

Kirsten Ketscher

Rechtliche Regelung der Fortpflanzungstechnologie – Betrachtungen aus frauenrechtlicher Sicht

1. Einführung

Heutzutage ist die Entscheidung, ein Kind zu bekommen, weitgehend noch eine private Angelegenheit. In aller Regel mischt sich der Gesetzgeber nicht in die Kinderwünsche der Frauen ein. Es wird auch nicht mehr vorausgesetzt, daß Frauen nur dann Kinder zur Welt bringen, wenn sie in einer bestehenden Ehe leben. Viele Frauen stellen sich mittlerweile bewußt darauf ein, ihr Kind vollständig ohne den Beistand des Vaters aufzuziehen.

Die rechtliche Vorrangstellung von Ehe und Partnerschaft ist in den letzten zwanzig Jahren also abgebaut worden. Die Frauen haben mittlerweile eine Position erreicht, in der ihr Recht auf Selbstbestimmung über ihren eigenen Körper erstarkt ist. Es ist die Entscheidung der Frau, ob sie ein Kind haben will oder nicht und ausschließlich ihre Sache, in diesem Bereich in Konflikten mit Männern allein zu entscheiden. Hier haben Frauen mittlerweile allein die Entscheidungs- und Rechtssetzungsbefugnis.

In Dänemark liegt es auch vollkommen im Entscheidungsbereich der Frau, ob sie, einmal schwanger geworden, das Kind auch bekommen will. Im Gegensatz zur Empfängnis unterliegt die Abtreibung der Regelung durch Gesetz. Danach kann die Frau allein bestimmen, ob sie ein Kind austragen will. Grundsätzlich haben weder der Vater noch irgendeine gesellschaftliche Institution hier ein Mitspracherecht. Diese Entscheidungsbefugnis wird sowohl von der Frauenbewegung als auch von der Linken als das natürliche Recht der Frau auf Selbstbestimmung begriffen.

Mit der Einführung der Fortpflanzungstechnologien stellt sich die entscheidende Frage, wie dieses Verhältnis von privater Entscheidungsbefugnis und gesetzlicher Regelung zukünftig gestaltet wird und ob die Positionen, die Frauen sich in den letzten Jahrzehnten erkämpft haben, dadurch gefährdet werden.

Die Rechte der Väter scheinen entscheidender Bestandteil der neuen Fortpflanzungstechnologien zu sein, und es wird allgemein gefordert, diese Rechtsposition nun auch gesetzlich festzuschreiben. Es stellt sich die Frage, ob diese rechtspolitischen Tendenzen – über den eigentlichen Regelungsbereich hinaus – die Stellung der Frauen auch im Bereich traditioneller Empfängnis(verhütungs)methoden beeinträchtigen werden. Fraglich ist auch, ob solche neuen Vorschriften, unabhängig davon, ob sie im

Rahmen privater Rechtssetzungsbefugnis oder durch den Gesetzgeber aufgestellt werden, das Machtgleichgewicht zwischen Frauen und Männern und zwischen Frauen und der Gesellschaft verschoben werden.

Im folgenden soll die Entwicklung der Reproduktionstechnologien unter diesem Aspekt untersucht werden, wobei hier nach dem technischen und wissenschaftlichen Standard der Methoden unterschieden wird. Die Überlegungen basieren auf der rechtlichen Situation, wie sie sich in Dänemark darstellt, wobei allerdings davon ausgegangen wird, daß diese sich von der in anderen westeuropäischen Staaten nicht wesentlich unterscheidet.

2. Wenig fortgeschrittene Technologien

Eine wenig fortgeschrittene Methode der Fortpflanzungstechnologie ist vor allem die künstliche Befruchtung, die zudem einfach zu handhaben und billig ist. Jede Frau könnte grundsätzlich die Befruchtung selbst durchführen, soweit sie über den Samen verfügt. Sie muß sich hierzu weder in stationäre Behandlung begeben, noch muß sie irgendeine andere medizinische Hilfe in Anspruch nehmen.

In Dänemark wird die Durchführung der künstlichen Befruchtung sowohl durch gesetzliche Vorschriften wie auch private Satzungen geregelt. Private Organisationen unterhalten Samenbanken, vor allem für frisch gewonnenen Samen und eröffnen dadurch Frauen, die diese Methode anwenden wollen, die Möglichkeit, den Samen zu bekommen, ohne daß die Frauen hierzu irgendwelche Fragen gestellt bekommen. Da sowohl die Samenbanken als auch die Spender gratis arbeiten, muß die Frau lediglich die notwendigen Kosten erstatten.

Öffentliche und staatliche Einrichtungen hingegen arbeiten im Rahmen der rechtlichen Bestimmungen, die für die Organisation des Gesundheitswesens maßgeblich sind. Danach hat die Frau nur dann einen Anspruch auf die Durchführung einer künstlichen Befruchtung und auf deren Finanzierung im Rahmen öffentlicher Heilfürsorge, wenn sie an der Krankheit „Kinderlosigkeit“ leidet. Eine allein stehende Frau kann an dieser Krankheit ohnehin nicht leiden. Um in den Genuß einer staatlich finanzierten „Behandlung“ zu kommen, wird von der Frau gefordert, daß sie in einer stabilen Beziehung mit einem Mann lebt. Wenn Frau diese Behandlungsmethode wählt, stärkt sie damit die anderweitig geschwächte Rechtsposition der Väter. Das Recht der Frau, (auf diese Weise) ein Kind zu bekommen, hängt also davon ab, daß sie (für dieses Kind) einen Vater vorweisen kann.

* Überarbeitete Fassung eines Vortrags zur europäischen Konferenz für kritische Rechtsuntersuchungen (European Conference of Critical Legal Studies, ECCLS), Paris im April 1987

Die hier angewendeten Kriterien ergeben sich zwar nicht ausdrücklich aus den gesetzlichen Vorschriften, wurden aber in der Praxis durch entsprechende Handhabung seitens der Ärzteschaft entwickelt. Indem sie auf diese Weise Kriterien setzen, schaffen die Ärzte als Private selbst die Regelungen und Vorschriften, die die Voraussetzungen ihrer Arbeit bilden und deren Grenzen festlegen sollen.

Die Lösung von Konflikten im Bereich privater Einrichtungen hängt letztlich vom Ausgang der Vertragsverhandlungen zwischen dem Anbieter der Dienstleistung und der Frau ab. Soweit bekannt, hat es bis jetzt noch keine gerichtliche Auseinandersetzung mit privaten Anbietern künstlicher Insemination gegeben. Im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens werden Auseinandersetzungen um den Zugang zu den betreffenden Dienstleistungen letztlich von den Krankenhausärzten oder den Allgemein-Medizinern entschieden.

Die In-Vitro-Fertilisation ist kompliziert und teuer. Im Gegensatz zum Bereich der künstlichen Befruchtung spielen private Entscheidungsbefugnisse der Frauen in diesem Bereich eine untergeordnete Rolle.

Die In-Vitro-Fertilisation kann nur in einem Krankenhaus oder einer Arztpraxis durchgeführt werden. Diese Methode stärkt also wesentlich die Macht der Ärzteschaft, aber auch diejenige der öffentlichen Gesundheitsversorgung. Die einzelne Frau hat überhaupt keine Möglichkeit, die Behandlung zu beeinflussen, also etwa die Zahl der Eizellen, die entnommen und befruchtet werden, zu bestimmen oder auch über die „überflüssigen“ Embryos zu verfügen. Überhaupt haben Frauen in dem Bereich, wo diese Methode angewendet wird, nur ganz geringen Einfluß.

In Dänemark wurde gerade ein Gesetz verabschiedet, das der Kontrolle dieser neuen Technologie dienen soll. Bislang wurde diese Methode als ein Heilmittel gegen die Krankheit „Kinderlosigkeit“ geführt. Mittlerweile ist die In-Vitro-Fertilisation Teil der öffentlichen Gesundheitsvorsorge.

Die internen privaten Regelungen der Ärzteschaft ergänzen die gesetzlichen Vorschriften. Danach steht die In-Vitro-Fertilisation nur für die so oft erwähnten heterosexuellen Paare in stabilen Verhältnissen zur Verfügung.

Da das amtliche Gesundheitssystem die steigende Nachfrage nach In-Vitro-Fertilisation nicht befriedigen kann, haben einige Ärzte mittlerweile begonnen, diese Dienstleistung im Rahmen ihrer

privaten Praxis anzubieten. Auch dort wird, entsprechend den von den Ethik-Kommissionen der Ärzteschaft erarbeiteten Vorschriften, diese Dienstleistung nur für heterosexuelle Paare angeboten. Da die potentiellen Nachfrager offensichtlich bereit sind, erhebliche Beträge für die „Behandlung“ zu bezahlen, entwickelt sich hier ein Markt, auf dem Ärzte eine Menge Geld verdienen können, was, seltsam genug, nicht im Widerspruch zu ihren ethischen Richtlinien zu stehen scheint.

Auseinandersetzungen über den Zugang zur In-Vitro-Fertilisation werden im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems auf dem üblichen Klageweg geregelt. Soweit die „Behandlung“ im Rahmen privater Verträge erbracht wird, werden auch hier, so ist zu vermuten, mögliche Unstimmigkeiten durch den Marktmechanismus gelöst. Letztlich werden aber beide Formen dieser „Behandlung“ durch die Ethik-Vorschriften der Ärzteschaft bestimmt.

Die internen Forschungs- und Anwendungsrichtlinien für diese Reproduktionstechnologie werden also von den Ärzten gestaltet. Darüber hinaus liegt aber auch die Ausfüllung der gesetzlichen Vorschriften in Händen der Ärzteschaft, da diese im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung im großen und ganzen durch das ihnen zugestandene Ermessen die „Behandlung“ nach ihren eigenen Vorschriften einsetzen können.

Es hat durchaus schon Fälle gegeben, wo der Frau die von ihr gewünschte künstliche Insemination versagt wurde. Diese Fälle werden genauso abgehandelt wie jede andere Klage, die aufgrund von Mängeln des medizinischen Versorgungssystems erhoben wird. Das heißt, daß es außerordentlich schwierig ist, eine ärztliche Entscheidung in einem gerichtlichen Verfahren zu revidieren. Den Ärzten wird bekanntermaßen für ihre Behandlungstätigkeit ein weiter Ermessensspielraum zugestanden, der inhaltlicher Kontrolle entzogen ist.

Das die Ärzteschaft bindende interne Regelwerk wird von deren Ethik-Kommissionen und nicht von den Gerichten festgelegt.

Noch bis vor kurzem konnte man davon ausgehen, daß Frauen zwei Alternativen hatten, um eine künstliche Befruchtung durchführen zu lassen. Sie konnten zwischen privater nicht-ärztlicher Dienstleistung oder einem Angebot im Rahmen öffentlicher Gesundheitsversorgung wählen. Dabei boten die privaten Organisationen als einzige auch alleinstehenden Frauen, lesbischen Paaren und denjenigen heterosexuellen Paaren, die sich aus irgendwelchen Gründen nicht der öffentlichen Bürokratie aussetzen wollten oder denen dort die „Behandlung“ versagt worden war, die Möglichkeit, eine künstliche Befruchtung durchführen zu lassen.

Die Verbreitung der Krankheit AIDS hat die Position der privaten Samenbanken allerdings nicht unberührt gelassen, da sie in der Regel keine ausrei-

Neu! Klinik für Andrologie (Männerheilkunde)

ANDROLOGISCHE KLINIK

A. Potenzprobleme
Durchblutungsstörungen
Hormonbestimmungen
Erführung und Überwachung bei
Schwermetallkörper Selbstinjektionen

B. Kinderlosigkeit
Semenbank
Künstliche Befruchtung
Mikrochirurgie

C. Prostatitis
Diagnostik
Physikalische
Therapie

— Deshalb —
Spezialklinik für
Andrologie
Informieren
Sie sich!



chenden Untersuchungsmöglichkeiten haben, um das Bestehen von AIDS-Infektionen zu überprüfen. Folglich kann wohl davon ausgegangen werden, daß sich die Tendenz zur Schaffung rein ärztlicher Dienstleistungsbetriebe im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung noch verstärken wird. Möglicherweise entwickelt sich hier aber auch ein neuer Markt für die Anbieter ärztlicher Dienstleistung außerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems.

3. Hochentwickelte Technologien

Eine mittlerweile schon recht weit verbreitete hochentwickelte Fortpflanzungstechnik ist die der sogenannten In-Vitro-Fertilisation (IVF), wo die Befruchtung außerhalb des weiblichen Körpers durchgeführt wird.

Diese Methode wurde (angeblich) zunächst und vor allem deshalb entwickelt, um unerwünschte Kinderlosigkeit zu „behandeln“, und zwar in denjenigen Fällen, wo Frauen auf normale Weise nicht schwanger werden können. Diese Technik kann allerdings auch für andere Zwecke eingesetzt werden. Durch Mehrfachbefruchtungen und Teilung der weiblichen Eizelle ist es möglich, Embryos in großem Umfang herzustellen und für die Medizinindustrie, die Embryos für diverse Zwecke nutzen könnte und möchte, einen Markt zu schaffen. Die In-Vitro-Fertilisation ermöglicht im übrigen auch Manipulationen am Erbgut mit eugenischer Zielrichtung. Vor allem aber macht die Anwendung der In-Vitro-Fertilisation den Frauen ihre Monopolstellung als Gebärerinnen streitig.

Im Hinblick auf die unbegrenzten Möglichkeiten bei der weiteren Entwicklung der Fortpflanzungstechnologie, die beispielsweise auch die „Züchtung“ von Menschen erlauben würde, war allenthalben der Ruf nach dem Gesetzgeber laut geworden. Die in Dänemark unlängst verabschiedete Gesetzesvorlage verbietet diese und vergleichbare Experimente völlig.

Daneben beschäftigen sich die Vorschriften wesentlich mit der Errichtung einer Ethik-Kommission. Diese Ethik-Kommission soll aus „Experten“ bestehen, die „Kenntnisse aus den einschlägigen ethischen, biologischen und gesellschaftlichen Bereichen nachweisen können und öffentlich anerkannt sind“. Das Gesetz unternimmt auch den Versuch, eine Einflußmöglichkeit für Frauen abzusichern, indem es eine Quotenregelung trifft, wonach die Mitglieder der Komitees zu gleichen Teilen Frauen und Männer sein sollen.

4. Schlußfolgerungen

Man kann wohl kaum damit argumentieren, daß derzeit, wo erst eine kleine Minderheit der Bevölkerung die beschriebenen Fortpflanzungstechniken nutzt, die Auswirkungen irgendwelcher Regelungen in diesem Bereich, ob sie nun durch Gesetz oder private Satzung erfolgen, für die überwiegende Mehrheit der Frauen nicht von Interesse seien.

Ein Parallelprozeß wird sichtbar, wenn man die Entwicklung im Bereich der auf normalem Wege zustande gekommenen Schwangerschaften betrachtet: Vor 25 Jahren konnte noch niemand vorhersehen, daß heute fast alle Kinder in Krankenhäusern geboren werden. Diese medizinische Errungenschaft hat zur Folge gehabt, daß Schwangerschaft heutzutage als Krankheit eingestuft wird. Schwangere Frauen werden in einem Ausmaß kontrolliert und überwacht, das allein aus der Sorge um die Gesundheit der Frauen selbst nicht mehr erklärt werden kann. Bis zu einem gewissen Grad mag hier das ständig steigende Interesse am Kind als Erklärung dienen, teilweise resultiert diese Entwicklung aber auch aus einer Besessenheit von den technischen Möglichkeiten, dem Drang, alles technisch Machbare auch tatsächlich umzusetzen.

Die Frauen selbst haben sich dieser Kontrolle nicht aufgrund gesetzlicher Vorschriften unterworfen, die dies von ihnen gefordert hätten, sondern im Grunde lediglich aufgrund der internen Regelungen, die die Ärzteschaft für sich aufgestellt hat.

Heutzutage wagen es die meisten Frauen nicht, die freundlichen Angebote, die ihnen in den Krankenhäusern gemacht werden, zurückzuweisen und unterziehen sich endlosen Untersuchungen und lassen sich alle möglichen Hinweise dafür geben, was sie während der Schwangerschaft etwa essen und trinken sollten und was nicht etc.

Es gibt also zwei Entwicklungen zu konstatieren: Auf der einen Seite haben Frauen ein großes Maß an Autonomie gewonnen, wo es um die Entscheidung für oder gegen ein Kind geht; auf der anderen Seite werden die Frauen während der Schwangerschaft infolge der zunehmenden technischen Möglichkeiten einer quasi lückenlosen Kontrolle unterworfen. Es scheint so, daß die Entwicklung insbesondere im Bereich der komplizierten und fortgeschrittenen Technologien das Kontrollinstrumentarium zu Lasten der Frauen verfeinert und vergrößert und ihr gerade gewonnenes „natürliches Selbstbestimmungsrecht“ über ihren Körper bereits reduziert. Dies trifft sowohl auf die geltenden gesetzlichen wie auch auf die privat gesetzten Regelungen zu.

Die Handhabung der Reproduktionstechnologien hat andererseits brachliegende Rechtsinstitute, wie das der traditionellen Familie und der Vaterschaft, neu belebt.

Die privaten Regelungen, die Frauen im Bereich traditioneller Empfängnis und Empfängnisverhütungsmethoden Einfluß- und Kontrollmöglichkeiten eröffneten, finden sich im Bereich der hochentwickelten Fortpflanzungstechnologie überhaupt nicht wieder. Im Bereich der weniger fortgeschrittenen Techniken ist ihr Fortbestand zumindest gefährdet.

Eine rechtspolitische Strategie verlangt sowohl offensive wie defensive Vorgehensweise.

Wir müssen unsere eigenen Regeln und Regelungsbefugnisse im Bereich traditioneller Fortpflanzungsmethoden verteidigen und allen Versuchen widerstehen, die Männer unternehmen, um Rechte am ungeborenen Kind, insbesondere bezüglich der Abtreibung, zu erlangen. Außerdem müssen wir die wachsende Kontrolle während normaler Schwangerschaften eindämmen und bekämpfen, die sich hinter der wohlmeinenden Fürsorge wohlfahrtsstaatlicher Gesundheitspolitik verbirgt.

Wir müssen begreifen, daß wir sowohl durch männliches Machtstreben als auch von staatlicher Seite her angegriffen werden. Im Bereich der neuen Fortpflanzungstechnologie gilt es, offensive Strategien zu entwickeln, um sicherzustellen, daß Frauen einen möglichst großen Einfluß auf die menschliche Fortpflanzung erhalten, wozu in einem ausgewogenen Verhältnis, das Frauen zugute kommt, sowohl gesetzliche wie privat gesetzte Vorschriften genutzt werden können.

Übersetzt von Sabine Heinke, Bremen

Anna Dorothea Brockmann

Von Recht und Ordnung in der Gebärmutter

Die neuen Techniken der Reproduktionsmedizin, die In-Vitro-Fertilisation (IVF), die pränatalen Diagnosemethoden und die Forschungen an Embryonen – werden, wie die letzten Kongresse der Humangenetiker und der Perinatalmediziner 1987 demonstrierten, auch in der BRD zur Routine. Verfechter und Betreiber werben mit Heilungsversprechen für Unfruchtbare, stellen Tests und Verfahren in Aussicht, um behindertes Leben auszuschließen. Der Fötus wird als Patient, die Schwangere als psychosoziales und medizinisches Risiko vorgestellt, das in Schach zu halten ist. In der Euphorie über das Machbare wird unter vielen anderen auch die Frage ausgeblendet, was diese Umwertung der Schwangeren und des Fötus provoziert hat, was sie bezweckt und welche Konsequenzen die invasive Überwachung der Gebärmutter für die Frauen hat¹.

Um den historisch-politischen Kontext zu verdeutlichen, in dem diese Umdeutung vollzogen wurde, hole ich zunächst zu einigen Überlegungen von Bevölkerungspolitikern, Humangenetikern und Gynäkologen aus. Sie zerbrechen sich seit den 50iger Jahren über drei Tatsachenkomplexe die Köpfe:

– Über den absoluten Rückgang der Geburtenrate in den Industrieländern bei der weißen Mittelschicht und über die sog. Bevölkerungsexplosion in der ‚Dritten Welt‘ – zugleich von der katholischen Kirche geschürt und von internationalen Finanz- und Sozialplanungsinstitutionen bekämpft.

– Über die zunehmende Sterilität von Frauen und Männern in eben diesen Industrieländern, die für die Bevölkerungs- und Sozialpolitiker einen dramatischen Umfang angenommen hat: etwa 25 % der Frauen und Männer im gebär- bzw. zeugungsfähigen Alter gelten aus vielfältigen Gründen als unfruchtbar, d.h. sie bringen in definierten Zeiträumen keine Nachkommen zustande. Diese Sterilität, so wird zumindest für die USA prognostiziert, steige bis auf 50 % der entsprechenden Bevölkerungsgruppe im magischen Jahr 2000.

– Schließlich über die ‚Verschlechterung des Genpools‘; damit wird von Humangenetikern die Zunahme an Menschen bezeichnet, die genetisch bedingte, körperliche oder geistige Krankheitssymptome aufweisen und denen die neueste Medizintechnologie Überleben und Leben ermöglicht. Gleichzeitig werden von Humangenetikern mit Hilfe der Methode des genetischen Screenings (Durchleuchtung) immer neue potentielle Abweichungen und Besonderungen im Genpool als Ursachen späterer Erkrankungen definiert. Das Spektrum der möglicherweise auch genetisch angelegten Erkrankungen wird so bis zu biologistischen Erklärungen menschlichen Sozialverhaltens ausgedehnt.

Den Gründen für die Bevölkerungs-‚Explosion‘ in den ‚Dritte-Welt‘-Ländern wie für den Rückgang der Geburtenrate in den Metropolen will ich hier nicht nachgehen. Sicher ist jedenfalls, daß weder die finanziellen Anreize aus sozialstaatlichen Familienprogrammen noch die moralisierenden Appelle zum Generationenvertrag aus der Rentendebatte diesen Trend zu immer weniger Geburten langfristig wirksam beeinflußt haben. In den Ländern der ‚Dritten Welt‘ wird seit den 50iger Jahren mit Zwangsmitteln der Sterilisation und mit Verhütungsmittel-Experimenten operiert. Dennoch ist ein bemerkenswerter Rückgang der Geburtenrate solange nicht absehbar, als die materiellen und sozialen Lebensbedingungen der Mehrheit vor allem der Frauen nicht verbessert werden – es sei denn, daß direkte staatliche Sanktionen eingesetzt werden, wie etwa in China oder Indien; aber dazu muß dieser Staat mit Polizei und Medizin die Frauen auch erfassen können.

1 Eine kritische Reflexion der Reproduktionsmedizin ist u.a. zu finden bei: Rita Arditti u.a., *Retortenmütter*, Reinbek 1985; Gena Corea, *Muttermaschine*, Berlin 1985; Frauen gegen Gentechnik und Reproduktionstechnik, *Kongreßbericht* 1985, Bonn 1986; Irmgard Schultz, *Im Namen des Lebens*, Zur aktuellen Auseinandersetzung um den § 218, *Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis*, 20, 1987, S. 51 ff.; Christine Hölzle, *Kinderlosigkeit als Krise*, *Reproduktionsmedizin als Rettung?*, *Psychologische Probleme der Unfruchtbarkeit und ihrer medizinischen Behandlung*, in: Gaby Zipfel, *Reproduktionsmedizin*, Hamburg 1987, S. 21 ff.; Aurelia-Weikert u.a., *Schöne neue Männerwelt*, *Beiträge zu Gen- und Fortpflanzungstechnologien*, Wien 1987.