

Von der Regierung reproduktiver Risiken

Gender und die Medikalisierung internationaler Bevölkerungspolitik

Susanne Schultz (2003:, in: Marianne Pieper, Encarnación Gutiérrez Rodríguez (Hg.):Gouvernementalität. Ein sozialwissenschaftliches Konzept in Anschluss an Foucault, Campus Verlag Frankfurt a.M, S. 68 -89)

Ein individuelles *proyecto de vida* (Lebensprojekt) zu haben, Ziele wie Selbstwertgefühl und Kontrolle über das eigene Leben hoch zu schätzen, ist - so Veronica Schild über die Geschichte der chilenischen Frauenbewegung – „eine der erfolgreichsten Hinterlassenschaften des Frauenaktivismus der 80er Jahre“. Heute allerdings sei der „feministische Lehrplan“, die Strategien des Empowerment, in eine zweite Phase des neoliberalen Projektes in Chile eingebunden und habe sich unter anderem in einer Klientelisierung armer Frauen ausgewirkt. Schild schreibt:

„Die Kultivierung individualistischer, sich selbst regulierender Subjekte als Produzenten und Konsumenten des sich selbst regulierenden Marktes ist das ethische Ziel des sozialen Programms der Concertación-Regierung. [...] arme Frauen und Arbeiterinnen [werden] ermutigt, ‚selbständige, verantwortliche Bürgerinnen‘ zu werden und dieses Staatsbürgertum auf dem Markt als Produzentinnen und Konsumentinnen auszuüben. Die Schattenseite dieses individualistischen Appells an Frauen als selbst-regulierte Subjekte ist, dass jede Frau für sich dazu aufgerufen ist, sich alleine durchzuschlagen und es auf dem Markt ‚zu schaffen‘ – oder eben nicht.“ (Schild 2002: 5, 8)

Wie feministische Diskurse über Selbstbestimmung und Empowerment in neue, herrschaftsförmige Modelle der Subjektivierung uminterpretiert und integriert werden, ist heute eine zentrale Frage feministischer politischer Theoriebildung – nicht nur in Chile. In diesem Text möchte ich bevölkerungspolitische Diskurse diesbezüglich untersuchen und fragen, welche Anregungen die theoretischen Konzepte bieten, die in der letzten Zeit unter dem Schlagwort Gouvernementalitätsstudien verhandelt werden, und auf welche Grenzen sie stoßen (vgl. Bröckling/Krasmann/Lemke 2000; O’Malley/Weir/Shearing 1997; Burchell/Gordon/Miller 1991).

Diese Studien beziehen sich auf den weit gefassten Begriff der Regierung als „Führung der Führungen“¹, mit dem Foucault versucht, die Vermittlung zwischen Machttechnologien und Subjektivierung, zwischen Fremd- und Selbstführung, als nicht aufeinander reduzierbare, aber auch nicht als Gegensatzpaar zu fassende Elemente eines Kontinuums zu begreifen (vgl. Foucault 2000).² Daran anknüpfend fragt diese Forschung nach aktuellen Verschiebungen von Subjektivitätskonstruktionen und danach, wie diese mit neoliberalen politischen Rationalitäten vermittelt sind. Schlagwort ist eine „Ökonomisierung des Sozialen“. Gemeint ist unter anderem, dass neue Wissensformen entstehen, in deren Zentrum eine individualisierte Form des Selbstmanagements steht – Wissensformen, die sich als Ressourcen für eine möglichst effiziente und dynamische Anpassung des Individuums an die sozialen Verhältnisse darstellen. In diese Wissensformen gehen auch Diskurse und Praktiken sozialer Bewegungen ein, die aber in diesem Prozess uminterpretiert, dekontextualisiert und entpolitisiert werden.

Um die Uminterpretation gesellschaftskritischer Erkenntnisse in individuelle Ressourcen zur „dynamischen Anpassung“ an die Verhältnisse zu beschreiben, spielt der Begriff der Risikotechnologien in den Gouvernementalitätsstudien eine wichtige Rolle. Mit Risiken sind dabei keine objektiven Bedrohungen, sondern diskursive Praktiken gemeint, mit denen gesellschaftliche Probleme und soziale Konfliktstoffe in statistisch erfassbare, objektiv erscheinende Unsicherheitsfaktoren umformuliert werden. Diese so konstruierten Unsicherheiten erscheinen

1 Der Begriff der Regierung bleibt bei Foucault vieldeutig, da er ihn sowohl auf eine historisch begrenzte Technologie der Macht bezieht als auch als Analysekonzept nutzt (vgl. Reichert 2001).

2 Nach Burchell geht es Foucault darum, „die Verbindung zwischen subjectification (Subjektivierung) and subjection (Unterwerfung) zu lockern, ohne sie völlig zu kappen“. Diese gegenseitige Nichtreduzierbarkeit impliziere auch, dass „ihre Beziehungen und Interaktionen nicht notwendigerweise immer harmonisch oder sich gegenseitig bestärkend sind“ (Burchell 1993: 268f., Übers. S.S.). Statt aber die Unterscheidung zwischen Zwang oder Konsens, zwischen Struktur und Handlung als einfaches Gegensatzpaar zu setzen, zielen Foucaults Fragen eher darauf,

mithilfe bestimmter Sicherheitstechnologien wiederum als handhabbar und regulierbar. Risikotechnologien produzieren in diesem Sinne in gleichem Maße Sicherheitsstrategien, wie sie Unsicherheiten hervorbringen (vgl. Lemke 2000b: 34f.; O'Malley 1999).

Im Folgenden möchte ich untersuchen, welche (Risiko-)Technologien, Normen und Wissensformen in aktuellen internationalen Programmen der Bevölkerungspolitik angesprochen werden, die sich auf das Subjekt der "Dritte-Welt-Frau" richten und in deren Zentrum das Konzept der "reproduktiven Gesundheit" steht. Wie werden Frauen in Afrika, Asien und Lateinamerika in Bezug auf ihr "generatives Verhalten" als Subjekte konstruiert und angerufen? Welche Wissensformen über Gesundheit, Risiken und Empowerment gehen in diese ebenso normativen wie normalisierenden Diskurse ein?

Dabei werde ich in drei Schritten vorgehen: Anfangs möchte ich einige Anmerkungen dazu machen, wie Selbstverhältnisse in den Studien gefasst und untersucht werden. Im Hauptteil des Artikels geht es um die Frage, welche neuen Perspektiven die Gouvernamentalitätskonzepte auf diejenigen Subjektivitäten eröffnen können, welche in internationalen bevölkerungspolitischen Programmen angerufen werden. Und schließlich möchte ich einige allgemeine Anmerkungen dazu machen, auf wie unterschiedliche Weise Geschlechterverhältnisse in die Debatte um Gouvernamentalität eingehen könnten.

Programmatische Subjektivitäten als *eine* Fluchtlinie

Wichtig ist es für eine gesellschaftskritische Aneignung des Begriffes der Gouvernamentalität, sich immer wieder in Distanz zu einer positivistischen ebenso wie idealistischen Interpretation zu begeben. Die untersuchten Selbstverhältnisse sind weder als empirische Realität zu verstehen noch als Modelle der Realität oder einfach als von oben aufoktroierte Normen (vgl. Lemke 2000b; O'Malley/Weir/Shearing 1997). Stattdessen stellen sie, so Ulrich Bröckling, durch ihren „appellativen, wenn nicht präskriptiven“ Charakter sowohl Prozesse der Normierung dar als auch Prozesse, in denen das Wissen über das Subjekt erst produziert wird – also gleichermaßen Prozesse der Selbsttechnologien wie der Subjektkonstitution, gleichermaßen Prozesse der Konstruktion von Wissen über gesellschaftliche Verhältnisse wie Formen ihrer Bearbeitung und Regulierung. In diesem Sinne seien die untersuchten Subjektivitäten als Fluchtpunkt zu verstehen, in dessen Richtung ein Bündel eines komplexen Sets von Normen, Wissensformen und Technologien weise – als Vorgabe der „Richtung, in der Individuen verändert werden und sich verändern sollen“ (Bröckling 2001: 5).

Eine kritische Richtung in den Gouvernamentalitätsstudien betont also, dass es darum geht, bestimmte Anordnungen in den Diskursen der Subjektivierung zu problematisieren, anstatt zu behaupten, die untersuchten Programme setzten sich von oben nach unten einfach durch. Sonst liefe eine solche Forschung Gefahr, notwendige materialistische, politökonomische und hegemonietheoretische Anstrengungen zu unterlaufen, Regierungsprogramme in politologischer Manier zu überschätzen – und schließlich das Programm, die Technologien und das Subjekt als Einheit oder als funktionalistisch aufeinander verweisende Elemente eines Gefüges zu interpretieren (vgl. Bröckling/Krasmann/Lemke 2000: 18f.).

Gerade deswegen ist es wichtig, auf die Grenzen der in den Gouvernamentalitätsstudien üblichen Form der Diskursanalyse hinzuweisen, die auch ich im Folgenden anwenden werde. Die Untersuchungen von Regierungsprogrammen, Beratungshandbüchern oder Managementliteratur, die an Selbstverhältnisse appellieren bis sie vorschreiben, nähern sich immer nur *einer* Fluchtlinie im komplexen Bündel der Subjektivierungsprozesse an, während alltagspraktische, lokale oder subkulturelle Diskurse eher vernachlässigt werden. Zudem sagen die Analysen von solchen Texten noch nichts über die Differenz von "verändert werden und sich verändern sollen" aus. Zwei untersuchte Texte können genau gleich lauten – der eine aber als anregend-produktives liberales Programm des Selbstentwurfs funktionieren, der andere als pädagogisch oder sogar repressiv über Sanktionen aufoktroiertes Umerziehungsprogramm. Dementsprechend sollen hier die Anrufungen in den zu untersuchenden

welche Selbstverhältnisse durch Machttechnologien gefördert und welche gebremst werden, bzw. welche Selbstverhältnisse Bedingungen von Machttechnologien sind.

bevölkerungspolitischen Diskursen über Empowerment und Frauengesundheit als "programmatische Subjektivitäten" (vgl. Pühl/Schultz 2001) markiert werden. Es geht sozusagen um das Aufspüren *einer* Fluchtlinie durch die Untersuchung von Texten, in welche die Aushandlungen zwischen internationalen Frauengesundheitsbewegungen und bevölkerungspolitischen Institutionen eingegangen sind, die aber noch nichts darüber aussagen, wie solche Prozesse auf regionaler und lokaler Ebene verlaufen sind, und auch nichts darüber, ob diese Repräsentationspolitiken eher in appellative oder eher in präskriptive Regime eingebunden sind.

Bevölkerungspolitik: Ambivalenzen der Selbstbestimmung

Das Ergebnis der UN-Weltbevölkerungskonferenz von Kairo 1994 wird allgemein als Konsens von Kairo bezeichnet – als Konsens zwischen dem *population establishment*³ und Teilen einer international vernetzten Frauengesundheitsbewegung. Letztere gaben darin ihre prinzipielle Ablehnung demographischer Strategien als gegen die Selbstbestimmung von Frauen gerichtete, aber auch entlang rassistischer und utilitaristischer Prinzipien organisierte Projekte staatlicher Bevölkerungsregulierung auf – und schreiben seitdem ihre Strategien und Forderungen in das Feld der internationalen Bevölkerungspolitik ein (vgl. Higer 1999).

Grundlage dieses Kompromisses war ein auf der Konferenz erstelltes Aktionsprogramm, das die Begriffe „reproduktive Rechte“ und „reproduktive Gesundheit“ etablierte und damit die Entscheidungsfreiheit und informierte Zustimmung von Frauen als Trägerinnen individueller Bedürfnisse und Rechte zu Papier brachte. Bevölkerungspolitische Zwangsmaßnahmen wurden explizit geächtet. Der Konsens von Kairo war damit auch das Ergebnis strategischer Umorientierungen im Feld des *population establishment*, die zwar an dem Ziel festhielten, das Bevölkerungswachstum in Ländern des Südens zu reduzieren, gleichzeitig aber in einer doppelzüngigen Sprache demographische „targets“ auf der Ebene der einzelnen Programme ablehnten. Fokus des in Kairo etablierten Begriffes der reproduktiven Rechte ist die Konzentration auf Frauen als Individuen statt als Teil einer Familie (wie Familienplanungs- oder Mutter-Kind-Programme es propagierten). Außerdem betonen die neuen Gesundheitsprogramme die Notwendigkeit einer aktiven Partizipation von Frauen, anstatt sie nur als passive Empfängerinnen von Verhütungsmitteln wahrzunehmen oder sie gar durch positive und negative „Anreize“ disziplinieren zu wollen.

Zwei konträre Interpretationen dieses Konsenses von Kairo setzten sich innerhalb der feministischen Diskussion durch: Die Frauenorganisationen, welche sich als kooperativ mit dem *population establishment* erklärten, folgerten, dass mit einer Garantie der Entscheidungsfreiheit von Frauen die Kritik an den demographischen Zielen dieser Programme obsolet sei, da diese „immateriell“, d.h. auf der Ebene der konkreten Programme nicht mehr sichtbar geworden seien (vgl. Finkle/MacIntosh 1994: 25). Diejenigen Gruppen, die sich dem Konsens verweigerten und an der in den 80er Jahren formulierten grundsätzlichen Ablehnung von Bevölkerungspolitik festhielten, tendierten dagegen in ihrer Argumentation dazu, den neuen Diskurs der reproduktiven Rechte als reine Fassade zu verstehen, hinter dem sich keine Veränderungen bevölkerungspolitischer Ziele und Methoden abzeichneten.⁴

Die Perspektive der Gouvernamentalitätsstudien, Diskurse über Selbstbestimmung als Teil neuer Formen der Führung zu analysieren, ohne sie darin aufgehen zu lassen, bietet eine Möglichkeit, diese üblichen Interpretationen zu überschreiten. Der Konsens von Kairo kann in diesem Sinne als eine Ausweitung liberaler Regierungsformen und als eine Verschiebung programmatischer Subjektivitäten auf dem bevölkerungspolitischen Terrain verstanden werden. Ziel des *population establishment* ist schließlich nicht das Ende, sondern die Verbesserung demographischer Strategien zur Verringerung der Geburtenraten in Ländern des Südens.

Für eine feministische Kritik bieten die Gouvernamentalitätsstudien insofern die Möglichkeit, die politische Ambivalenz von Selbstbestimmungsforderungen nicht in eine Richtung aufzulösen (vgl. Schultz 1994), sondern sie zum

3 Mit dem *population establishment* ist das dichte Netz multilateraler Organisationen, nationaler Entwicklungsagenturen der Industrieländer sowie Privatstiftungen und Think Tanks gemeint, die sich für eine Reduktion des weltweiten Bevölkerungswachstums einsetzen (vgl. Hartmann 1995).

theoretischen Ausgangspunkt zu machen, d.h. zu problematisieren, inwiefern bestimmte politische Fragen überhaupt adäquat aus der Perspektive der Selbstbestimmung debattiert werden können.

Medikalisierungsstrategien

Wie aber werden individuelle Bedürfnisse und Rechte anschlussfähig für biopolitische Machtstrategien? Formen der Depolitisierung durch medizinische Diskurse sind für diese Frage zentral und bezeichnen Tendenzen, wie sie innerhalb gesundheitskritischer Debatten schon lange unter dem Begriff der Medikalisierung zusammengefasst werden (vgl. Lock/Kaufert 1998). In den Gouvernamentalitätsstudien werden aktuelle Medikalisierungsprozesse dabei nicht vorrangig als Macht verstanden, die über autoritäre Anweisungen medizinischer ExpertInnen oder über Gesetze ausgeübt wird. Vielmehr steht bei neoliberalen Medikalisierungsprozessen das Paradigma der individuellen Gesundheitsverantwortung und der Expansion dessen, was als Risiken für die Gesundheit gilt, im Zentrum (vgl. Weir 1996; Ruhl 1999; Lemke 2000a; Greco 1993).

Medikalisierungsprozesse als Element liberaler Regierungsformen lassen sich auf dem Terrain der Bevölkerungspolitik deutlich erkennen: In den 90er Jahren ist der Begriff der reproduktiven Gesundheit zu einem zentralen Paradigma des bevölkerungspolitischen Diskurses geworden. Gesundheitsfragen dienen seither als Hauptargument für Strategien zur Reduzierung der Geburtenraten – sei es in den Programmen der internationalen Agenturen wie etwa dem UN-Weltbevölkerungsfonds oder in Publikationen von großen Frauen-NGOs. Gesundheitliche Risiken von Schwangerschaft und Geburt, gesundheitsbezogene Argumente gegen Schwangerschaften Jugendlicher oder für einen zeitlichen Mindestabstand zwischen zwei Geburten (*birth spacing*) beherrschen die Debatten. Kritikerinnen des Konsenses von Kairo sprechen deswegen von einer Medikalisierung von Bevölkerungspolitik, in deren Zuge sowohl der Subtext demographischer Ziele ausgeblendet als auch die gesellschaftlichen Reproduktionsweisen auf eine individuelle Ebene reduziert werden (vgl. Morsy 1996; Qadeer 1998; Halfon 1997). Die Argumentation mit der Gesundheit der Frau bringt dabei starke normative Verhaltensvorschriften im Sinne antinatalistischer Strategien hervor. Am Beispiel der Diskurse über „Müttersterblichkeit“ möchte ich im Folgenden zeigen, wie die Medikalisierung bevölkerungspolitischer Strategien über Risikotechnologien organisiert wird und welche politischen Konsequenzen sich für feministische Bewegungen daraus ergeben.

Die Heterogenität von Risikotechnologien – Diskurse über Müttersterblichkeit

Um Medikalisierungsprozesse zu verstehen, spielen in den Texten über Gouvernamentalität die Analysen von Risikotechnologien eine wichtige Rolle. Allerdings legen manche dieser Forschungen nahe, dass es eine Entwicklung der Risikotechnologien weg vom sozialstaatlichen, keynesianischen Modell des Vorsorgestaates hin zum neoliberalen Modell der individuellen Privatversicherung gebe. Wie Lorna Weir bereits gezeigt hat, trifft die Vorstellung eines solchermaßen linear ablaufenden Prozesses allerdings für komplexe biopolitische Machtstrategien nicht zu (vgl. Weir 1996) – so auch nicht für den Diskurs über Müttersterblichkeit, den ich im Folgenden genauer analysieren werde.

Der Diskurs über Müttersterblichkeit, d.h. über die hohe Anzahl von Frauen, die an den Folgen von Komplikationen bei Abtreibung, Schwangerschaft oder Geburt in Ländern Lateinamerikas, Afrikas oder Asiens sterben, ist ein zentrales Element der Medikalisierung bevölkerungspolitischer Strategien. Internationale Frauengesundheitsorganisationen haben seit den 80er Jahren Kampagnen gegen Müttersterblichkeit vorangetrieben, um gegen schlechte bis fehlende öffentliche Gesundheitsdienste und gegen einen Mangel an sicheren Abtreibungsmöglichkeiten zu protestieren sowie allgemein den schlechten Gesundheitszustand armer und sozial unterprivilegierter Frauen zu thematisieren und zu skandalisieren.

4 Nach Kairo wurden letztere Gruppen zunehmend marginalisiert. Der Mainstream der NGOs hat die Frage, welche demographischen Ziele mit Politiken der reproduktiven Gesundheit verfolgt werden, verdrängt. Ebenso wurde die Kritik neomalthusianischer Diskurse, welche Bevölkerungen weiterhin als Variable zur Lösung gesellschaftlicher Krisenphänomene definieren, weitgehend eingestellt.

Seit der Konferenz von Kairo taucht der Topos der Müttersterblichkeit auch in allen Hochglanzbroschüren des *population establishment* als entscheidendes Argument für die Ausweitung ihrer Programme auf. Dabei steht allerdings die Prävention von Müttersterblichkeit durch Familienplanungsprogramme an erster Stelle – mit der bestechenden Logik, dass eine Frau, die nicht schwanger wird, auch nicht an den Folgen einer Schwangerschaft sterben kann.

In die Kampagnen der 1987 gegründeten *Safe Motherhood Initiative*, einer koordinierten Initiative von Weltbank, Weltbevölkerungsfonds, Weltgesundheitsorganisation und privaten Agenturen, gehen unterschiedliche Risikotechnologien zu Müttersterblichkeit ein, die sich zudem im Laufe der 90er Jahre verschoben haben. Zu Beginn der *Safe Motherhood Initiative* standen Versuche im Vordergrund, klinische Risikotechnologien voranzutreiben.⁵ D.h. es wurde vorgeschlagen, über Screening-Programme und Vorsorgeuntersuchungen Faktoren für ein gesteigertes Risiko zukünftiger Geburtskomplikationen zu ermitteln und bei Bedarf Frauen mit solchen "Risikoschwangerschaften" im Rahmen der Schwangerenvorsorge in ein Krankenhaus zur Nothilfe zu überweisen (vgl. UNFPA 1997: 19). Diese Strategie passte sowohl zu neoliberalen Diskursen über Prävention, Kostensenkung (Krankenhausversorgung nur für „Risikoschwangere“) und Dezentralisierung (lokale Gesundheitsposten statt teure Krankenhäuser) als auch zu feministischen Diskursen, die mit Strategien der Prävention, der Ausbildung ‚traditioneller‘ Hebammen und der Stärkung des Gesundheitswissens der Frauen eine Politik der Entmedikalisierung befürworteten (vgl. Pas 2001: 6f.).

Diese klinischen Risikotechnologien gerieten aber mit ausbleibendem Erfolg solcher Programme zunehmend in Misskredit (vgl. World Bank 1999a: 5). Nach zehn Jahren *Safe Motherhood Initiative* sind die Müttersterblichkeitsraten gleich geblieben oder sogar noch gestiegen (Ravindran/Berer 2000; Starrs 1997: 4f.). Die Folgerung, die unter dem Slogan „every pregnancy faces risks“ daraus gezogen wurde und die sich seit Ende der 90er Jahre zum dominanten Paradigma in den internationalen Diskursen über Müttersterblichkeit entwickelt hat, ist die These, dass Komplikationen bei der Geburt weitgehend unvorsehbar, nicht zu verhindern, sehr wohl aber gut zu behandeln seien (vgl. Maine 2000). Die neue Risikotechnologie, die prinzipiell alle schwangeren Frauen in den so genannten Entwicklungsländern als gefährdet konstruiert, hat widersprüchliche Implikationen: Einerseits ist sie Anknüpfungspunkt für Kampagnen von Feministinnen und Gesundheitsbewegungen, um einen Zugang aller Frauen zu gynäkologischer Versorgung und adäquater Geburtshilfe, d.h. auch einen flächendeckenden Zugang zu Krankenhäusern im Notfall zu fordern. In Zeiten der „Gesundheitssektorreformen“, der Privatisierung und des Abbaus öffentlicher Gesundheitssysteme, gibt diese Risikotechnologie insofern sozialen Bewegungen für eine kostenlose öffentliche Gesundheitsversorgung Rückendeckung. Sie ist in diesem Sinne als Wiederbelebung keynesianischer Risikotechnologien, die nicht die Individuen, sondern den Staat zur Verantwortung für die Gesundheit aller BürgerInnen anrufen, zu verstehen.

Andererseits wird der Diskurs über das Risiko bei jeder Schwangerschaft aber auch von den bevölkerungspolitischen Agenturen genutzt, um Schwangerschaften in bestimmten Ländern an sich für gefährlich zu erklären – unabhängig von allen sozialen Bedingungen – und so die Notwendigkeit von geburtenreduzierenden Programme zu betonen. So sind jedenfalls die in der bevölkerungspolitischen Literatur üblichen Berechnungen von nationalen oder sogar kontinentalen Durchschnittsrisiken in Bezug auf die einzelne Frau auch zu verstehen.

„Eine Frau in Afrika wird mit einer Wahrscheinlichkeit von eins zu sechzehn während ihrer reproduktiven Lebensphase an den Komplikationen einer Schwangerschaft sterben, verglichen mit einer Wahrscheinlichkeit von eins zu 1.800 für eine Frau der entwickelteren Länder“ (World Bank 1999b: 14, Übers. S.S.).

Auch wenden die Programme der *Safe Motherhood Initiative* das Problem des mangelnden Zugangs zu Geburtshilfeeinrichtungen neoliberal in Richtung einer individuellen Verantwortung der Betroffenen. Unter dem beliebten Topos des „Zugangs“ erforschen sie weniger das tatsächliche medizinische Angebot als die Frage, ob ein geringer Anteil an Geburten mit professioneller Unterstützung mit einem „Mangel an Informationen und Verständnis“ der Frauen zu tun habe, sich den Zugang zu existierenden Gesundheitseinrichtungen zu verschaffen (vgl. Starrs 1997: 38f.; Ravindran/Berer 2000: 4f.)

Als dritte Risikotechnologie bringen die Diskurse über Müttersterblichkeit schließlich einen auf Risikogruppen gerichtete Perspektive ein, die im Widerspruch zu den bisher genannten Erkenntnissen steht und gegen die

⁵ Weir verweist in ihrer These über die Heterogenität von Risikotechnologien unter anderem auf die spezifische Form des „klinischen Risikos“. Damit ist die Bemessung eines Risikos an einem individuellen Körper gemeint, dessen Logik die von Diagnose und Therapie und nicht die der Kostenminimierung oder Umverteilung von Kosten ist (Weir 1996: 381f.).

keynesianischen Implikationen des universellen Risikobegriffs noch klarer antinatalistische Argumentationen bedient. Sie besteht darin, für bestimmte Gruppen von Frauen ein statistisch erhöhtes Risiko der Müttersterblichkeit zu berechnen: „Eine Schwangerschaft ist besonders riskant für bestimmte Gruppen von Frauen – sehr junge Frauen, ältere Frauen, Frauen mit mehr als vier Kindern“ (WHO 1995: 2). „Schlecht getimte Schwangerschaften“ werden – so die Weltbank, damit zum „Hindernis gegen eine sichere Mutterschaft“ erklärt (World Bank 1999a: 43, Übers. hier und im Folgenden S.S.).

Diese Risikotechnologie, die Frauen in Risikogruppen einteilt, müsste eigentlich in ihrer praktischen Relevanz diskreditiert sein. Denn nach den bisher genannten epidemiologischen Erkenntnissen ist ja das Risiko, an den Folgen einer Schwangerschaft, von Geburtskomplikationen oder auch einer Abtreibung zu sterben, zum einen nicht so berechenbar, dass daraus therapeutische Schlüsse zu ziehen sind, zum anderen auch für eine Jugendliche oder eine ältere Frau bei adäquater Gesundheitsversorgung äußerst gering. Diese dritte Risikotechnologie ist jedoch sehr funktional, um antinatalistische Strategien innerhalb der Diskurse über Müttersterblichkeit zu befördern: So dient sie unter anderem als Anknüpfungspunkt für den zur Zeit stark geförderten Topos der „teenage pregnancies“. Die *Safe Motherhood Initiative* beispielsweise leitet aus solchen Berechnungen über das höhere Risiko der Müttersterblichkeit bei Jugendlichen keine Notwendigkeit für eine bessere medizinische Versorgung für schwangere Jugendliche oder auch sichere Abtreibungsmöglichkeiten ab, sondern Strategien zur Normierung des so genannten generativen Verhaltens. So schlug sie 1997 als „action message“ vor, „die erste sexuelle Aktivität und die erste Geburt zu verschieben“ (Starrs 1997: 21).

Dass der Blick auf Jugendliche von den bevölkerungspolitischen Risikotechnologien stark betont wird, hat einen einfachen Hintergrund: Seit Ende der 90er Jahre hat das *population establishment* den Fokus verstärkt auf diese Zielgruppe gelegt. Denn die aktuelle Generation der Jugendlichen gilt laut der US-amerikanischen Entwicklungsbehörde US-AID als „kritische Generation“. „Die größte Generation junger Leute in der Geschichte wird zur Zeit sexuell aktiv. Dies erregt die Sorge über den dramatischen Anstieg ungeplanter Schwangerschaften“ (US-AID 2000: 50). Dahinter steht die Berechnung eines *population momentum*, eines demographischen Trägheitseffekts, mit dem beschrieben wird, dass trotz allgemein sinkender Geburtenraten die geburtenstärkeren Jahrgänge erst heute sozusagen verzögert das „reproduktive Alter“ erreichen. Deswegen argumentiert der UN-Weltbevölkerungsfonds: „Das *population momentum* kann entscheidend verlangsamt werden, wenn junge Leute dazu befähigt und ermutigt werden, Kinder später in ihrem Leben zu bekommen“ (UNFPA 1999: 4).

Dass auch dieser eindeutig bevölkerungspolitisch motivierte Diskurs und die damit verbundenen Finanzierungsschübe für Jugendprogramme sehr unterschiedlich angeeignet werden können, sei hier nur kurz erwähnt: Während viele feministische Gruppen den Diskurs nutzen, um für die Rechte von Jugendlichen auf Sexualaufklärung und Zugang zu Verhütungsmitteln hinzuwirken, ist das *population momentum* genauso anschlussfähig für konservative Strategien etwa gegen außerehelichen Geschlechtsverkehr und für sexuelle Abstinenz (vgl. Hendrixson 2002: 252f.), wie sie zur Zeit etwa in den USA unter Präsident Bush wieder Aufwind bekommen.

Risikotechnologien als Uminterpretation feministischer Kritik

Die dritte Risikotechnologie funktioniert also als Einschnitt, um demographische Strategien entlang von Altersgruppen zu verfolgen und über medizinische Risiken bestimmte Normen darüber aufzustellen, in welchem Alter und mit welchem Abstand Frauen Kinder bekommen sollten, die sich selbstbestimmt und verantwortlich gegenüber ihrer „reproduktiven Gesundheit“ verhalten.

Der *life cycle approach* weist darauf hin, dass aktuelle Medikalisierungsprozesse in der Bevölkerungspolitik nicht nur über eine Ausblendung des kritischen Wissens geschehen, das Frauenbewegungen über gesellschaftliche Reproduktionsweisen entwickelt haben, sondern auch über eine spezifische Aneignung und Uminterpretation dieses Wissens. Denn diese epidemiologische Perspektive organisiert Kategorien entlang von Altersgruppen und artikuliert den Begriff der reproduktiven Gesundheit damit nicht nur mit biomedizinischem Wissen, sondern auch mit bestimmten Diskursen etwa über die sozialen Probleme von Jugendlichen.

Feministische Medizinkritik hat den Fokus oft auf eine Kritik deterministischer Körperbilder gerichtet – seien es Modelle des Körpers als Maschine, seien es Vorstellungen von immunologischen Regelkreisläufen oder genetischen Kodierungen. Die Gouvernementalitätsliteratur betont jedoch, dass Medikalisation heute nicht nur als eine reine Ausblendung sozialer oder politischer Fragen durch ihre Übersetzung in medizinisch-technische zu verstehen ist. Sie weist vielmehr darauf hin, dass neoliberale Depolitiserungsstrategien im Gesundheitsbereich auch durch eine spezifische und expansive Aneignung dessen wirken, was medizinkritische Bewegungen in der Vergangenheit als soziale und psychische Bedingungen von Gesundheit formuliert haben. Nicht die Ausblendung dieser Wissenskomplexe erscheint dabei als Problem, sondern ihre Umformulierung als Wissensressource des Individuums.⁶

Die durch die bevölkerungspolitische Lobby stark finanzierte Forschung zu reproduktiver Gesundheit bringt eine Fülle von frauenpolitischen Themen hervor, die zu medizinischen Fragen hinzuaddiert beziehungsweise unter diese subsumiert werden – sei es „reproduktive Gesundheit und Gewalt“ oder „reproduktive Gesundheit und schwarze Frauen“. In der Art, wie im Rahmen dieser Diskurse der Begriff des Empowerments verwandt wird, findet allerdings eine Integration dieses Wissens durch Individualisierung und Umkehrung statt: Gesucht wird nach individuellen Ressourcen, welche die Frau aufbringen kann und die gefördert werden sollen, damit sie sich auf der individuellen Ebene gegen strukturelle Zwänge zum Kinderkriegen – zum Beispiel familiärer oder ökonomischer Druck – zur Wehr setzen kann. Empowerment wird dabei zunehmend mit dem epidemiologisch ermittelten gesunden Verhalten identisch gesetzt und daran gemessen. Und emanzipatorische feministische Forschungen etwa zu häuslicher Gewalt müssen diesen Anforderungen gerecht werden, wenn sie sich als anschlussfähig erweisen wollen. So etwa erscheinen in den Veröffentlichungen des *population establishment* der letzten Jahre „schlecht getimte und ungewollte Schwangerschaften“ (z.B. World Bank 1999b: 1) überall als Begriffspaar, so als ob die Nichteinhaltung der vor allem zeitlich vorgegebenen reproduktiven Normen mit einem Mangel an Selbstbestimmung identisch sei.

Nicht nur Umformulierung – auch Verdrängung

Allerdings ist es für eine Kritik dieser Risikotechnologien meines Erachtens wichtig, nicht nur die Strategie der Umformulierung gesellschaftskritischer Diskurse als individuelle Wissensressource zu betrachten, sondern auch zu analysieren, welches Wissen über Reproduktionsweisen in diese Diskurse eingeht und welches doch systematisch ausgeblendet wird.

Zum einen werden gemäß der antinatalistischen Logik solche strukturellen Zwänge völlig ausgeblendet, die Frauen daran hindern könnten, sich für ein Kind zu entscheiden. Typischerweise orientiert sich die von den Frauen-NGOs des Mainstreams geförderte Forschung der „Post-Kairo-Demographie“ ausschließlich an einem „alltäglichen pronatalistischen Zwang“, während strukturelle Bedingungen, die Frauen vom Kinderbekommen abhalten könnten, völlig unerforscht bleiben. Sexuelle Gewalt, ein Mangel an Verhütungsmitteln, kein Zugang zu Abtreibungen, ungewollter ebenso wie „unsicherer“ Sex werden dabei zu Koordinaten, zu Risikofaktoren, die vor allem in Bezug auf ihren quantitativen Effekt für die Geburtenraten von Interesse sind (vgl. Dixon-Mueller/Germain 2000: 70f.).

Zudem besteht die Tendenz im bevölkerungspolitischen Diskurs nach Kairo, dass sozioökonomische Kategorien, die in den 80er Jahren zwar nur im Rahmen des reduktionistischen Konzeptes des ‚Status der Frau‘ verhandelt wurden, tendenziell wieder ganz verdrängt werden. Die verhandelten, auf ihre demographischen Effekte untersuchten sozialen Fragen werden auf eine Mikroebene reduziert und dort insbesondere auf die Themen Gewalt, Bildung, Gesundheit und Rechte eingeschränkt. Soheir Morsy hat in ihrer Kritik an dem Begriff der reproduktiven Gesundheit in ägyptischen Bevölkerungsprogrammen gezeigt, dass das komplexe Thema krankmachender gesellschaftlicher Verhältnisse auf kulturalisierende, rassistische Zuschreibungen reduziert wird. Statt auf gesamtgesellschaftliche Verteilungs- und

⁶ So weist etwa Monica Greco auf die Struktur psychosomatischen Wissens in aktuellen Gesundheitsdiskursen hin. Aus Sicht der Psychosomatik sind die gesundheitsgefährdenden Faktoren nicht mehr klar aufzuteilen in kollektive, individuelle, interne und externe Ursachen, sondern hängen davon ab, wie das Individuum sie interpretiert – denn es ist die einheitliche Perspektive der Psychosomatik, dass Risiken nicht in Bezug auf die Umwelt, sondern in Bezug auf die Biographie und das Individuum bemessen werden (Greco 1993; vgl. auch Lemke 2000a).

Machtfragen einzugehen, werde die Missachtung reproduktiver Rechte oft als ein Problem „der Unterwürfigkeit von Frauen gegenüber männlicher Autorität in Ägyptens patriarchaler Kultur“ dargestellt (Morsy 1995: 173).

Drittens organisiert der schon erwähnte *life cycle approach* das Wissen über soziale Lebensbedingungen entlang von Altersgruppen und blendet damit Unterschiede zwischen Frauen entlang von Einkommen, Klassenlagen, Arbeitsbedingungen etc. tendenziell aus. Soziale Unterschiede werden auf verschiedene "reproduktive Phasen" im Leben einer Frau reduziert, denen unterschiedliche Gesundheitsrisiken zugeschrieben werden (vgl. Qadeer 1998). Insofern tendiert die Einordnung einer Vielzahl feministischer Themen wie sexuelle Rechte, Gewalt etc. in die Kategorien der Altersklassen dazu, sie der Körperlichkeit von Frauen unterzuordnen, um diese wiederum bevölkerungspolitisch motivierten Normen zuordnen zu können. Der *life cycle approach* dient insofern als flexibler Universalismus einerseits dazu, bestimmte Fragen in Bezug auf strukturelle soziale Verhältnisse ganz auszublenden, andere jedoch entlang der Altersgruppen neu zu sortieren.

Letztendlich zeigt sich, dass der antinatalistische *bias*, der als unsichtbar gemachte Voraussetzung weiter den Subtext bevölkerungspolitischer Programme darstellt, dazu führt, dass der Diskurs über Selbstbestimmung stark von statistischen Korrelationen bestimmt ist. Dasjenige Verhalten gilt als selbstbestimmt, das in demographischen Korrelationen am eindeutigsten in einem quantifizierbaren statistischen Verhältnis zu einem Rückgang der Geburtenrate steht (vgl. Hartmann 2002: 263). Neben der Schulbildung für Mädchen, die schon lange in der demographischen Forschung als eindeutigste Korrelation zu geringeren Geburtenraten ermittelt wurde, sind neue Variablen hinzugekommen, die sich auf Antigewaltprogramme oder Sexualaufklärung für Jugendliche beziehen. Aus der Korrelation wird dabei oftmals eine unhinterfragbare Tautologie gemacht: So erklärt etwa die UNFPA, dass das durchschnittliche Heiratsalter oder das Durchschnittsalter bei der Geburt des ersten Kindes die Entscheidungsfreiheit von Frauen in unterschiedlichen Ländern widerspiegeln (DGVN 1995: 13).

Bei der Analyse der in bevölkerungspolitischen Programmen angerufenen Subjektivitäten geht es also tatsächlich um eine Uminterpretation vielfältiger Praktiken und Diskurse aus feministischen Bewegungen in individuelle Ressourcen, die bezüglich der Gesundheit ermittelt werden. Diesen Prozess zu kritisieren reicht aber für eine Kritik dieser Diskurse nicht aus: Es ist auch aufzuzeigen, welche Elemente für eine solche Uminterpretation in Frage kommen und welche nicht, d.h. welcher „soziale Kontext sexuellen und reproduktiven Verhaltens“ (Dixon-Mueller/Germain 2000: 71) überhaupt für relevant erklärt und welcher völlig ausgeblendet wird. Gerade Letzteres lässt sich mit der Analyse der „programmatischen Subjektivitäten“ allerdings nicht, beziehungsweise nur negativ beantworten.

Paradoxien der Vergeschlechtlichung

Die Gouvernamentalitätsstudien bieten also Anknüpfungspunkte für eine Kritik der von bevölkerungspolitischen Programmen angerufenen Subjektivitäten, wenn Risikotechnologien als heterogene konzipiert werden und wenn davon ausgegangen wird, dass kritische Diskurse darin nicht nur umformuliert, sondern auch ausgeblendet werden. Allerdings bleibt die Frage offen, inwiefern diese Anrufungen an das für sich selbst sorgende, sich um seine Gesundheit kümmernde Individuum überhaupt vergeschlechtlicht sind und wenn ja, welche Mechanismen es sind, die diese Anrufungen zu geschlechtsspezifischen machen.⁷

Worauf die neoliberalen Medikalisierungsdiskurse schon hingedeutet haben, ist eine Paradoxie zwischen deterministischer Setzung und voluntaristischer Überschreitung: Einerseits erscheinen die bestehenden Geschlechterordnungen als nicht zu hinterfragende Umweltbedingung (etwa in epidemiologischen Statistiken, die ja die bestehenden sozialen Bedingungen von Gesundheit als Grundlage statistischer Korrelationen zunächst einmal festschreiben) – andererseits wird das in den so vorgegebenen Handlungsoptionen bereits vergeschlechtlichte Individuum als flexibel auf diese Bedingungen reagierende voluntaristische Instanz angerufen. Diese Form neoliberaler

⁷ Auch wenn Diskurse über Fortpflanzung auf den ersten Blick scheinbar offensichtlich geschlechtsspezifisch markiert sind, ist es doch möglich zu argumentieren, dass das darin angerufene, seine Gesundheit selbst managende Individuum als geschlechtsneutral zu konzipieren ist (vgl. Ruhl 1999).

Vergeschlechtlichung ist insofern auch eine allgemeine Grundlage dafür, die Paradoxie der gleichzeitigen Festschreibung und Flexibilisierung von Geschlechtszuschreibungen in neoliberalen Diskursen aufspüren zu können.

In Bezug auf die Anrufung der „Dritte-Welt-Frau“ in den Diskursen zu reproduktiver Gesundheit möchte ich zunächst auf zwei Mechanismen hinweisen, welche die ermöglichten individuellen Handlungsoptionen auf eine spezifische Weise vergeschlechtlichen, und dann fragen, welche Verfahren des Ein- und Ausschlusses in diesen Diskursen des Empowerment wirksam werden.

Künstliche Natürlichkeit

Welche weibliche Natürlichkeit wird in den Diskursen über reproduktive Gesundheit hergestellt?

Die untersuchten Diskurse des *life cycle approach* konstruieren einerseits eine an die Körperlichkeit der Frau geheftete Verletzlichkeit, untermauern diese aber nicht allein mit biomedizinischen Daten, sondern mit abstrakten Angaben über soziale Lebensbedingungen von „Dritte-Welt-Frauen“. Die Medizinsoziologin Imrana Qadeer hat zu Recht kritisiert, dass mit der Medikalisierung von Bevölkerungspolitik Frauengesundheitspolitik auf die Frage der Reproduktion reduziert werde. Die Diskurse über Müttersterblichkeit stellen Schwangerschaften und Geburten selbst als biologische Ursache von gesundheitlichen Problemen dar, statt einen Zusammenhang herzustellen zwischen den Gesundheitsbelastungen schwangerer Frauen und harten Arbeitsbedingungen, Unterernährung oder heilbaren Krankheiten, die nichts mit der „Reproduktion“ zu tun haben. Das von Qadeer kritisierte Konstrukt der „biologischen Verletzlichkeit“ beruht aber, wie bezüglich des *life cycle approach* gezeigt, auf epidemiologischen Daten, welche Fragen wie die Häufigkeit von Abtreibungen oder Gewaltsituationen je nach Altersgruppe einbeziehen. Die „biologische Verletzlichkeit“ ist insofern nicht ein Ausgangspunkt, der aus einem biomedizinischen universellen Wissen hergeleitet wird. Stattdessen ist die spezifische Weiblichkeit der „Dritte-Welt-Frau“, die hier konstruiert wird, erst das Ergebnis ihrer als allgemein gesetzten Lebensbedingungen, die in den epidemiologischen Diskursen aber gleichzeitig wieder ausgeblendet werden.

Die unterstellte weibliche Natur, die Qadeer mit der „biologischen Verletzlichkeit“ angreift, ist insofern auch eine andere als die in der klassischen feministischen Medizinkritik angegriffene Pathologisierung des weiblichen Körpers über medizinische Diskurse. Es handelt sich um eine künstliche, erst über ein Verhalten, das an die Lebensbedingungen angepasst ist, herzustellende weibliche Natürlichkeit, die sich auf soziale Lebensbedingungen gründet, diese aber gleichzeitig ausblendet, indem sie die Aufmerksamkeit auf den individuellen Körper richtet.⁸

Als Selbstsorge umgeschriebene Fürsorglichkeit

Außerdem ist die Anrufung der ihre „reproduktive Gesundheit“ managenden Frau insofern vergeschlechtlicht, als die erwartete „Selbstsorge“ die Sorge der Frau um das Wohl des Kindes immer wieder automatisch mit einschließt. In den bevölkerungspolitischen Diskursen wird einerseits die Neuheit betont, dass aktuelle Strategien gegen Müttersterblichkeit anders als die alten Mutter-Kind-Programme die Gesundheit der Frau als Individuum ernst nähmen und unabhängig von der des Kindes betrachteten. Andererseits schleicht sich aber auch wieder die Anrufung von Frauen als verantwortliche Mütter ein: Schon der Begriff der Müttersterblichkeit selbst verweist darauf, dass hier auch eine konservative Kontinuität gewahrt wird, Frauen sogar dann als Mütter anzusprechen, wenn sie an den Folgen einer Abtreibung sterben (vgl. Rance 2000).

Deutlich wird die Gleichsetzung von Selbstsorge und Sorge für das Kind auch in den Diskursen über *birth spacing*. Zunächst wurde ohne epidemiologische Belege immer wieder unterstellt, dass ein geringer Abstand zwischen Geburten

⁸ Diese Überlegungen lehnen sich an die These an, dass sich der frühe Liberalismus durch die Freiheit eines Individuums auszeichne, das qua menschlicher Natur vernünftig ist, der moderne Liberalismus dagegen durch ein Rationalitätsprinzip geprägt sei, welches die unternehmerische, ökonomische Rationalität erst als künstliches Produkt eines bewusst eingeschlagen „style of conduct“ konzipiere (Burchell 1993: 271).

sich negativ auf die Gesundheit von Frauen auswirke. Als dies in Forschungen einfach nicht nachzuweisen war (vgl. Ronsmans/Campbell 1998), griffen die Diskurse des *population establishment* kurzerhand wieder darauf zurück, Frauen für ein zu geringes Geburtsgewicht der Säuglinge verantwortlich zu machen, wenn die Geburt nicht genug „gespact“ wurde (ein in epidemiologischen Korrelationen eher nachweisbarer Zusammenhang).⁹ Der medikalisierte Diskurs über Schwangerschaft und Geburt tendiert also dazu, die selbstorgende Schwangere immer auch in einer anscheinend ihr allein zukommenden Verantwortung für das Kind anzurufen, dies aber als Teil der Strategie der Selbstverantwortung darzustellen. Gesundheit und Wohlbefinden des Kindes werden dabei völlig an ihren Körper geheftet und auf ihr verantwortliches Verhalten zurückgeführt. Dies mag während einer Schwangerschaft bis zu einem gewissen Grad plausibel sein, verweist aber auch auf die Struktur einer als individuelle Selbstsorge umgeschriebene Zuweisung an Frauen, für das Wohl eines Kindes zuständig zu sein, und dies auch weit über die Schwangerschaft hinaus.¹⁰

Empowerment als Konstruktion der Disempowerment

Vergeschlechtlichungsprozesse in der Anrufung selbstverantwortlicher Individuen müssen auch darauf hin untersucht werden, inwiefern sie durch Ein- und Ausschlussverfahren geprägt sind. Strategien des Empowerment stellen grundsätzlich einen Beratungs- und Betreuungsbedarf für diejenigen fest, die damit gerade als nicht empowered konstruiert werden (vgl. Cruikshank 1999; Bröckling 2001). Die Struktur der Empowerment-Strategie verweist damit auf eine Grenzziehung zwischen denjenigen, die als selbstverantwortliche Individuen eher vorausgesetzt werden, und denjenigen, denen die Fähigkeit zu selbstbestimmtem rationalem Verhalten erst einmal abgesprochen wird – und die der Maßnahmen von Beratung über Training bis zu Sanktionen bedürfen, um dieses zu erlernen. Die Differenz zwischen appellativen und präskriptiven Tendenzen ist hier nicht einfach die zweier Pole eines Kontinuum, sondern eine entscheidende Frage der Hierarchisierung. Denn das Element der Pathologisierung und des Ausschlusses aus den angestrebten Selbsttechnologien ist konstitutiv für den rassistischen Blick auf die „Dritte-Welt-Frau“.

Der Diskurs des Empowerment in den beschriebenen bevölkerungspolitischen Programmen beschreibt einen Abstand der „Dritte-Welt-Frau“ von der in einem eurozentristischen Diskurs unmarkierten, als selbstbestimmt und emanzipiert gedachten Frau. Für das Verständnis der programmatischen Subjektivitäten in der Bevölkerungspolitik ist es ausschlaggebend, dass zwar Gesundheitsverantwortung und Empowerment ins Zentrum gesetzt werden, diese aber nicht als gegebenes Potenzial vorausgesetzt, sondern – wie es die angedeuteten Bilder der biologischen und kulturellen Verletzlichkeit untermauern – durch Bildungsprogramme, die Förderung von Frauen-NGOs und reproduktive Gesundheitsberatung erst herausgebildet werden müssen. Empowermentdiskurse haben in der Bevölkerungspolitik so auch die Funktion einer stark vereinheitlichenden Perspektive auf die defizitäre Position „armer Frauen“ in südlichen Ländern – eine Perspektive, die durchaus schon in der politischen Geschichte des Konzeptes angelegt war.¹¹

Gegenüber dem kollektiven transformatorischen Konzept von DAWN hat das Empowerment des *population establishment* jedoch einen engen, individualisierten und präskriptiven Charakter. Betsy Hartmann erklärt:

„Der Konsens von Kairo definiert das Empowerment von Frauen sehr eingeschränkt. Es ist konzipiert, um sie als geringqualifizierte, gering bezahlte, nicht schwangere Arbeiterinnen, die kein Mutterschaftsgeld erhalten, in die Ökonomie zu integrieren. Es ersetzt die Zwangsmethoden der Bevölkerungskontrolle der Vergangenheit durch die Vorstellung eines selbstdisziplinierten weiblichen reproduktiven Verhaltens, das durch die richtige ‚Wahl‘ moderner Verhütungsmittel gekennzeichnet ist.“ (Hartmann 2002:274)

9 Ein strategischer Plan von US-AID für Tansania (1997-2003) geht so weit, ein „inadäquates Wissen über child spacing“ zu beklagen und hohe Fruchtbarkeit als Hauptrisikofaktor für das geringe Geburtsgewicht von Kindern und Kindersterblichkeit darzustellen – eine These, die nur haltbar ist, wenn von den sozialen Lebensbedingungen und Armut abstrahiert wird (vgl. Richey 1999: 310f.).

10 So gehen in die epidemiologischen Diskurse zu Müttersterblichkeit etwa auch Untersuchungen über die erhöhte Kindersterblichkeit von Halbweisen ein, die ihre Mutter während der Geburt verloren. Solche Erhebungen stellen die Kinderbetreuung als alleinige oder vorrangige Verantwortung der Frau nicht in Frage, sondern schreiben sie fest und stellen in diesem Sinne einen normalisierten Diskurs dar.

11 Sabine Könniger und Mitu Hirshman zeigen dies am Diskurs des Südfrauennetzwerkes DAWN, das den Begriff des Empowerment in entwicklungspolitischen Debatten stark gemacht hat (vgl. Könniger 2001; Hirshman 1995).

Grenzen der Analyse

Die Analysen aus dem Spektrum der Gouvernentalitätsliteratur haben zwar gezeigt, wie feministische Forderungen zu Gesundheit individualisiert und in biopolitische Rationalitäten eingegangen sind beziehungsweise von diesen umformuliert werden. Insofern sagen sie auch etwas darüber aus, auf welche Bedingungen Widerstand gegen bevölkerungspolitische Programme heute trifft. Sie sagen allerdings nichts über die Bedingungen der Hegemonie solcher Subjektivierungsformen aus. Um die Differenz zwischen appellativen und präskriptiven Tendenzen zu betonen, bedarf es anderer Untersuchungsmethoden, um eben pädagogische bis repressive Maßnahmen, die mit der Anrufung der selbstbestimmten Frau gekoppelt sein können, genauer zu analysieren.

Und um nicht selbst einfach die Identität zwischen Macht- und Selbsttechnologien zu behaupten, sind diejenigen Tendenzen innerhalb der Gouvernentalitätsliteratur zu stärken, die nicht nur Regierungsdiskurse und die darin angesprochenen Subjektivitäten ins Zentrum stellen. Stattdessen könnte die Frage angeschlossen werden, welche Konfliktpotenziale eben nicht durch die Umformulierung der Forderungen sozialer Bewegungen in individuelle Leistungsmaxime weginterpretiert werden können. Ebenso ist es interessant zu fragen, wie sich die in den internationalen Programmen sich niederschlagenden und hier untersuchten Fluchtlinien der Subjektkonstruktion wiederum in den lokalen oder regionalen Verhandlungen der „reproduktiven Gesundheit“ verschieben. Und: Wenn es der spezifische Gehalt der neoliberalen Subjektivitäten ist, emanzipatorische Forderungen in individuelle Flexibilitäten umzuformulieren, also zu individualisieren und entkontextualisieren, so besteht immer auch die Möglichkeit, zu rekontextualisieren und zu repolitisieren. Ebenso besteht die Möglichkeit, diejenigen ausgeblendeten Fragen, die noch nicht einmal eine Folie für Medikalierungsprozesse abgeben, d.h. nicht in Risikotechnologien umformuliert werden, aus der Verdrängung zu holen.

Literatur

- Bröckling, Ulrich (2001), „Das unternehmerische Selbst und seine Geschlechter. Subjektivitätsprogramme und Gender-Konstruktionen in Erfolgsratgebern“, Vortrag beim Symposium: Welcome to the Revolution, 9-11.11.2001, Hochschule für Gestaltung und Kunst, Zürich.
- Bröckling, Ulrich/Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas (2000), „Gouvernentalität, Neoliberalismus und Selbsttechnologien“, in: dies. (Hg.): *Gouvernentalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*, Frankfurt/M., S. 7-40.
- Burchell, Graham (1993), „Liberal Government and the Techniques of the Self“, in: *Economy and Society*, Jg. 22, Nr. 3, S. 267-282.
- Burchell, Graham/Colin Gordon/Peter Miller (1993), *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*, Hempstead.
- Cruikshank, Barbara (1999), *The Will to Empower. Democratic Citizens and other Subjects*, Ithaca/London.
- DGVN (Deutsche Gesellschaft für die Vereinten Nationen) (Hg.) (1994), *UNFPA. Weltbevölkerungsbericht 1994*, Bonn.
- Dixon-Mueller, Ruth/Germain, Adrienne (2000), „Reproductive Health and the Demographic Imagination“, in: Harriet B. Presser/Gita Sen (Hg.), *Women's Empowerment and Demographic Processes*, Oxford, S. 69-94.
- Finkle, Jason L./McIntosh, Alison (1994), *The New Politics of Population. Conflict and Consensus in Family Planning*, New York.
- Foucault, Michel (2000): „Die ‚Gouvernentalität‘“ [1977/78], in: Ulrich Bröckling/Susanne Krasmann/Thomas Lemke (Hg.), *Gouvernentalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*, Frankfurt/M., S. 41-67.
- Greco, Monica (1993), „Psychosomatic Subjects and the ‚duty to be well‘. Personal Agency within Medical Rationality“, in: *Economy and Society*, Jg. 22, Nr. 3, S. 357-372.
- Halfon, Saul (1997), „Overpopulating the World. Notes towards a Discursive Reading“, in: Peter Taylor/Saul Halfon/Paul Edwards (Hg.), *Changing Life. Genomes, Ecologies, Bodies, Commodities*, Minneapolis.
- Hartmann, Betsy (1995), *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control and Reproductive Choice*, Boston.
- Hartmann, Betsy (2002), „The Changing Faces of Population Control“, in: Jael Silliman/Anannya Bhattacharjee (Hg.), *Policing the National Body. Race, Gender, and Criminalization*, Cambridge, S. 259-290.
- Hendrixson, Anne (2002), „Superpredator meets Teenage Mom: Exploding the Myth of the Out-of-Control Youth“, in: Jael Silliman/Anannya Bhattacharjee (Hg.), *Policing the National Body. Race, Gender, and Criminalization*, Cambridge, S. 231-258.
- Higer, Amy (1999), „International Women's Activism and the 1994 Cairo Population Conference“, in: Mary K. Meyer/Elisabeth Prügl (Hg.), *Gender Politics in Global Governance*, Maryland/Oxford.
- Hirschman, Mitu (1995), „Women and Development: A Critique“, in: Marianne Marchand/Jane Parpart (Hg.), *Feminism/Postmodernism/Development*, London/New York, S. 42-56.
- Könninger, Sabine (2001), *Das Konzept des Women's Empowerment in der internationalen bevölkerungspolitischen Debatte*, unveröffentl. Magisterarbeit Universität Hannover, Fachbereich Politische Wissenschaft.

- Lemke, Thomas (2000a), „Die Regierung der Risiken. Von der Eugenik zur gen^etischen Gouvernementalität“, in: Ulrich Bröckling/Susanne Krasmann/Thomas Lemke (Hg.), *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*, Frankfurt/M., S. 227-264.
- Lemke, Thomas (2000b), „Neoliberalismus, Staat und Selbsttechnologien. Ein kritischer Überblick über die *governmentality studies*“, in: *Politische Vierteljahresschrift*, Jg. 41, Nr. 1, S. 31-47.
- Lock, Margaret/Kaufert, Patricia (1998), *Pragmatic Women and Body Politics*, Cambridge.
- Maine, Deborah (2000), „What is so Special About Maternal Mortality?“, in: Marge Berer/TK Sundari Ravindran (Hg.), *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues, Special Issue of Reproductive Health Matters*, London, S. 175-181.
- Morsy, Soheir (1996), „Deadly Reproduction among Egyptian Women. Maternal Mortality and the Medicalization of Population Control“, in: Fayne D. Ginsburg/Rayna Rapp (Hg.), *Conceiving the New World Order*, California, S. 162-176.
- O'Malley, Pat (1999), „Governmentality and the risk society“, in: *Economy and Society*, Jg. 28, Nr. 1, S. 138-148.
- O'Malley, Pat/Weir, Lorna/Shearing, Clifford (1997), „Governmentality, Criticism, Politics“, in: *Economy and Society*, Jg. 26, Nr. 4, S. 501-517.
- Pas, Sanne te (2001), *Comparing Campaigns against Maternal Mortality*, London.
- Pühl, Katharina/Schultz, Susanne (2001), „Gouvernementalität und Geschlecht– Über das Paradox der Festschreibung und Flexibilisierung der Geschlechterverhältnisse“, in: Sabine Hess/Ramona Lenz (Hg.), *Geschlecht und Globalisierung*, Königstein Ts., S. 102-127.
- Qadeer, Imrana (1998), „Reproductive Health and Rights: A Public Health Perspective“, in: Centre of Social Medicine and Community Health, Jawaharlal Nehru University (Hg.), *Reproductive Health in India's Primary Health Care*, New Delhi, S. 1-26.
- Rance, Susanna (2000), „Safe Motherhood, Unsafe Abortion in Bolivia“, in: Marge Berer/TK Sundari Ravindran (Hg.), *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues, Special Issue of Reproductive Health Matters*, London, S. 73-84.
- Ravindran, TK Sundari/Marge Berer (2000), „Preventing Maternal Mortality: Evidence, Resources, Leadership, Action“, in: Dies. (Hg.), *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues, Special Issue of Reproductive Health Matters*, London, S. 3-9.
- Reichert, Ramón (2001), „Die ‚Governmentality Studies‘. Grundlagen und Methodenprobleme in: *IWK-Mitteilungen*, Jg. 56, Nr. 2/3, S. 2-11.
- Richey, Lisa (1999), „Development, Gender and Family Planning: Population Politics and the Tanzanian National Population Policy“, Chapel Hill.
- Ronsmans, Carine/Campbell, Oona (1999), „Short birth intervals don't kill women: Evidence from Matlab, Bangladesh“, in: *Studies in Family Planning*, Jg. 29, Nr. 3, S. 282-290.
- Ruhl, Lealle (1999), „Liberal Governance and Prenatal Care: Risk and Regulation in Pregnancy“, in: *Economy and Society*, Jg. 28, Nr. 1, S. 95-117.
- Schild, Verónica (2002), „Wie Frauen in Namen von Frauen regiert werden, Chilenischer Feminismus in den 90er Jahren“, in *Solidaridad*, Nr. 220/221, S. 4-10.
- Schultz, Susanne (1994), „Feministische Bevölkerungspolitik? Zur internationalen Debatte um Selbstbestimmung“, in: Cornelia Eichhorn/Sabine Grimm (Hg.), *Gender Killer. Texte zu Feminismus und Politik*, Berlin/Amsterdam, S. 11-23.
- Starrs, Ann (in Kooperation mit der Inter-Agency Group for Safe Motherhood) (1997), *The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the next Decade. Report on the Safe Motherhood Technical Consultation, Colombo/Sri Lanka, 18.-23. Oktober 1997*, New York.
- UNFPA (United Nations Fund for Population Activities) (1997), *The State of World Population 1997*, New York.
- UNFPA (1999), *A time between. Health Sexuality and Reproductive Rights of Young People*, New York.
- US-AID (United States Agency for International Development) (2000), *Fiscal Year 2000 Performance Report*, Washington.
- Weir, Lorna (1996), „Recent Developments in the Government of Pregnancy“, in: *Economy and Society*, Jg. 25, Nr. 3, S. 372-392.
- WHO (World Health Organisation) (1995), *Health Benefits of Family Planning*, (WHO/FHE/FPP/95.11) Genf.
- World Bank (1999a), *Safe Motherhood and the World Bank. Lessons from 10 Years of Existence*, Washington.
- World Bank (1999b), *Population and the World Bank. Adopting to Change. Human Development Network*, Washington.