

Bevölkerungspolitik reloaded: zwischen BMZ und Bayer

Bendix, Daniel; Schultz, Susanne

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Bendix, D., & Schultz, S. (2015). Bevölkerungspolitik reloaded: zwischen BMZ und Bayer. *PERIPHERIE - Politik, Ökonomie, Kultur*, 35(3), 447-468. <https://doi.org/10.3224/peripherie.v35i140.22998>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

Daniel Bendix & Susanne Schultz

Bevölkerungspolitik reloaded: Zwischen BMZ und Bayer

Keywords: development policy, Germany, population policy, Neo-Malthusianism, demographisation, contraceptive markets, long-term contraceptives, public private partnerships.

Schlagwörter: Entwicklungspolitik, Deutschland, Bevölkerungspolitik, Neomalthusianismus, Demografisierung, Kontrazeptivamärkte, Langzeitverhütungsmittel, öffentlich-private Partnerschaften.

Vor gut drei Jahren ging eine Erfolgsstory deutscher Entwicklungspolitik durch die Medien: In Ruanda habe die (nun abgeschlossene) „Hilfe“ im Gesundheitssektor dazu beigetragen, die Geburtenraten von 6 auf 4,5 Kinder pro Frau zu senken. Und: Die Rate der Nutzer_innen moderner Verhütungsmittel sei von 10 Prozent im Jahr 2005 auf 45 Prozent 2010 gestiegen (NZZ, 30. 12. 2011). Ruanda sei insofern ein „Musterland“ dafür, wie man das Problem „Afrikas Bevölkerung explodiert“ und dessen Folgen „Hunger, Armut, Umweltzerstörung“ angehen könne (Spiegel online, 31. 10. 2011). Zwar kommen die programmatischen Aussagen aus den zuständigen Abteilungen des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) und der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) nicht ganz so reißerisch daher. Nichtsdestotrotz: Bevölkerungspolitik wird heute wieder als wichtiger Aspekt der Entwicklungszusammenarbeit (EZ) hervorgehoben, und zwar nicht mehr einfach nur als verstecktes Beiwerk unter dem Obertitel „sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte“ (SRGR), wie nach der UN-Weltbevölkerungskonferenz von Kairo 1994 üblich, sondern als selbstverständliches und eigenständiges Handlungsfeld. Innerhalb dessen soll „Bevölkerungsentwicklung“ nun wieder als ursächlicher Faktor für fast alle Problemlagen, insbesondere als Erklärung für ökonomische Krisen, herhalten bzw. andersherum formuliert – wie im aktuellen Sprech über Ressourcen statt Mangel üblich – als Bedingung für wirtschaftliche „Chancen“.

2013 erklärte das BMZ in einem Strategiepapier das Thema „Bevölkerungsdynamik“ gar zu einem neuen „Querschnittsthema“ seiner gesamten Politik und sich selbst gleich zum „europäischen Vorreiter“ in dieser

Angelegenheit (BMZ 2013: 3). Ein Jahr zuvor hatten sich internationale Organisationen, Regierungen, Privatwirtschaft und Nichtregierungsorganisationen (NRO) in London zu einem „Familienplanungsgipfel“ getroffen.¹ Ziel des daraus entstandenen Gremiums FP2020 ist es, innerhalb von acht Jahren zusätzlichen 120 Mio. Menschen im Globalen Süden Zugang zu Verhütungsmitteln zu verschaffen. In der Öffentlichkeit wurde vor allem das *Jadelle Access Program* als großer Erfolg des Treffens präsentiert – eine Initiative der Bill & Melinda Gates Stiftung und des Pharmaunternehmens Bayer HealthCare in Koordination mit der internationalen EZ. 27 Mio. Stück des von Bayer vertriebenen Verhütungsimplantats Jadelle sollen über sechs Jahre hinweg für einen von 18 auf 8,50 US\$ reduzierten Preis pro Implantat über die EZ-Programme verbreitet werden. Das Hormonimplantat ist Nachfolgeprodukt des einmal von Frauengesundheitsbewegungen stark kritisierten Norplant I. Anscheinend ist somit nicht nur der Anspruch einer internationalen „Bevölkerungspolitik“, sondern auch die Idee, die entsprechenden Ziele mit von den Nutzer_innen wenig kontrollierbaren High-Tech-Methoden erreichen zu wollen, wieder unverblümt als bisher Teil der Agenda.

Zur Einordnung dieser Veränderungen: Die Geschichte des *population establishment*, d.h. des Netzwerks privater *think tanks*, nationaler Entwicklungsbürokratien und multilateraler Organisationen, das sich nach dem Zweiten Weltkrieg bis Ende der 1960er Jahre etablierte, ist bis heute im Wesentlichen eine der Kontinuitäten. Zwar wandelten sich strategische Zugänge, und es gab eine Vielfalt legitimatorischer Begründungen. Aber auch nach der Kairo-Konferenz hielt dieses Netzwerk an fragwürdigen neomalthusianischen Krisenerklärungen² und dem Grundziel einer Reduktion des Weltbevölkerungswachstums im Globalen Süden fest. Wir bauen unsere Untersuchungen auf Analysen auf, die die UN-Konferenz entsprechend nicht als Bruch mit der alten Politik interpretieren (z.B. Wichterich 1994). Vielmehr handelte es sich um eine Reform, die die neuen individuellen Konzepte „reproduktive Gesundheit“ und „reproduktive Rechte“ kompatibel mit antinatalistischen Zielen machte, indem mit diesen bestimmte Normen

1 S. <http://www.londonfamilyplanningsummit.co.uk/partners.php> für eine Liste der Teilnehmer_innen.

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

einer reproduktiven Selbstverantwortung transportiert werden. Im Sinne von Michel Foucaults (2006) Konzept der Gouvernementalität konnte diese Kopplung individueller Selbstführung an die staatlichen biopolitischen Ziele als eine neoliberale „Führung der Führungen“ verstanden werden (Schultz 2011). Ein spätestens Ende der 1990er Jahre durchschlagender Effekt dieser individualrechtlichen und gesundheitspolitischen Rahmung war es zudem, dass soziale Bewegungen und entwicklungspolitikkritische Akteur_innen das Thema weitgehend ad acta legten. Seitdem gibt es keine nennenswerte kritische Gegenöffentlichkeit, weder zu den neomalthusianischen Erklärungsmustern noch den bevölkerungsstrategisch entwickelten und verbreiteten Verhütungsmethoden.³

In diesem Artikel wollen wir fragen, wie diese aktuelle Gemengelage einzuschätzen ist, und auch, was alt oder neu daran ist. Wir tun dies vor allem entlang von zwei Schwerpunkten: Zum einen analysieren wir die Konzepte und Investitionen des BMZ und seiner Durchführungsorganisation, der GIZ und der *Kreditanstalt für Wiederaufbau* (KfW), zu „Bevölkerungsdynamik“ vor dem Hintergrund eines globalen Trends zur Demografisierung des Politischen und zu einer zunehmend explizit gemachten nationalen Humankapitalverwaltung. Unter „Demografisierung“ verstehen wir Strategien der „Umdeutung sozialer Probleme und Konflikte zu demographisch bedingten Problemen und Konflikten“ (Barlösius 2007: 26). „Humankapitalverwaltung“ bezieht sich nicht auf Bildungspolitik, sondern auf bevölkerungspolitische Strategien, die explizit eine bestimmte Qualität einer Bevölkerungszusammensetzung anstreben. Zum anderen fragen wir, welche Vermarktungsstrategien der Pharmakonzerne, vor allem am Beispiel von Bayer HealthCare, sich in die aktuellen Trends der Bevölkerungsprogrammatisierung einschreiben und einmischen, und inwiefern die Unternehmen im Rahmen verschiedener Modelle „öffentlich-privater Partnerschaften“ sowie der rein kommerziellen Verbreitung davon profitieren.⁴

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

Wer einen Blick auf die Dokumente der aktuellen deutschen EZ wirft und sich mit GIZ-, BMZ- und KfW-Vertreter_innen austauscht, trifft zunächst einmal auf viele altbekannte Floskeln der Post-Kairo-Agenda. Weiterhin gebe es in

3 Die einzige Ausnahme, auf die wir in unseren Recherchen stießen, sind Protestbewegungen in Indien gegen die „Two Child Norm“ und gegen Menschenrechtsverletzungen in Sterilisationscamps (s. <http://www.2cnpop.net/>).

4 Quellen sind neben öffentlichen Dokumenten sowie Statistiken der EZ und Pharmafirmen auch Interviews und Email-Kommunikation mit Vertreter_innen von BMZ, GIZ, DSW, KfW, Helm Medical und Bayer HealthCare im Dezember 2014 und Januar/Februar 2015.

einigen Ländern, insbesondere in Afrika, ein zu hohes Bevölkerungswachstum. Dieses sei zwar nicht alleinige Ursache von Entwicklungsproblemen, trage aber entscheidend dazu bei, dass es zu Ressourcenengpässen und einem nicht zu bewältigenden Ansteigen staatlicher Ausgaben komme, was die Entwicklung „hemme“ oder „beeinträchtige“ (BMZ 2013: 3f; BMZ 2008: 5; vgl. Seebens 2012). Und auch das, was Kritiker_innen schon früher eine ideologische Schizophrenie des *population establishment* nannten, bleibt beim Alten: Staatliche demografische Ziele einerseits und individuelle Selbstbestimmungsrechte andererseits werden nicht als Gegensatz oder zumindest als spannungsreich, sondern als eine *win-win*-Situation präsentiert. Es gehe selbstverständlich nicht darum, die Freiheit der Individuen mit diesen Programmen einzuschränken, sondern vor allem darum, einen noch nicht gedeckten Bedarf an Verhütungsmitteln anzugehen oder auch über Aufklärung freiwillige „Änderungen von Einstellungen und Verhaltensmustern“ zu bewirken (z.B. BMZ 2008:16) und die Programme in eine breite reproduktive Gesundheitsversorgung zu integrieren.

So weit, so bekannt. Allerdings lassen sich seit einigen Jahren neue Trends ausmachen. Dabei folgen die BMZ-Positionen grundsätzlich dem aktuell gültigen Sprech des internationalen *population establishment*. Schon auf den ersten Blick ist der Schwenk vom Begriff der Bevölkerungswachstums zu dem der Bevölkerungsdynamik auffällig. Damit gelten Bevölkerungsentwicklungen im Globalen Süden nicht mehr als spezifisches Problem, sondern werden in den Kontext aller Arten demografischer Trends weltweit gestellt.

Die Altersproportion als universeller Ansatz

Der Begriff der Bevölkerungsdynamik ordnet sich in eine allgemeine Rehabilitierung der Demografie als zentrales Moment politischer Problemformulierungen und darauf zugeschnittener Regierungsstrategien ein. So gaben die jeweiligen Bundesregierungen spätestens seit der Jahrtausendwende die Haltung auf, in Deutschland gebe es nach den Erfahrungen des Nationalsozialismus keine Bevölkerungspolitik mehr, und deklarierten 2002 eine „bevölkerungsorientierte“ Familienpolitik sowie 2012 eine nationale „Demografiestrategie“ (vgl. Schultz 2013). Der Bezug auf einen universellen Geltungsbereich macht es heute möglich, der Kritik zu entgehen, mit zweierlei Maß zu messen: Statt eines wie bisher eher binär organisierten postkolonialen Feldes – hier die Industrieländer, deren Bevölkerungsdichte oder -zusammensetzung niemanden in den globalen Agenden etwas angehen, und dort die zu schnell wachsenden Bevölkerungen des Südens – erscheint

„Bevölkerungsdynamik“ nun als ebenso wichtiger wie selbstverständlicher Aspekt jeden nationalstaatlichen Alltagsgeschäfts.

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

Unterschieden wird beim BMZ (2013) ebenso wie international dementsprechend zwischen unterschiedlichen Kategorien von Ländern mit entsprechend darauf abgestimmten strategischen Ansätzen. Erstens gibt es die Länder, insbesondere in Afrika, bei denen die Geburtenrate immer noch als zu hoch definiert wird, weil sie der Norm einer „replacement fertility“ von 2,1 Kindern pro Frau entgegenstehe. Für sie bleibt auch weiterhin, wenn auch nicht durchgehend, ein katastrophistischer Tenor vorbehalten. Weiterhin gibt es die Übergangsländer, bei denen ein Rückgang der Fruchtbarkeitsraten festgestellt, aber aufgrund großer Jugendgenerationen immer noch von großen Bevölkerungszuwächsen ausgegangen wird, und deren alte Bevölkerungen noch nicht als Problem gelten: Sie werden als Länder mit einem „demographischen Bonus“ bezeichnet, weil der Anteil der Erwerbsfähigen, sprich Erwachsenen, hoch ist und deswegen ein „günstiges Abhängigkeitsverhältnis“ bestehe (ebd.: 12). Schließlich gibt es dann noch die „alternden“ Gesellschaften, in denen die Zahl der Menschen im Rentenalter in Proportion zu den Erwerbsfähigen in den Fokus gerückt wird. Die Altersproportion als Hauptbezugsrahmen aller Analysen und Erklärungen ermöglicht somit nicht nur die Behauptung eines für den Globalen Norden und Süden gleichermaßen gültigen Maßstabes, sondern auch, den Geltungsanspruch der Aktivitäten des *population establishment* für die vielen Länder des Globalen Südens zu erhalten, in denen die Geburtenraten in den letzten Jahrzehnten stark gesunken sind.

Prinzipiell gilt somit nicht mehr „zweierlei Maß“, sondern ein universaler Maßstab: Die nationale Altersproportion entscheidet weltweit darüber, an welchen Schrauben Regierungsstrategien drehen sollen, um entweder mehr oder weniger Geburten zu bewirken. So erklärte etwa Anne-Birgitte Albrechtsen, Vize-Geschäftsführerin des Weltbevölkerungsfonds UNFPA, in einer Rede zu Nachhaltigkeit 2013, dass sich der UNFPA für pronatalistische Ziele in „low fertility countries“ engagierte, beispielsweise durch eine „bessere work-life balance“ oder „familienunterstützende Steuer- und Sozialpolitik“, während sie für „high fertility countries“ weiterhin die üblichen Maßnahmen wie reproduktive Gesundheit, Familienplanung, umfangreiche Sexualbildung und eine Verringerung von Schwangerschaften von Jugendlichen als Maßnahmen herausstellte (UNFPA 2013c). Geradezu grotesk ist dabei, wie sich hier das, was wir bevölkerungspolitische Gouvernamentalität nennen, je nach antinatalistischen oder pronatalistischen Zielen spiegelbildlich gegenübersteht. Je nach demografischen Zielen werden Konzepte von Rechten, Wünschen und Selbstbestimmung von Frauen (denn um deren Körper und reproduktives Verhalten geht es weiterhin vorrangig), die Regierungen wahrnehmen, fördern und stärken sollen, völlig unterschiedlich gefasst. Und es werden unterschiedliche reproduktive Technologien in den Fokus gerückt, um die „Einstellungs- und Verhaltensänderungen“ zu erreichen. Ob Frauen vor „ungewollter Kinderlosigkeit“ oder vor „ungewollten Schwangerschaften“ bzw. einem „ungedeckten Bedarf“ an Verhütungsmitteln geschützt werden sollen, ob reproduktive Rechte als Zugang zu Reproduktionsmedizin oder zu Verhütungsmitteln diskutiert werden (und ob die Medien in individuellen Biographien die Präimplantationsdiagnostik oder Hormonimplantate als Licht am Ende des Tunnels präsentieren), erscheint somit nicht als eine Frage des Rassismus, sondern als eine entsprechend der nationalen Altersproportionen unternommene „bevölkerungsdynamische“ Feinabstimmung.

Diese Anrufungen funktionieren zudem nicht homogen für alle Frauen innerhalb eines nationalstaatlichen Rahmens gleichermaßen. In Deutschland haben wir es bei der pronatalistischen „bevölkerungsorientierten“ Familienpolitik de facto mit einer Umverteilung staatlicher Transferleistungen zugunsten besser Verdienender zu tun, die zum Gebären ermuntert werden sollen, während es mit dem Elterngeld (und dessen de facto Abschaffung für Hartz-IV-Empfänger_innen) zu einer extremen Kürzung der Transferleistungen für ärmere Bevölkerungsgruppen kam (Nowak 2013). Die antinatalistische Kehrseite dieser Politik bleibt aber weitgehend de-thematisiert. Umgekehrt stehen im Zentrum antinatalistischer Programme, etwa im Rahmen des *Jadelle Access Program*, bestimmte (ärmere, in ländlichen Regionen lebende) Frauen in den „Zielländern“.

Die demografische Dividende: Rückkehr zu einer offenen Ökonomisierung

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

Diese Enthaltensamkeit von einem bevölkerungspolitischen Ökonomismus war spätestens seit 2003 vorbei, als die „demografische Dividende“ begann, in aller Munde zu sein – ein auch für die BMZ-Strategie zentrales Konzept. Diese These beruht auf einer von der RAND-Corporation veröffentlichten und vom Weltbevölkerungsfonds sowie Hewlett-Packard- und Rockefeller-Stiftung finanzierten Studie eines Teams um den Harvard-Ökonomen David Bloom. Die Ökonomen behaupten darin, dass es in den „Übergangsländern“ möglich sei, durch gezielte Investitionen in Ausbildung und Beschäftigung von Jugendlichen sowie neoliberale Arbeitsmarktpolitik diesen „Chancenvorteil“ des „demografischen Bonus“ in eine „demografische Dividende“, d.h. eine dynamische volkswirtschaftliche Entwicklung, umzumünzen (Bloom u.a. 2003). Sie untermauern dies mit den Beispielen der „asiatischen Tigerstaaten“, für die diese Bevölkerungskonstellation zutrif. (Lateinamerika mit einer ähnlichen demografischen Konstellation habe allerdings die demografische Dividende nicht nutzen können, wegen „einer schwachen Regierungsführung und einer mangelnden Marktöffnung“, ebd.: 56). Kritiker_innen

wenden ein, dass das Konzept der demografischen Dividende höchst unterkomplex sei, da es innerhalb der als homogen verstandenen Altersgruppen gar nicht mehr zwischen verschiedenen sozialen Gruppen differenziere (vgl. Hendrixson 2007: 3). Das BMZ, ebenso wie das internationale *population establishment*, insbesondere der UNFPA, übernehmen es dennoch als Hauptargument: Länder mit hohen Geburtenraten müssen möglichst schnell zum „Übergang“ gebracht werden, um die demografische Dividende abschöpfen zu können. In den „Übergangsländern“ wiederum gelten Investitionen in Jugendbildung und Jugendbeschäftigung als adäquates Mittel einer Politik, die die Bevölkerungsdynamik berücksichtige (s. BMZ 2013: 12). Auch der Umkehrschluss ist entsprechend banal: Ohne Übergang zum demografischen Bonus-Land keine ökonomische Entwicklung. Ebenso bleibt die Zuschreibung an Jugendliche in den Ländern, die als „Übergangsländer“ kategorisiert werden, weiter ambivalent. Wenn ihr „Humankapital“ nicht ausreichend gefördert und bewirtschaftet werde, bedrohten sie – hier stehen dann ausnahmsweise die männlichen Jugendlichen im Fokus – als „Jugendüberhang“ die politische Stabilität eines Landes. „Bevölkerungsdynamik“ hält hier somit auch wieder als Erklärung für Kriminalität, Aufstände oder eine Gefährdung des „sozialen Friedens“ her (BMZ 2013: 11).

Prinzipiell ordnet sich der Schwerpunkt Bevölkerungsdynamik somit in eine nationale Humankapitalbewirtschaftung in allen Phasen des Leben ein – mit dem Effekt, dass die kapitalistische Krisenhaftigkeit, die weltweiten Kämpfe um Ressourcen, Weltmarktabhängigkeit, Prekarisierungstendenzen und soziale Ungleichheit ausgeblendet werden (vgl. Bernhold 2014). Neben Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und Alten kennt die Bevölkerungsdynamik-Perspektive nur noch eine Gruppe, nämlich die Migrant_innen: Ähnlich wie in der innenpolitischen deutschen Demografiedebatte bildet das ökonomische Potenzial der Migrant_innen auch in den EZ-Konzepten das additive Element zusätzlich zur altersproportionierten Nationalbevölkerung. Zwar spekuliert an der einen oder anderen Stelle etwa UNICEF (2013) darüber, ob nicht die Migration von Jugendlichen zum Ausgleich nationaler Altersproportionen beitragen könne. Insgesamt liegt das Augenmerk aber nicht auf der abstrakten Menge der Migrant_innen, sondern auf der Frage des nationalen Bedarfs an qualifizierten Arbeitskräften. Typisch dafür sind Modelle wie „triple win“, um der Kritik eines „brain drain“ im Globalen Süden bei der Anwerbung von Fachkräften entgegenzutreten und hier für Herkunfts- und Zielländer sowie für die Individuen selbst eine *win-win-win*-Situation „zirkulärer Migration“, d.h. einer flexiblen Ein- und Ausfuhr von Arbeitskräften, zu behaupten (vgl. Schwenken 2013). Kriterien der Menschenrechte und der Nützlichkeit werden also auch hier

als nicht-konfliktiv behauptet und erstere letzterer zu- und untergeordnet (GIZ 2013; vgl. UNFPA 2013c).

Deutsche EZ-Investitionen in die neue Querschnittsaufgabe

Inwiefern spiegelt sich der Bezug des BMZ auf Bevölkerungsdynamik als Querschnittsaufgabe und ein expliziterer Bezug auf demografische Ziele nun in den Investitionen der deutschen EZ wider? Laut BMZ-Positionspapier (2013: 10) sollen neben den klassischen Schwerpunkten der SRGR nun auch Programme für Jugendbildung und -beschäftigung sowie Investitionen in den Aufbau von Melderegistern, Bevölkerungsstatistik und Datenerfassung an Bedeutung gewinnen. In den Zahlen der OECD über die deutschen EZ-Investitionen (<http://stats.oecd.org/qwids/>) lassen sich letztere Ankündigungen (bisher) kaum überprüfen: Jugendbeschäftigungs- und -bildungsprogramme fallen in den EZ-Budgets nicht unter „Bevölkerungspolitik“. Bevölkerungserfassung und -statistik wiederum gehören zwar hinzu, schlagen sich aber noch nicht finanziell nieder, weil sie sich laut BMZ noch in der Pilotphase befinden.⁵

Wenn wir die klassischen Budgets der Bevölkerungspolitik danach untersuchen, ob wieder verstärkt auf isolierte Familienplanungsprogramme gesetzt wird, ergibt sich ein gemischtes Bild. Die explizit „Familienplanung“ zugeordneten Gelder machen in der deutschen EZ im Vergleich zu „reproduktiver Gesundheit“ und HIV/AIDS-Programmen immer noch den kleineren Teil aus. Hier muss allerdings berücksichtigt werden, dass Familienplanung auch ein wichtiger Teil von Programmen der reproduktiven Gesundheit ist und statistisch sozusagen darin verschwindet (Schultz 2006: 231-240).⁶ Reproduktive Gesundheitsprogramme wurden tatsächlich von 2009 mit 52 Mio. € auf 2013 mit 76 Mio. € deutlich aufgestockt. Auch gab es laut OECD eine Zunahme der expliziten Familienplanungsgelder von 7,8 Mio. € 2011 auf 14,2 Mio. € 2013. Was die direkten Käufe von Verhütungsmitteln angeht, erreichten die Ausgaben der KfW 2013 einen neuen Höchststand von 29 Mio. US\$ (gegenüber 15 Mio. US\$ 2012) (UNFPA 2014: 25). Diese Aufstockungen der letzten Jahre können aber angesichts regelmäßiger

5 Derzeit investiert das BMZ in den Nationalen Bevölkerungsrat in Ägypten und die statistischen Behörden von Pakistan, außerdem unterstützte das BMZ gemeinsam mit dem UNFPA nach Aussagen einer Mitarbeiter_in den höchst konfliktreichen Zensus von 2014 in Myanmar (vgl. <http://www.dw.de/start-der-umstrittenen-volksz%C3%A4hlung-in-myanmar/a-17530865>).

6 So führt das BMZ diese Ausgaben in Burundi 2012 etwa unter der Rubrik „Reproduktive Gesundheit“ und nicht unter „Familienplanung“ auf: „Ziel des Projekts ist die Veränderung von Verhaltensmustern im Hinblick auf Familienplanung und HIV-Prävention.“ Oder 2012 in Kenia: „Finanzielle Zuwendungen sollen helfen, den Zugang zu Gütern und Dienstleistungen im Hinblick auf Familienplanung zu verbessern.“ (<http://stats.oecd.org/qwids/>)

Schwankungen der Budgets noch nicht als dauerhafter Trend bestätigt werden. Grundsätzlich bleibt es bei der Problematik, dass Basisgesundheitsbudgets und Bevölkerungsprogramme getrennt funktionieren und die deutsche EZ beispielsweise 2012 mit 169 Mio. € für Bevölkerungsprogramme insgesamt mehr Geld ausgab als für die gesamten Programme der Basisgesundheitsversorgung (147 Mio. €).

Finanziell ist die deutsche EZ also weniger deutlich als in ihrer programmatischen Erklärung ein Vorreiter der neuen Trends. Wesentlich eindeutiger ist das Vorpreschen von UNFPA (der von Deutschland mit jährlich über 20 Mio. US\$ finanziert wird) und USAID (*US Agency for International Development*), die ihre Ausgaben für Verhütungsmittel zwischen 2006 und 2012 jeweils fast verdoppelt haben – die UNFPA von 74 auf 128 Mio. und USAID von 63 auf 105 Mio. US\$ (UNFPA 2013a: 41). Laut UNFPA spiegelt sich dieser Trend auch in den Programmen der Empfängerländer wider: „Familienplanung ist zunehmend wieder eine Priorität auf der höchsten Ebene nationaler Politik, nationaler Pläne und Programme geworden. Und immer mehr Regierungen von Entwicklungsländern investieren ihre eigenen Ressourcen in Verhütungsmittel.“ (UNFPA 2013d: vi)

Als allgemeiner Trend ist also festzuhalten, dass die aktuell zunehmend engere Rückbindung der SRGR an bevölkerungspolitische Makroziele dazu beiträgt, dass die Verbreitung von Verhütungsmitteln von den zentralen Akteuren des internationalen *population establishment* wieder stärker ins Zentrum internationaler EZ-Maßnahmen rückt – ein Trend, der von der deutschen EZ zumindest programmatisch mitgetragen wird. Verhütungsmittel sind der technologische Hebel, um insbesondere in vielen afrikanischen Ländern die nunmehr nationalökonomisch begründete Priorität einer Senkung der Geburtenraten umzusetzen. Trotz aller Bekenntnisse zu integrierten gesundheitspolitischen Ansätzen scheint sich die Schiefelage zwischen Basisgesundheitsversorgung und den spezifischen Diensten der Familienplanung insgesamt zu verstärken.

Ein Vehikel, über das bis heute die Verbreitung möglichst vieler moderner Verhütungsmittel als Selbstzweck in die deutschen EZ-Programme eingeschrieben ist, bleibt der Indikator „Contraceptive Prevalance Rate“ (CPR), also das Ziel, eine möglichst hohe Rate von Nutzer_innen moderner Verhütungsmethoden zu erreichen. Die CPR hat seit Kairo die nun delegitimierten Zielquoten in nationalen Programmen ersetzt und wurde bisher meist mit statistischen Erhebungen über einen „ungedeckten Bedarf“ an Verhütungsmitteln untermauert. Letzteres scheint allerdings heute gar nicht mehr nötig zu sein. Die CPR fungiert in BMZ-Präsentationen als selbsterklärende Messlatte für bevölkerungspolitische Erfolge (z.B. BMZ 2012: 18). Wie wenig es

in der aktuellen bevölkerungspolitischen Debatte um die Anerkennung von Rechten geht, sondern um eine politische Durchsetzung von Verhaltensänderungen, wurde erst jüngst in einer Studie der Stiftung Wissenschaft und Politik deutlich (Angenendt & Popp 2014).⁷ Hier wird offensiv vertreten, dass nicht ein ungedeckter Bedarf an Verhütungsmitteln, sondern ein zu hoher Kinderwunsch quer durch alle sozialen Schichten in vielen afrikanischen Ländern das Problem sei. Differenzierte Familienplanungsprogramme und „politische Wertschätzung“ für kleinere Familien seien zentral, und es sei „ratsam, die Regierungen der Partnerländer energischer in ihrem Bestreben um eine ausgewogene Bevölkerungsentwicklung zu unterstützen“ (ebd. 27).

Der Einflussgewinn der Lobbyist_innen

In Gesprächen mit BMZ- und GIZ-Vertreter_innen wird zudem deutlich, dass diejenigen Lobbygruppen, die sich schon immer für einen Fokus auf Familienplanung als Mittel zur Umsetzung bevölkerungspolitischer Ziele eingesetzt haben, innerhalb der deutschen EZ an Bedeutung gewonnen haben. Ein wichtiger Katalysator für den Schwerpunkt Bevölkerungsdynamik war den Referent_innen zufolge das Spektakel rund um das Erreichen der „Sieben-Milliarden-Marke“ im Jahr 2011. BMZ und GIZ organisierten anlässlich des von UNFPA ausgerufenen Tages eine öffentliche Kampagne, und zwar gemeinsam mit der Deutschen Stiftung Weltbevölkerung (DSW). Die DSW wurde ebenso wie das eher als *think tank* fungierende Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung von Industriellen gegründet, wird von Unternehmen (u.a. Bayer HealthCare) finanziert und steht in engem Austausch mit dem internationalen *population establishment*. Eine_r BMZ-Vertreter_in zufolge haben beide Organisationen einen wesentlichen Anteil daran, wie das Paradigma der demografischen Dividende in die BMZ-Programmatik aufgenommen wurde und welche Studien und Daten rezipiert werden. Sowohl die GIZ als auch das BMZ geben die DSW zudem fast immer ausschließlich oder an erster Stelle an, wenn es um die Kooperation mit der Zivilgesellschaft geht (z.B. BMZ 2008: 7). Die DSW, die 2014 in Hannover ausgerechnet am Eingang zum Zoo dem alten neomalthusianischen Katastrophismus treu eine „Weltbevölkerungsuhr“ einweihte, ist sogar auf der höchsten Ebene internationaler Politik von der Bundesregierung eingebunden worden: Die DSW-Vorsitzende Renate Bähr vertritt Deutschland in der „High Level Task Force“ der UN für den Revisionsprozess 20 Jahre nach Kairo.

7 Einer der Autor_innen, Steffen Angenendt, arbeitete von 2011 bis 2013 als Berater für das BMZ.

Hauptziel der DSW ist es, Familienplanung und Sexualaufklärung für Jugendliche in den EZ-Agenden fest zu verankern. Die internationale Gemen-gelage zu SRGR und die Frage, welche (genderpolitischen, gesundheitspoli-tischen, rechtspolitischen, neomalthusianischen etc.) Implikationen es hat, wenn die SRGR insbesondere im aktuellen Post-2015-Prozess integriert oder gestärkt werden, ist sicherlich widersprüchlich und kann hier nicht bewertet werden. Fest steht aber, dass die DSW keine Repräsentantin einer sozialen Bewegung mit emanzipatorischen, queerfeministischen Zielen ist, sondern anhaltend auf neomalthusianischen Katastrophismus setzt, auf Familienplanaung fokussiert und mit Privatfirmen wie Bayer HealthCare kooperiert, um ihre Ziele voranzutreiben. Diese Nähe zu den Verhütungsmittelproduzenten nehmen nun auch das BMZ und die GIZ zunehmend ein, wenn sie etwa wie im April 2013 einen Parlamentarischen Abend zur Werbung für das *Jadelle Access Program* gemeinsam mit der DSW und Bayer HealthCare gestalten oder mit denselben beiden Akteure den alljährlichen „International Dialogue on Population and Sustainable Development“ in Berlin veranstalten.

Da ist es nur konsequent, wenn die deutschen EZ-Vertreter_innen die im eingangs angesprochenen *London Summit* begonnene sogenannte FP2020-Initiative insgesamt ausdrücklich politisch begrüßen und sich in diesem Rahmen auch finanziell verpflichtet haben, bestimmte Gelder für Familienplanung vorzusehen⁸ – und dies, obwohl sie selbst problematisieren, dass hier öffentlich-private Parallelstrukturen zu den staatlichen und multilateralen EZ-Strukturen entstehen, und klar ist, dass der Trend dadurch eindeutig zurück zu einem isolierten gesundheitspolitischen Fokus auf (Langzeit-) Verhütungsmittel geht.

Bevölkerungsprogramme als Türöffner für kontrazeptive Märkte im Globalen Süden

Welche kommerziellen Interessen sind nun mit dem Bedeutungsgewinn einer bevölkerungspolitischen Programmatik verknüpft? Zunächst einmal ist der Verhütungsmittelmarkt auch in Krisen ein globaler Wachstumsmarkt, der über die EZ-Programme auf verschiedene Weise ausgeweitet werden kann. Das Unternehmen *Zizhu Pharmaceutical* (2011) schätzt den Markt für Verhütungsmittel im Jahr 2009 auf 11,2 Mrd. US\$, und 2011 erwartete man, dass er bis 2016 auf 14,5 Mrd. US\$ ansteigen wird. Das entspricht einer jährlichen Wachstumsrate von ca. 4 Prozent. Nach *Global Industry Analysts* sei die Verlangsamung ökonomischen Wachstums weltweit vor ein paar Jahren ein „Glück im Unglück“ für den globalen Kontrazeptivmarkt gewesen, denn

8 Vgl. <http://www.familyplanning2020.org/entities/71>, letzter Aufruf: 17. 8. 2015

öffentliche Gesundheitsbudgets für Geburtenkontrolle seien nicht gekürzt worden (PRWeb 2010). Eher sei sogar der Trend zu beobachten, dass Maßnahmen zur Geburtenkontrolle aufgrund der Furcht vor den Kosten von ungeplanten Schwangerschaften in „Krisenzeiten“ zugenommen hätten (ebd.). Marktführer für Kontrazeptiva sind Bayer (Jahresumsatz von 3 Mrd. US\$) sowie Tevat und Merck & Co (jeweils ca. 1 Mrd. US\$) (Spectra Intelligence 2011).

Der Markt für Kontrazeptiva im Globalen Süden lässt sich in vier verschiedene Segmente unterteilen (s. Abb. 1), wobei die ersten drei Segmente direkt von der internationalen EZ unterstützt werden: a) kostenlos in staatlichen Gesundheitseinrichtungen erhältliche Verhütungsmittel, die von den nationalen Gesundheitsministerien eingekauft werden und zum Großteil von internationalen „Gebern“ wie USAID oder UNFPA finanziert werden; b) für einen relativ geringen Preis erhältliche Verhütungsmittel, die ebenfalls von so genannten Hilfsorganisationen zur Verfügung gestellt, aber von *Social-Marketing*-NRO wie *Population Services International (PSI)* oder *DKT International* als Markenprodukte über marktübliche Handelsstrukturen (z.B. Apotheken) zu subventionierten Preisen unter Verwendung kommerzieller Vermarktungsmethoden vertrieben werden; c) Produkte für den privaten

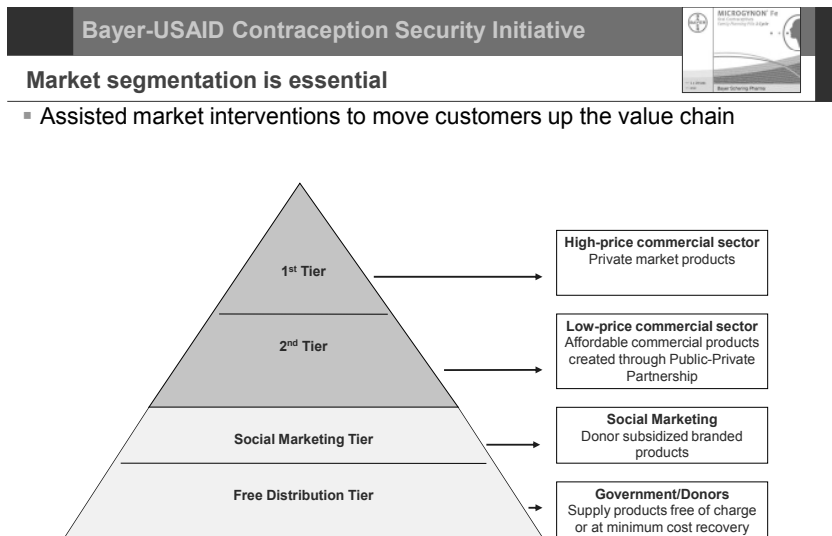


Abb. 1 (Brill & von Gilardi 2011)

Markt, die durch öffentlich-private Partnerschaften vergünstigt verkauft werden; und d) zuletzt der rein private Markt.

Der Markt in so genannten „Entwicklungsländern“ ist in den letzten Jahren erheblich gewachsen. 2014 stellte die NRO *Reproductive Health Supplies Coalition* fest, dass in den vorhergehenden fünf Jahren alleine die EZ-Mittel für Kontrazeptiva um 50 Prozent auf 275 Mio. US\$ gestiegen waren (DGDA & RHSC 2014: 6). Dies wurde vor allem durch erhöhte Investitionen in Implantate (68 Prozent des Finanzierungsanstiegs) erreicht. In Bezug auf das „Hilfsgeschäft“ mit Verhütungsmitteln sind UNFPA und USAID die größten Käufer. Sie decken ca. drei Viertel des Marktes ab (UNFPA 2013a: 41). Wer die beiden großen „Geber“ beliefern will, dessen Produkt muss allerdings von der WHO „präqualifiziert“ sein, d.h. so etwas wie ein Gütesiegel in Bezug auf Sicherheit und Wirksamkeit des Produktes vorweisen. Zwei deutsche Firmen – Bayer und HELM Medical – gehören zu den großen Belieferern von UNFPA. 2013 konnte Bayer den UNFPA-Marktanteil noch einmal deutlich steigern und liegt nun bei ca. 59 Mio. US\$ oder 16 Prozent der gesamten UNFPA-Einkäufe (UNFPA 2013b). Vor allem der entwicklungspolitische Markt für Implantate ist in den letzten Jahren geradezu explodiert. Investierten die acht größten „Geber“ 2006 lediglich knapp über 7 Mio. US\$ in Implantate, waren es 2012 mehr als zehnmal so viel (UNFPA 2013a: 41). Der neomalthusianische Rollback und die erneute Konzentration auf einen Ansatz, der für die 1960er Jahre schon einmal als „kontrazeptive Überschwemmung“ kritisiert wurde, scheinen hier Hand in Hand zu gehen mit den Vermarktungsinteressen der Pharmakonzerne (vgl. Warwick 1982).

Implantate für die Armen

Doch was hat es nun mit dem Implantat auf sich, das derzeit so im Fokus der Vermarktung steht und in der konzertierten Aktion von Bayer HealthCare, der *Bill & Melinda Gates Foundation* und diversen nationalen „Gebern“ unter dem Namen Jadelle verbreitet wird? Jadelle, auch bekannt unter dem klinischen Namen Norplant II, wurde von dem bevölkerungspolitischen *think tank* in den USA, dem *Population Council*, entwickelt und ermöglicht einen Empfängnisverhütungsschutz von bis zu fünf Jahren. Der Wirkstoff, das Hormon Levonorgestrel, ist identisch zu dem Vorgängerprodukt Norplant I, das bereits in den 1980er Jahren getestet und in der Folge über die EZ verbreitet wurde (Bock von Wülfigen 2001). Der einzige Unterschied: Statt sechs werden bei Jadelle nur zwei mit dem Hormon gefüllte Silikonröhrchen mittels chirurgischen Eingriffs unter die Haut der inneren Seite des Oberarms

eingeführt. Jadelle wird deswegen als einfacher einzuführen und zu entfernen, aber als genauso effektiv wie Norplant I angepriesen. Allerdings führt der Population Council selbst an, dass es bei 7,5 Prozent der Nutzerinnen zu Problemen bei der Entfernung kam, da sich das Gewebe um die Silikonstäbchen vernarbt oder sie im Körper wandern (Sivin u.a. 2002: 15). Auch ist die Abbruchquote hoch, was mit beträchtlichen Nebenwirkungen zu tun hat: Hauseigene Studien des Population Council führen an, dass sich innerhalb von drei Jahren knapp 30 Prozent der Nutzerinnen aufgrund unregelmäßiger (also zu starker und häufiger oder ausbleibender) Blutungen, Kopfschmerzen, Depressionen, Gewichtszunahme, Haarausfall, Akne u.a. das Implantat entfernen ließen (Population Council 2013). Während Norplant I im Rahmen einer international vernetzten Frauengesundheitsbewegung beobachtet wurde und es weltweit zu Protestkampagnen kam, die Norplant als Inbegriff eines technischen Machbarkeitswahns der Bevölkerungsprogramme ablehnten, geschieht die Durchsetzung der neuen Methode heute im Stillen. Vergessen scheint auch zu sein, dass Ende der 1990er Jahre etwa 36.000 Klägerinnen in den USA von der damaligen Lizenzinhaberin von Norplant, dem Pharmaunternehmen Wyeth Ayerst, mit über 50 Mio. US\$ entschädigt wurden (Bendix & Schultz 2013).

Die interviewte GIZ-Vertreter_in beschrieb das Implantat dennoch als „nebenwirkungsarm“. Hohe Abbruchquoten werden nur insofern problematisiert, als sie das Präparat zu teuer machten und ein Hinweis darauf seien, dass Implantate als kostenlos angebotene Methode nicht adäquat für langfristige Zwecke verwendet würden. Dass die Nebenwirkungen heruntergespielt werden müssen, wird auch deutlich, wenn wir uns die Hauptargumente für den entwicklungspolitischen Einsatz der Implantate ansehen. Sie gelten gerade für ländliche und vom Gesundheitssystem nicht erreichte Gegenden für wichtig, da sie den Empfängerinnen einen regelmäßigen Kontakt zu Gesundheitsposten ersparen. Wie gerade diese Nutzerinnen allerdings jederzeit Zugang zu einer Operation für die Entfernung der Silikon-Stäbchen bekommen sollen, wird weniger problematisiert. Auf dem deutschen Markt ist Jadelle demgegenüber nicht erhältlich und auch nicht zugelassen. Die Jadelle-Initiative ist unter anderem im Kontext eines Preiskampfes zu verstehen. Die Einführung und globale Vermarktung eines Konkurrenzproduktes, Sino-Implant (II) von *Shanghai Dahua Pharmaceuticals*, änderte den Implantatmarkt der zweiten Generation. Sino-Implant ist auf vier Jahre Empfängnisverhütung ausgerichtet und kostet nur 8 US\$. Mit der Preisreduzierung von Jadelle hat Bayer HealthCare nun nachgezogen und ihr Produkt auf der Grundlage der umfangreichen Abnahmegarantien wettbewerbsfähig gemacht.

Wie läuft das *Jadelle Access Program* nun organisatorisch? „Geber“-Organisationen wie UNFPA, USAID oder die KfW, aber auch nationale Gesundheitsministerien und NRO können Jadelle zu dem gesenkten Preis von 8,50 US\$ pro Implantat erwerben. Außerdem finanziert die Initiative Trainingsmaterialien und die Schulung von Mitarbeiter_innen des Gesundheitssystems oder auch von schnell angelernten Hilfskräften. Im Interview erklärte Bayer HealthCare, mobile Kliniken würden eingesetzt, um die Kapazitäten, Implantate anzubieten, deutlich zu erhöhen. 2013, im ersten Jahr des Programms, konnte Bayer HealthCare somit 3 Mio. Implantate zur Verfügung stellen (Bayer AG 2014: 63) und verdoppelte dafür seine Produktionskapazitäten (Bayer HealthCare o.J.: 16).

Schon vor Anlaufen des *Jadelle Access Program* bekam Bayer Unterstützung von der deutschen EZ: Die KfW finanzierte in Äthiopien zwischen 2003 und 2007 den Ankauf von 45.000 Jadelle-Implantaten für das Gesundheitsministerium (KfW 2012). In Kenia unterstützte die KfW die „testweise“ Verbreitung von 25.000 „Familienplanungs“-Gutscheinen, die nur gegen langfristige Methoden, nämlich Jadelle-Implantate, die Spirale oder Sterilisationen, eingelöst werden konnten (Ndungu 2011). Und in einem Handbuch für Jugendaufklärung in Simbabwe nennt die GIZ auch nur Jadelle als Beispiel für Implantate (GIZ 2012).

Pillen für die Mittelschichtsmärkte

Die EZ beteiligt sich nicht nur an dem Aufbau von Verhütungsmittelmärkten und der Förderung bestimmter Pharmakonzerne über die direkte Verbreitung kostenloser Verhütungsmittel, sondern auch über *Social Marketing* sowie den Aufbau von leicht subventionierten Märkten für die Mittelschichten. In Kooperation mit der USAID hat Bayer HealthCare 2009 eine weitere öffentlich-private Zusammenarbeit, die *Contraceptive Security Initiative* (CSI), ins Leben gerufen, um orale Kontrazeptiva in elf afrikanischen Ländern für die „sich in diesen Ländern bildende Mittelschicht“ (Bayer AG 2012: 15) im privaten Markt zu etablieren. So ist etwa die Pille Microgynon Fe als vergünstigtes Originalpräparat seit 2010 in Äthiopien und mittlerweile auch in anderen Ländern zu haben.

Die CSI stellt nach Bayer HealthCare (2011) „einen neuen strategischen Ansatz und einen innovativen Weg zur Erschließung der Märkte in Entwicklungsländern dar“. Es handele sich um eine „unterstützte Marktintervention, um Kunden auf der Wertschöpfungskette nach oben zu befördern“ (Brill & von Gilardi 2011). 2011 stellte das Unternehmen 119 Mio. Zyklen vergünstigter oraler Kontrazeptiva zur Verfügung, mit denen 10 Mio. Frauen ein Jahr

lang verhüten können (BUKO-Pharma-Kampagne 2014: 40). 2013 waren es schon 130 Mio. Packungen (Bayer AG 2014: 63). In Äthiopien läuft die CSI für Bayer besonders gut: Vor der Initiative hat das Unternehmen jährlich 4.000 Packungen Microgynon verkauft; inzwischen sind es zu einem billigeren Preis Bayer zufolge 100.000 Packungen. In den anderen Ländern ist der Sprung nicht ganz so dramatisch, aber dennoch nach Aussage von Bayer signifikant. Der CSI gehe es explizit darum, nicht nur eine Versorgungslücke zu schließen, sondern „Kundinnen, die für ihre reproduktiven Gesundheitsdienstleistungen mehr zahlen können, dazu zu bringen auf diese Produkte umzusteigen“ (Brill & von Gilardi 2011). Die BUKO-Pharma-Kampagne (2014: 40) wertet die CSI entsprechend auch als „Marketinginstrument, um Bayers Position als Weltmarktführer für orale Kontrazeptiva und auch die Marktstellung im Bereich Frauengesundheit zu verteidigen“.

Die CSI ist ein Schritt in Bayers Anstrengungen, sich kontrazeptive Zukunftsmärkte im Globalen Süden zu sichern. Der letzte Schritt ist es dann, Kundinnen an die Spitze der Wertschöpfungskette zu bringen, wo sie Produkte des „1st Tier“ erwerben. Hier werden vor allem Drospirenon-haltige Pillen, so genannte Verhütungsmittel der dritten Generation vermarktet, die bei gleicher Wirksamkeit profitabler für Bayer, aber gesundheitlich bedenklicher sind als die älteren Mittel der zweiten Generation. In Brasilien sind die oralen Kontrazeptiva Aida, Yaz, Yasmin, Yasminelle, Diane 35 von Bayer auf dem Markt zu finden (BUKO-Pharma-Kampagne 2012). Diese werden teilweise auch feilgeboten mit Verweis auf ihre angeblichen Wirkungen auf das Aussehen der Nutzerinnen: „Frauen werden durch Schönheitstipps im Internet und kostenlose Handy-Apps mit der Marke Bayer vertraut gemacht“ (BUKO-Pharma-Kampagne 2012: 45). In Indien bewirbt Bayer besonders in privaten Kliniken die Pillen Yasmin und Diane 35. Letztere darf seit fast zwei Jahrzehnten in Deutschland nicht mehr vertrieben werden, weil der Verdacht auf die Verursachung von Lebertumoren besteht. Zudem wird – wie bei der Verwendung von Yasmin – vor einem erhöhten Thromboserisiko gewarnt (BUKO-Pharma-Kampagne 2012: 22).

... und weitere Konkurrenzen um Kontrazeptivamärkte

Neben Implantaten und oralen Kontrazeptiva sind deutsche Unternehmen im „Hilfsgeschäft“ noch mit Einmonatsspritzen (Norigynon von Bayer), mit Kupferspiralen (Helm Medical), mit Kondomen (Helm Medical) und mit der in vielen Ländern besonders verbreiteten Dreimonatsspritze vertreten. In letzterem Markt ist das Pharmaunternehmen Pfizer mit seinem Produkt Depo-Provera deutlich führend. Bayer HealthCare bietet das Konkurrenzprodukt

Noristerat an Familienplanungsprogramme an (2013 9,2 Mio. Injektionen) (Bayer AG 2014: 63). Einer Mitarbeiter_in von Helm Medical zufolge hatten die beiden deutschen Unternehmen Fresenius und Helm Medical vor ca. fünf Jahren mit ihrem Generikum, der Dreimonatsspritze Fresenius-Petogen, fast so einen großen Marktanteil wie Pfizer. Allerdings änderte sich das schlagartig, als eine WHO-Präqualifikation Bedingung für die Belieferung von UNFPA wurde und Fresenius-Petogen von der Lieferliste gestrichen wurde (UNFPA 2012; 2013b). Gleichzeitig stieg das Volumen der beiden anderen Lieferanten Pfizer und Bayer deutlich an. Helm Medical zufolge haben die Produzenten der Originalprodukte Lobbyarbeit betrieben, um die WHO-Qualifikation verbindlich zu machen und Generika-Hersteller aus dem Markt zu drängen, da sie durch kostspielige Studien nachweisen müssten, dass ihre Produkte genau die gleiche Wirkung hätten.

Bayer HealthCare zählt zudem auch auf die Kooperation mit der DSW, um die Öffentlichkeit für Verhütungsmittelangebote zu begeistern, so etwa beim jährlichen „Weltverhütungstag“, bei dem die DSW und weitere NRO sich mit wissenschaftlichen und medizinischen Organisationen austauschen – von Bayer HealthCare finanziell und organisatorisch gefördert (BUKO-Pharmakampagne 2014: 40).

Beispielhaft ist ein Gemeinschaftsprojekt von Bayer und der DSW, in dem Jugendliche in Kenia und Uganda über Sexualität, reproduktive Gesundheit und Verhütung informiert werden (DSW 2015). In dem *Young Adolescents Project* (YAP) fahren Mitarbeiter_innen mit einem „Youth Truck“ durchs Land, der das Logo von Bayer trägt. Auch so können zukünftige Käufer_innen an eine Marke gebunden werden. Die KfW, deren Vorstandsvorsitzender Norbert Cloppenburg lächelnd die Webseite von Bayer schmückt (Bayer HealthCare 2015a; 2015b), steigt demnächst, so ergaben unsere Interviews, direkter in eine solche Projektkooperation mit Bayer und der DSW in Kenia ein.

Neomalthusianismus und Pharmamärkte: Interessenkoalition ohne Gegenwind

Das BMZ machte 2013 also mit Bevölkerungsdynamik als Querschnittsthema explizit, was sich seit einigen Jahren, auch auf internationaler Ebene, andeutet: 20 Jahre nach der UN-Konferenz von Kairo ist es nicht mehr nötig, nur verhalten über willkommene bevölkerungspolitische Synergieeffekte von Maßnahmen im Bereich reproduktiver Rechte und Gesundheit zu sprechen. Entwicklungspolitik kann wieder offen krude nationalökonomische Modernisierungskonzepte propagieren, wirtschaftliche Konjunkturen aus

Alterszusammensetzungen erklären und damit an eine Kontinuität neomalthusianischen Denkens anknüpfen, die sich im Kern dadurch auszeichnet, globale kapitalistische Ungleichheitsverhältnisse systematisch zu de-thematisieren. Hintergrund dieser neuen Unverfrorenheit ist auch eine allgemeine Demografisierung des Politischen, innerhalb derer die Verwaltung des nationalen Humankapitals sowieso wieder als selbstverständliche Aufgabe jeden Nationalstaates gilt. Die Konzepte der Bevölkerungsdynamik und demografischen Dividende erlauben es, nicht nur zwischen zu viel oder zu wenig, sondern explizit auch zwischen erwünschten und unerwünschten Bevölkerungsgruppen zu unterscheiden, nicht nur in Bezug auf die als produktiv oder unproduktiv interpretierten Generationen, sondern auch völlig selbstverständlich in Bezug auf erwünschte und unerwünschte Migrant_innen.

In diesem Kontext gilt auch Verhütung, insbesondere für afrikanische Länder, wieder als technologische Lösung ökonomischer Probleme. Unter dem Strich bleibt es damit bei einem rassistischen Blick auf diejenigen, deren Kinder als überflüssig erachtet werden und deren reproduktive Rechte immer einseitig nur in Richtung eines Rechts auf Verhütung ausformuliert werden, nicht aber in Richtung eines Rechts, sich für Kinder entscheiden zu können. Dass es heute gerade die Hormonimplantate mit ihren beträchtlichen Nebenwirkungen und geringer Kontrolle durch die Nutzerinnen sind, deren Vertrieb in bestimmten afrikanischen Ländern innerhalb weniger Jahre vervielfacht wurde (vgl. zu Malawi, Tansania, Äthiopien und Ruanda Jacobstein & Stanley 2013), ist unseres Erachtens bemerkenswert. Erfolgskriterien der EZ-Programme sind ganz offensichtlich möglichst viele „Paar-Verhütungsjahre“ oder möglichst viele Nutzer_innen moderner Kontrazeptiva, und nicht eine Achtung spezifischer Bedürfnisse, Gesundheitsbelange und Verhütungskulturen. Die Art der Verbreitung von Implantaten deutet zudem auf ein mit Vermarktungsstrategien gepaartes Interesse an bevölkerungspolitischer Effektivität hin.

Das bevölkerungspolitische Rollback bereitet Pharmaunternehmen ein günstiges Klima, um Kontrazeptivmärkte auch dort ausweiten zu können, wo sie bisher als unrentabel galten. Die Budgets der Bevölkerungsprogramme fließen sowohl in langfristige Abkaufgarantien als auch in diversifizierte Strategien der Markteroberung von Subventionierung über Marketing bis Schulungen. Ausgebaut und verfeinert werden die Kooperationen im Rahmen verschiedener Modelle der öffentlich-privaten Partnerschaften, die auf einer zunehmend engeren Kooperation zwischen „philanthropischen“ Stiftungen, NRO, Firmen und EZ-Institutionen beruhen. Die Bundesregierung ist im internationalen Vergleich zwar im quantitativen Sinne kein Big Player der Verhütungsmittelverbreitung und hält sich in mancher Hinsicht (etwa indem

sie am Konzept integrierter reproduktiver Gesundheit festhält) mehr zurück als etwa die britische oder die US-Regierung. Konzeptuell zeugt aber die Ansage des BMZ, europäischer Vorreiter in Sachen Bevölkerungsdynamik zu sein, sowie die Nähe zu *think tanks* wie der DSW und Unternehmen wie Bayer HealthCare, dass diese Entwicklungen mit vorangetrieben werden.

Mit zu dieser Gemengelage trägt das Ausbleiben kritischer Debatten bei – ganz im Unterschied zu den 1980er und 1990er Jahren, während derer sich international vernetzte Frauengesundheits- und Menschenrechtsbewegungen mit der Beobachtung antinatalistischer Programme befassten und auch die Verhütungsmittelforschung und -verbreitung in den Blick nahmen. Wie die Implantatmärkte konkret erobert werden und was die Nutzerinnen dabei erleben, dazu gibt es heute keine Öffentlichkeit. Ebenso fehlt eine kritische Forschung dazu, welche Ungleichgewichte sich in der EZ zwischen Investitionen in Familienplanung und Basisgesundheitsversorgung entwickeln und wie sich die Etats zu reproduktiver Gesundheit ausgestalten. Im Unterschied zu anderen sozialwissenschaftlich und journalistisch wesentlich stärker bearbeiteten Themen rund um moderne Reproduktions- und Biotechnologien bleiben diese brisanten Fragen unbearbeitet.

Literatur

- Angenendt, Steffen, & Silvia Popp (2014): *Bevölkerungswachstum, Fertilität und Kinderwunsch. Herausforderungen für die Entwicklungszusammenarbeit am Beispiel Subsahara-Afrikas*. Berlin.
- Barlösius, Eva (2007): „Die Demographisierung des Gesellschaftlichen. Zur Bedeutung der Repräsentationspraxis“. In: Barlösius, Eva, & Daniela Schiek (Hg.): *Demographisierung des Gesellschaftlichen. Analysen und Debatten zur demographischen Zukunft Deutschlands*. Wiesbaden, S. 9-32.
- Bayer AG (2012): *Nachhaltigkeit bei Bayer. Auf einen Blick*. Leverkusen.
- Bayer AG (2014): *Annual Report 2013 – Augmented Version*. Leverkusen.
- Bayer HealthCare (o.J.): *Helping Effectively – Together with Strong Partners*. http://pharma.bayer.com/html/pdf/Screen_Bayer_CSR_broschuere_EN.pdf, letzter Aufruf: 18. 2. 2015.
- Bayer HealthCare (2011): *Wir kooperieren mit USAID, um einen nachhaltigen Markt für Verhütungsmittel in Afrika zu schaffen – Bayer HealthCare Pharmaceuticals*. http://www.bayerhealthcarepharmaceuticals.com/de/presse/im_fokus/contraceptive_security_initiative.php, letzter Aufruf: 18. 2. 2015.
- Bayer HealthCare (2015a): *Societal Dialog*. <http://www.bayerpharma.com>, letzter Aufruf: 25. 1. 2015.
- Bayer HealthCare (2015b): *Familienplanung für eine nachhaltige Entwicklung*. <http://www.bayerpharma.com>, letzter Aufruf: 25. 1. 2015.
- Bendix, Daniel, & Susanne Schultz (2013): „Implantierte Verhütung“. In: *Gen-Ethischer Informationsdienst*, Nr. 217, S. 17-19.
- Bernhold, Christin (2014): „Die ‘neue’ Afrika-Politik der BRD. ‘Chancenkontinent’ deutscher Wirtschafts- und Machtpolitik“. In: *Informationsstelle Militarisierung*, Nr. 3, S. 9-14.

- Bloom, David; David Canning & Jaypee Sevilla (2003): *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*. Santa Monica, CA.
- BMZ – Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2008): *Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte, Bevölkerungsdynamik*. BMZ-Spezial 148. Bonn.
- BMZ – Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2012): *Building a Healthy Rwanda. 35 Years of Rwandan-German Cooperation in Health*. Bonn.
- BMZ – Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2013): *Bevölkerungsdynamik in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit*. BMZ-Strategiepapier. Bonn.
- Bock von Wülffingen, Bettina (2001): *Verhüten – überflüssig. Medizin und Fortpflanzungskontrolle am Beispiel Norplant*. Mössingen-Talheim.
- Brill, Klaus, & Ulrike von Gilardi (2011): *2nd Tier Marketing Project: Ethiopia (Bayer-USAID Contraceptive Security Initiative)*. Präsentation beim Annual Membership Meeting Reproductive Health Supplies Coalition, Addis Abeba, 24. Juni 2011, <http://www.rhsupplies.org>, letzter Aufruf: 25. 1. 2015.
- BUKO-Pharma-Kampagne (2012): *Auf Kosten der Armen? Untersuchung des Geschäftsverhaltens von Boehringer Ingelheim, Bayer und Baxter in Brasilien*. Pharma-Brief Spezial, Nr. 3/2012.
- BUKO-Pharma-Kampagne (2014): *Arm und Vergessen. Untersuchung des Geschäftsverhaltens von Boehringer Ingelheim, Bayer und Baxter in Uganda*. Pharma-Brief Spezial, Nr. 1/2014.
- Cassen, Robert (1994): „Population and Development: Old Debates New Conclusions“ In: Cassen, Robert (Hg.): *Population and Development. Old Debates, New Conclusions*. Washington, D.C., S. 1-26.
- DGDA – Dalberg Global Development Advisors & RHSC – Reproductive Health Supplies Coalition (2014): *Market Shaping for Family Planning. An Analysis of Current Activities and Future Opportunities to Improve the Effectiveness of Family Planning Markets*. Brüssel.
- Demeny, Paul (1988): „Social Science and Population Policy“. In: *Population and Development Review*, Bd. 14, Nr. 3, S. 451-479.
- DSW – Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (2015): *Young Adolescents Project Kenya*. <http://www.weltbevölkerung.de>, letzter Aufruf: 25. 1. 2015.
- Foucault, Michel (2006): *Sicherheit, Territorium, Bevölkerung. Geschichte der Gouvernementalität I*. Frankfurt a.M.
- GIZ – Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (2012): *Join in Circuit Facilitator Manual Zimbabwe*. GIZ Office Harare für das BMZ, Bonn.
- GIZ – Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (2013): *Triple Win. Verantwortliche Fachkräftesicherung*. Bonn.
- Hendrixson, Anne (2007): *What's Wrong with the 'Demographic Dividend' Concept?*. *DifferenTakes*, Nr. 44.
- Husa, Karl; Christof Parnreiter & Helmut Wohlschlägl (2011) (Hg.): *Weltbevölkerung. Zu viele, zu wenige, schlecht verteilt?* Wien.
- Jacobstein, Roy, & Harriet Stanley (2013): „Contraceptive Implants. Providing Better Choice to Meet Growing Family Planning Demand“. In: *Global Health Science and Practice*, Bd. 1, Nr. 1, S. 11-17.
- KfW (2012): *Ex Post-Evaluierung: Kurzbericht Äthiopien: Familienplanung und HIV-Prävention I und II*. <https://www.kfw-entwicklungsbank.de>, letzter Aufruf: 18. 2. 2015.
- Ndungu, Nancy (2011): *Gezahlt wird später*. <http://www.dandc.eu>, letzter Aufruf: 25. 1. 2015.
- Nowak, Jörg (2013): „Selektive Familienpolitik. Gebärförderung, aber nicht für alle“. In: *Genethischer Informationsdienst*, Nr. 217, S. 11f.

- Parnreiter, Christof (2011): „Bevölkerungswachstum und wirtschaftliche Entwicklung. Ein kausales Verhältnis?“ In: Husa u.a. 2011, S. 191-201.
- Population Council (2013): *Jadelle*. <http://www.popcouncil.org>, letzter Aufruf 15. 12. 2013 (inzwischen nicht mehr auf der Webseite).
- PRWeb (2010): *Global Contraceptives Market Is Projected to Reach US\$ 17.2 Billion by 2015, According to New Report by Global Industry Analysts, Inc.* <http://www.prweb.com>, letzter Aufruf: 25. 1. 2015.
- Schultz, Susanne (2006): *Hegemonie, Gouvernamentalität, Biomacht. Reproduktive Risiken und die Transformation internationaler Bevölkerungspolitik*. Münster.
- Schultz, Susanne (2011): „Antinatalismus postkolonial. Zur flexiblen Kontinuität internationaler Bevölkerungsprogramme“. In: Husa u.a. 2011, S. 228-245.
- Schultz, Susanne (2013): „Familienpolitik und die ‘demographische Chance’. Zur postkatas-trophistischen Phase einer neuen deutschen Familienpolitik“. In: *PROKLA*, Bd. 43, Nr. 173, S. 539-562.
- Schwenken, Helen (2013): *Die Herstellung von Illegalität – Das Scheitern von Migrationskontrollen ist kein Zufall*. <http://heimatkunde.boell.de>, letzter Aufruf: 25. 1. 2015.
- Seebens, Holger (2012): *Wird sich das Beschäftigungsproblem in Entwicklungsländern weiter verschärfen?* KfW Development Research, Nr. 6.
- Sivin, Irving; Harold Nash & Sandra Waldman (2002): *Jadelle Levonorgestrel Rod Implants: A Summary of Scientific Data and Lessons Learned from Programmatic Experience*. New York, NY.
- Spectra Intelligence (2011): *Global Market for Hormonal Contraceptives and Infertility Drugs, 2011-2018 – Future Therapies for Birth Control and Reproductive Health*. http://www.researchandmarkets.com/research/3f86f3/global_market_for, letzter Aufruf: 25. 1. 2015.
- UNFPA (2012): *Procurement Statistics*. New York, NY.
- UNFPA (2013a): *Contraceptives and Condoms for Family Planning and STI/HIV Prevention. External Procurement Support Report 2012*. New York, NY.
- UNFPA (2013b): *Procurement Statistics*. New York, NY.
- UNFPA (2013c): *Sustainable Development and Population Dynamics: Placing People at the Centre, Statement by Albrechtsen, Anne-Birgitte, Deputy Executive Director at the Open Working Group on Sustainable Development Goals, 19. 6. 2013*. New York, NY.
- UNFPA (2013d): *Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security. Annual Report 2013*. New York, NY.
- UNFPA (2014): *Contraceptives and Condoms for Family Planning and STI/HIV Prevention: External Procurement Support Report 2013*. New York, NY.
- UNICEF (2013): *Population Dynamics. International Migration, Children and Adolescents, UNICEF Migration*. New York, NY.
- Warwick, Donald P (1982): *Bitter Pills. Population Policies and their Implementation in eight Developing Countries*. Cambridge u.a.
- Wichterich, Christa (1994): „Postfeministische Politik bei der Weltbevölkerungskonferenz in Kairo“. In: *Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis*, Nr. 38, S. 145-151.
- Zizhu Pharmaceutical (2011): *Contraceptive Market to 2016*. http://www.zizhu-pharm.com/shownews.asp?news_id=8, letzter Aufruf: 25. 1. 2015.

Anschrift des Autors:
Daniel Bendix
d.bendix@uni-kassel.de

Anschrift der Autorin:
Susanne Schultz
schultz@em.uni-frankfurt.de