-Souveränität. In Susanne Krasmann & Michael Volkmer (Hrsg.), *Michel Foucaults „Geschichte der Gouvernementalität" in den Sozialwissenschaften. Internationale Beiträge* (S. 107–126). Bielefeld: transcript.

Connelly, Matthew. (2008). *Fatal Misconception: The Struggle to Control World Population.* Cambridge: Belknap Press.

Correll, Lena. (2011). Das Gespenst des deutschen Geburtenrückgangs. Eine kritische Analyse wissenschaftlicher Diskurse zum Bevölkerungswandel. *Femina Politica*, 20 (1), 101–110.

Dean, Mitchell. (1999). *Governmentality: Power and Rule in Modern Society.* London: Sage Publications.

Duden, Barbara; Schlumbohm, Jürgen & Veit, Patrice. (2002). *Geschichte des Ungeborenen. 20 Jahre Erfahrungs- und Wissensgeschichte der Schwangerschaft: 17.–20. Jahrhundert.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Ehrlich, Paul R. (1968). *The Population Bomb*. New York: Ballantine.

Foucault, Michel. (1984). The Politics of Health in the Eighteenth Century. In Paul Rabinow (Hrsg.), *The Foucault Reader* (S. 273–289). New York: Pantheon Books.

Foucault, Michel. (2004). *Geschichte der Gouvernementalität. Bd. 1: Sicherheit, Territorium, Bevölkerung. Vorlesung am Collège de France 1977–1978*. Hrsg. von Michel Sennelart. Frankfurt/M.: Suhrkamp 2004.

Gauthier, Jane. (2006). Human rights considerations in addressing low fertility. *Entre nous. The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, WHO Europa (Hrsg.), (63), 8–9.

Greco, Monica. (2000). Homo Vacuus. Alexithymie und das neoliberale Gebot des Selbstseins. In Ulrich Bröckling, Susanne Krasmann & Thomas Lemke (Hrsg.), *Gouvernementalität der Gegenwart – Studien zur Ökonomisierung des Sozialen* (S. 266–288). Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Hall, Lesley & Porter, Roy. (1995). *The Facts of Life: The Creation of Sexual Knowledge in Britain, 1650–1950.* Yale: University Press.

Hartmann, Betsy. (1995). *Reproductive Rights and Wrongs. The Global Politics of Population Control.* Boston: South End Press.

Heinsohn, Gunnar. (2009). Elterngeld – Fortpflanzungsprämie für Unterschicht. Welt Online, 3. November 2009. Zugriff am 28. Februar 2013 unter http://www.welt.de/politik/deutschland/article5061827/Elterngeld-Fortpflanzungspraemie-fuer-Unterschicht.html

Herzlich, Claudine. (1998). Soziale Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld. In Uwe Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (S. 171–180). Weinheim: Juventa.

Hill-Collins, Patricia. (2000). It's all in the family: Intersections of gender, race, and nation. In Uma Narayan & Sandra Harding (Hrsg.), *Decentering the center: Philosophy for a multicultural, postcolonial, and feminist world* (S. 156–176). Bloomington: University Press.

Illich, Ivan. (1995). *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens.* München: Beck.

Kahlert, Heike. (2007). Demographische Frage, „Qualität" der Bevölkerung und pronatalistische Politik – ungleichheitssoziologisch betrachtet. *Prokla,* 37 (1), 61–75.

Kickbusch, Illona. (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

King, Nicholas. (2002). Security, disease, commerce: ideologies of postcolonial global health. *Social Studies of Science*, 32 (5–6), 763–789.

Krause, Elizabeth L. (2006). Dangerous Demographies and the Scientific Manufacture of Fear. Selected Publications of EFS Faculty, Students, and Alumni. Paper 4.

Krajic, Karl; Forster, Rudolf & Mixa, Elisabeth. (2009). Die Gesundheitsgesellschaft – eine Herausforderung für eine theoretisch orientierte Gesundheits- und Medizinsoziologie? *ÖZS*, 34, 3–12.

Lengwiler, Martin & Madarász, Jeannette (Hrsg.). (2010). *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik.* Bielefeld: transcript.

McNay, Lois. (1992). *Foucault and Feminism: Power, Gender and the Self.* Cambridge: Polity Press.

Naidoo, Jennie & Wills, Jane. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung.* Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Nettleton, Sarah. (1997). Governing the risky self. How to become healthy, wealthy and wise. In Alan Petersen & Robin Bunton (Hrsg.), *Foucault, health and medicine* (S. 207–222). London, New York: Campus.

Nygren, Karl & Lazdane, Gunta. (2006). Current trends für fertility – and infertility – in Europe. *Entre nous. The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, WHO Europa (Hrsg.), (63), 10–11.

Petersen, Alan & Lupton, Deborah. (1996). *The new public health: Health and self in the age of risk.* Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.

Pieper, Marianne. (2007). Armutsbekämpfung als Selbsttechnologie. In Roland Anhorn; Frank Bettinger & Johannes Stehr (Hrsg.), *Foucaults Machtanalytik und soziale Arbeit. Eine kritische Einführung und Bestandsaufnahme* (S. 93–107). Wiesbaden: VS.

Porter, Dorothy. (1991). „Enemies of the Race": Biologism, Environmentalism, and Public Health in Edwardian England. *Victorian Studies,* 34 (2), 159–178.

Porter, Dorothy. (1999). *Health, Civilization and the State. A history of public health from ancient to modern times*. London, New York: Routlegde.

Porter, Roy & Hall, Lesley. (1995). T*he Facts of Life: The Creation of Sexual Knowledge in Britain, 1650-1850.* New Haven: Yale University Press.

Rainer, Bettina. (2005). *Bevölkerungswachstum als globale Katastrophe. Apokalypse und Unsterblichkeit*. Münster: Westfälisches Dampfboot.

Rašević, Mirjana & Sedlecki, Katarina. (2006). Low fertility, low modern contraceptive prevalence and the high number of abortions – the case of Serbia. *Entre nous. The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, WHO Europa (Hrsg.), (63), 16–17.

Rose, Nicolas. (2007). *The Politics of Life itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton: University Press.

Sarasin, Philip. (2001). *Reizbare Maschinen: Eine Geschichte des Körpers 1765–1914*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
Sarrazin, Thilo. (2010). *Deutschland schafft sich ab. Wie wir unser Land aufs Spiel setzen.* München: DVA.
Sawicki, Jana. (1991). *Disciplining Foucault: Feminism, Power, and the Body.* London: Routledge.
Schultz, Susanne. (2003a). Neoliberale Transformationen internationaler Bevölkerungspolitik: Die Politik Post-Kairo aus der Perspektive der Gouvernementalität. *Peripherie,* 92 (23), 452–480.
Schultz, Susanne. (2003b). Von der Regierung reproduktiver Risiken. Gender und die Medikalisierung internationaler Bevölkerungspolitik. In Marianne Pieper & Encarnación Gutiérrez Rodriguez (Hrsg.), *Gouvernementalität. Ein sozialwissenschaftliches Konzept in Anschluss an Foucault* (S. 68–89). Frankfurt/M.: Campus.
Schultz, Susanne. (2006). *Hegemonie – Gouvernementalität – Biomacht. Reproduktive Risiken und die Transformation internationaler Bevölkerungspolitik.* Münster: Westfälisches Dampfboot.
Toppe, Sabine. (1998). Die Polizey und die Mütter. *Einblicke. Forschungsmagazin der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg*, *14* (27), 14-16.
United Nations. (1994). *Programme of Action of the United Nations International Conference on Population & Development*. Kairo.
Weindling, Paul. (1989). *Health, Race and German Politics Between National Unification and Nazism 1870–1945*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.
Weingart, Peter. (1998). The *Thin Line* Between Eugenics and Medicine. In Norbert Finzch & Dietmar Schirmer (Hrsg.), *Identity and Tolerance* (S. 397–412). Washington, D.C.: Cambridge University Press.
WHO Europa. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Zugriff am 5. Januar 2013 unter http://www.euro.who.int/de/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion
WHO Europa. (2001). *Regional Strategy on sexual and reproductive health.* Denmark.
WHO Europa. (2006). Low fertility – the future of Europe? *Entre Nous. The European Magazine for Sexual and Reproductive Health, (63).*
Wichterich, Christa. (Hrsg.). (1994). *Mensch nach Maß. Bevölkerungspolitik in Nord und Süd.* Göttingen: Lamuv.

Zur Person

Franziska Schutzbach, MA, Assistentin am Zentrum Gender Studies Basel, Schweiz. Arbeitsschwerpunkte: Biopolitik und Gouvernementalität, internationale Gesundheitspolitiken, Demographie, Geschlecht.
Kontakt: Petersgraben 9/11, CH-4051 Basel, Tel.: +4176 377 11 91
E-Mail: franziska.schutzbach@unibas.ch