

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.

In den Blick nehmen will ich die öffentliche Debatte um die zunehmende Sterilität von Frauen und Männern, die Zahl der pränatal geschädigten Föten bzw. der mittels Genforschung entdeckten potentiellen genetischen Krankheitsursachen. Hier ist längst – und dies weltweit – eine reichlich mit öffentlichen Mitteln versehene Forschung und Praxis etabliert, um deren sozialpolitische Perspektiven es hier geht.

Bereits zu Beginn der 50iger Jahre – nicht zuletzt beschleunigt durch die Folgen der Bombenabwürfe auf Hiroshima und Nagasaki – schafften die humangenetischen Grundlagenforscher in den USA, schafften Crick, Watson u.a. den Sprung zur Aufklärung der Gene. Damit war die Struktur der Erbinformation, ihrer Vermittlung, Vervielfältigung und ihrer Veränderung unter Außeneinflüssen wie Strahlung oder Vergiftung aufgedeckt². Sie legten damit die Basis für das, was heute als Genkartierung, also Lokalisierung von Genen auf dem DNS-Strang in den menschlichen Chromosomen und ihre Zuordnung zu bestimmten Stoffwechselercheinungen betrieben wird: und sie legten zugleich die Basis für eine systematische empirische Forschung der menschlichen Genetik und der pränatalen Diagnostik.

In den gleichen Jahren nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges wird, mit dem Blick auf das Bevölkerungswachstum in der Dritten Welt, in den USA und Großbritannien die Forschung am weiblichen Zyklus und an den biochemischen Möglichkeiten der massenhaften Schwangerschaftsverhütung weiter ausgebaut.

Als der radioaktive Fallout der oberirdischen Atomwaffenversuche in den 50iger Jahren als Ursache von Genmutationen auch am Menschen diagnostiziert war, riefen u.a. 1962 Humangenetiker und Bevölkerungswissenschaftler auf dem internationalen CIBA-Foundation-Kolloquium „Man and his Future“³ dazu auf, die Folgewirkungsforschung zu intensivieren. Andererseits sollte eine moderne Humangenetik – frei von Assoziationen an die NS-Vernichtungstechniken – begründet werden mit dem Ziel, eine wissenschaftlich ausgewiesene qualitative Kontrolle des Bevölkerungsnachwuchses in den weißen Metropolen zu ermöglichen.

Ein zweites Thema dieses Kongresses war die restriktive Bevölkerungspolitik für die Dritte Welt seitens der kreditevergebenden Industrienationen: Die Forschung an und die Produktion von sicheren Verhütungsmitteln, die Durchleuchtung und Beherrschung des Menstruationszyklus, d.h. Fruchtbarkeitszyklus, des Befruchtungsvorganges bzw. seiner Verhinderung. Mitte der 60iger Jahre wird die Pille als „sicherstes Verhütungsmittel“, das es je gab, propagiert und auf den Markt geworfen.

Zwei weitere Themen bewegten die humangenetische und bevölkerungspolitische Debatte der 60iger Jahre: die zunehmende Sterilität des weißen Mannes und der weißen Frau, der man schon seit den 50iger Jahren mit Hormonbehandlungen und künstlicher Befruchtung beizukommen sucht; außerdem die zunehmenden Keim- bzw. Embryonenschädigungen u.a. durch chemische Substanzen (Blei u.a.) und durch Medikamente. Insbesondere der Contergan-Skandal 1968 provozierte die Nachfrage nach präventiven pränatalen Untersuchungsmethoden und machte nun auch in der BRD humangenetische Forschung und Beratung politisch wieder salonfähig.

1969, auf dem ersten großen Humangenetikertreffen in der BRD – dessen Existenz und politische Brisanz der Linken damals übrigens völlig entgangen ist –, wurde von einem der Initiatoren aus der sog. Nachkriegsgeneration der Humangenetiker, G. G. Wendt, programmatisch formuliert: Der Fortschritt in der ärztlichen Kunst, der peri- und postnatalen Medizin führe dazu, daß eine „natürliche“ Auslese nicht mehr stattfinde mit der Folge des Anstiegs von Erbkranken. Durch die steigende Strahlenbelastung und den Anstieg der chemischen Mutagene komme es zu einem Anstieg der Mutationsrate. Beides führe zu einer Gefahr für Erbgesundheit und Leistungsfähigkeit künftiger Generationen⁴.

Wesentlich drastischer äußerten sich 1970 US-amerikanische Wissenschaftler zum selben Thema⁵:

Unbegrenzter Zugang zu einer staatlich regulierten Abtreibung in Verbindung mit den gegenwärtigen, perfekten Techniken zur Entdeckung von Chromosomenanomalien im wachsenden Fötus wird uns von einigen Prozent aller Geburten befreien, die heute unkontrollierbare Defekte darstellen. Man wird genetische Kliniken bauen, in denen man bald bis zu hundert verschiedene rezessive (vererbare) Erbdefekte in ihren Trägern wird entdecken können ... die dann gewarnt oder daran gehindert werden, Nachkommen zu bekommen. ... Kein Elternpaar wird in Zukunft das Recht haben, die Gesellschaft mit einem mißgestalteten oder geistig unfähigen Kind zu belasten.

5 zit. nach Anita Fetz, Florianne Koechlin, Ruth Mascarin, *Gene, Frauen und Millionen*, Zürich 1986, S. 41

2 R. Scheller, *Das Gengeschäft*, Dortmund 1985

3 R. Jungk (Hrsg.), *Das umstrittene Experiment: Der Mensch, Modelle für eine neue Welt*, München 1966

4 G.G. Wendt, *Genetik und Gesellschaft*, Stuttgart 1970

Zurückhaltender werden in Marburg 1969 als praktische Konsequenzen ins Auge gefaßt:

– Die Einrichtung eines Modellprojektes Humangenetische Beratung in Hessen 1972-1975 als Vorlauf für ein flächendeckendes Netz solcher Beratungsstellen in der BRD (heute über 40); damit sollte eine Weiterbildung von Ärzten verbunden werden, um deren Aufmerksamkeit für „Risiko-Paare“ zu schärfen.

– Die ‚freiwillige Sterilisation‘ („auf Wunsch des Betroffenen oder seines Vormundes“) aus genetischer und sozialer Indikation und damit die öffentliche Debatte dieser Frage.

Im Gegensatz dazu blieb die Frage des Schwangerschaftsabbruches aufgrund ‚eugenischer Indikation‘ in Marburg ausgespart, obwohl die medizinische und juristische Debatte dieser Jahre auf eine Entkriminalisierung abzielte.

Schließlich wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft ein Sonderforschungsprogramm zur ‚Pränatalen Diagnose genetisch bedingter

Ich will im Folgenden diejenigen Konsequenzen skizzieren, die diese Ausweitung pränataler Diagnostik und der Schritt zur In-vitro-Befruchtung für die schwangere Frau haben. Denn durch diese Techniken und die mit ihnen verbundene medizinische und soziale Kontrolle und Kontrollierbarkeit der Schwangeren wird das Bewußtseinsbild von Schwangerschaft, schwangerer Frau und Fötus verändert.

Zunächst wird mit der Technik des Ultraschall und anderer Bildmedien der Embryo/Fötus sichtbar gemacht, gewissermaßen von den Augen erfassbar, greifbar. Er wird über das Bild aus seiner symbiotischen Existenz mit der schwangeren Frau herausgelöst, abtrennbar; er wird Bild und damit Gegenüber, wird scheinbar Eigenständiges, Anderes. Die pränatale Forschung bringt Licht – das sprichwörtliche Licht der Aufklärung – in die Gebärmutter, in die biochemischen Vorgänge des Befruchtungsvorganges, der Einnistung, des embryonalen Wachstums und der Auswirkungen, die der Stoffwechsel der Schwangeren auf dieses Wachstum hat.

Mit der Möglichkeit der Be- und Durchleuchtung der Gebärmutter wird diese – wie im übrigen alle anderen, künstlich beleuchteten Orte dieser Gesellschaft – ein Ort der sozialen Überwachung durch medizinische Experten. Diese Überwachung ist im sog. Mutterpaß festgehalten, der spätestens mit dem AIDS-Test auch ein polizeiliches Erfassungsmittel wird. Mit dieser medizinisch-technischen Durchdringung wird zudem die Schwangerschaft noch stärker als zuvor⁷ in den Definitionskreis von Abweichung und Krankheit gezogen.

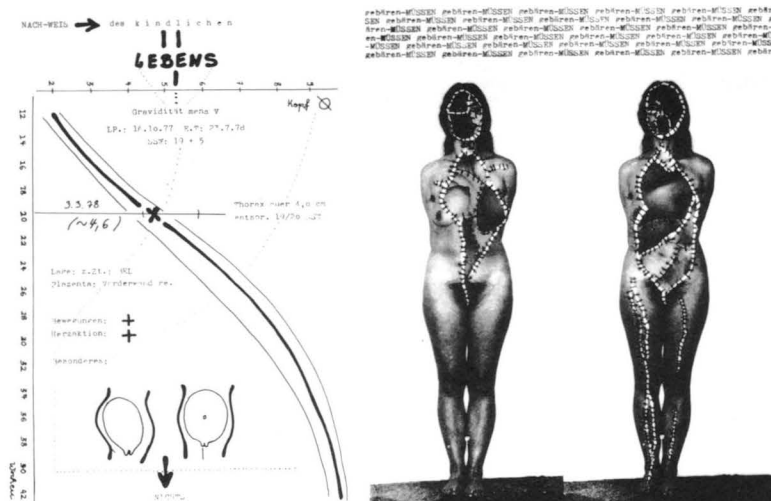
Für die pränatale Diagnostik werden im Laufe der 70er Jahre sog. Schwangerschaftstests entwickelt und verbreitet; Ultraschall und Amniozentese sind allerdings Em-

bryonentests, Qualitätskontrollen, die das Vorhandensein bestimmter Krankheiten und körperlicher oder geistiger Fehlentwicklungen am Embryo nachweisen bzw. ausschließen sollen. Aus diesen Tests ergibt sich als ‚Nebenprodukt‘ das Geschlecht des zukünftigen Kindes; aufgrund dieser Information werden in einer steigenden Zahl von Ländern – Australien, Großbritannien, Indien, China, Naher Osten – eine zunehmende Zahl meist weiblicher Föten abgetrieben⁸.

6 Gena Corea, Muttermaschine, Berlin 1985, S. 82 ff.

7 Zur Geschichte der Gynäkologie als soziale Kontrolle vgl. Barbara Duden, ‚Keine Nachsicht für das schöne Geschlecht‘, Wie sich Ärzte die Kontrolle der Gebärmutter aneigneten, in: Suzanne v. Paczensky (Hrsg.), Wir sind keine Mörderinnen, Reinbek 1980

8 vgl. TAZ, 5.1.1988, Mehr Abtreibung bei weiblichen Föten; FR, 9.1.1988: ‚Ausortierung‘ per Abtreibung



Annegret Soltau, 1978
aus dem Zyklus „schwanger“

Defekte‘ finanziert, das ab 1973 bis 1978 lief. Hier galt es u.a., den massiven Vorsprung der englischen, australischen und US-amerikanischen Humangenetiker einzuholen.

In denselben Jahren trat die Embryonalforschung auch in der BRD mit spektakulärem Bildmaterial in die Medienöffentlichkeit, machte das bislang Verborgene sichtbar.

Schon 1970/71 war den englischen Genetikern Edwards und Steptoe die biochemische Entschlüsselung des Befruchtungsvorganges und der Einnistung des befruchteten Eies soweit gelungen, daß sie zu Experimenten an Frauen mit In-vitro-Befruchtung und nachfolgendem Embryo-Transfer übergingen⁶. Nach Experimenten mit über 200 Testpersonen gelang es ihnen, eine Schwangerschaft nach dem Embryotransfer zu stabilisieren und ein erstes, aus der ‚Retorte‘ hervorgegangenes Kind vorzuweisen.

Wie diese Qualitätskontrolle am Embryo allmählich immer deutlicher zum Standardtest in der Schwangerschaft erhoben wird und tendenziell in der moralischen Pflicht der Schwangeren gegenüber Fötus und Gesellschaft mündet, läßt sich eindrücklich am Beispiel der Zeitschrift ‚Eltern‘ mit ihren Schwangerschaftsratschlägen ablesen.

Noch deutlicher werden die Konsequenzen der Durchleuchtung und des Sichtbarmachens von Befruchtung und Schwangerschaft in der Technik der In-vitro-Fertilisation, die seit dem ersten ‚Retortenbaby‘ 1978 einen internationalen Boom erfahren hat. Hier wird nicht nur ein Bild oder Film von und aus der Gebärmutter gemacht; mit der IVF-Technik wird auch der Akt der Befruchtung selbst ins Laborlicht gezogen.

Befruchtung/Zeugung gerät so ‚endlich‘ zum emotionsfreien, sichtbaren, a-sozialen, rein biochemischen Vorgang, beobachtbar, reproduzierbar und steuerbar. Ins Laborlicht und unter das Auge des Reproduktionsmediziners verlegt, wird Befruchtung/Zeugung in ein völlig neues soziales und emotionales Verhältnis eingespannt, das zwischen dem Arzt und der Klientin, das nun seinerseits hochemotionalisiert wird⁹.

Dieser Zugriff ist in mehrerlei Hinsicht umwälzend:

– Prinzipiell ist nunmehr Befruchtung und d.h. auch Lebensbeginn aus dem Leib der Frau herausnehmbar, herausgenommen und auf den biochemischen Begriff gebracht. Der amateurhaften „wildem“ Zeugung bzw. Empfängnis wird – und dies im Zeichen von AIDS tendenziell als Pflicht – die professionelle und eugenisch kontrollierbare Zeugung durch Expertenhand als zu erreichender Standard entgegengesetzt. Damit ist nicht IVF-Behandlung für alle Frauen gemeint, wohl aber die Verallgemeinerung und Selbstverständlichkeit medizinischer Kontrolle auch über Befruchtung/Zeugung. Dazu gehört dann in Zukunft auch die humangenetische Beratung für Risiko-Paare (nach Aussagen von Humangenetikern etwa 30-40 % aller Ehepaare) mit der eugenischen Indikation zu Zeugungsabstinenz und/oder Sterilisation. Die Gewöhnung an diese Überwachung kommt also gewissermaßen auf den leisen Sohlen von Versprechungen auf Heilung durch IVF und auf Sicherheit durch Schwangerschaftstests.

– Der in wissenschaftlich-technischem Licht produzierte Embryo wird ganz selbstverständlich einer Qualitätskontrolle unterzogen, ehe ihm sein Platz in der Gebärmutter zugewiesen wird; es widerspräche der Rationalität des Verfahrens, unkontrollierte, möglicherweise geschädigte Embryonen zu transfrieren und damit ihre Einnistung zu riskieren.

Diese Qualitätskontrollen sind zur Zeit ein Ziel der Embryonenforschung¹⁰, die u.a. die Wirkungen von Ultraschall, Hormonbehandlung, Einfrieren und Auftauen, Nährmedien u.a.m. auf Keimzellen und frühe Embryonen testet und auf die Verbesserung der ja nur mickrigen Erfolge der IVF-Technologie orientiert ist. In der ‚Gen-Medizin‘ wird zudem längst nach Verfahren gesucht, Defekte auch chirurgisch zu reparieren.

– Überwacht werden muß bei soviel Aufwand und Sorgfalt für den Embryo natürlich auch der Ort, an dem der Embryo zur Ausbrütung deponiert wird, die Gebärmutter, das „fötale Umfeld“, zu dem die schwangere Frau nunmehr technisch-sprachlich reduziert ist. Dieses „Umfeld“ wird mit zunehmender Durchleuchtung vom Mediziner zu einem höchst risikoreichen Ort, einer geradezu gefährlichen Umgebung für den Embryo umgedeutet. Der nur begrenzt kontrollierbare Lebenswandel und Stoffwechsel der Schwangeren gerät zur Erfolgsbedrohung für den IVF-Techniker und wird von ihm als Existenzbedrohung für den Embryo definiert – eine Bedrohung, die mittels pränataler Kontrolle und Tests eingedämmt werden muß¹¹.

– Der Embryo und Fötus, so in den medizinischen Blick genommen, wird zum Klienten und Patienten in einer risikoreichen Umwelt, vor der er einerseits mittels pränataler Tests zu schützen ist, aus der er aber auch wieder „ausquartiert“, „ausgetrieben“ werden kann. Er hat den Nachweis, ein im Sinne der Verfassung schützenswertes Leben zu sein, erst durch Qualitätskontrollen zu erbringen.

Dieser Orientierung pränataler Diagnostik und humangenetischer Beratung war allerdings, abgesehen vom Stand medizinisch-technischen Wissens, bis zur Mitte der 70iger Jahre eine Barriere gesetzt: die Kriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen durch den § 218.

Unter diesem Blickwinkel erhält nun die Reformdebatte um den § 218 eine neue politische Dimension – neu, weil diese Dimension Ende der 60iger und Anfang der 70iger Jahre aus der politischen Debatte der Linken und der ersten Feministinnen aus der § 218-Kampagne fast völlig ausgeblendet blieb.

Bereits in den frühen 60iger Jahren, mit der ersten Initiative zur Strafrechtsreform, wird unter Mediziner und Juristen die ‚Notwendigkeit‘ diskutiert, Schwangerschaftsabbrüche besonders an geistig behinderten Frauen oder bei Diagnose des Risikos einer vererbten Erkrankung des Fötus bzw. des späteren Kindes zu entkriminalisieren und eine eugenische Indikation neben der medizinischen in den § 218 aufzunehmen. Entkriminalisiert werden sollte auch die Abtreibung von Föten, die – soweit diagnostizierbar oder wahrscheinlich – durch radio-

9 vgl. Genevieve Delaisi de Parceval, A. Janaud, Ein Kind um jeden Preis, Weinheim 1986; G. Amendt, Die Gynäkologen, Hamburg 1982

10 H.H. Bräutigam, Liselotte Mettler, Die programmierte Vererbung, Hamburg 1985

11 Gena Corea, a.a.O., S. 227 ff.

aktive Strahlung, Arzneimittel oder andere chemische Substanzen geschädigt waren¹². In den wütenden Auseinandersetzungen um die soziale Indikation und die Fristenlösung 1970 bis 1975 ist auch in der Frauenbewegung weitgehend unbeachtet geblieben, daß die neue eugenische Indikation ungeschmälert erhalten wurde; ein im Sinne positiver Eugenik unerwünschter Embryo konnte nun bis zur 24. Woche, d.h. bis zum Zeitpunkt des ersten damals möglichen embryonalen Zelltests, der Amniozentese, legal aus der Gebärmutter vertrieben werden.

Damit war 1975/76 – justament zum Abschluß des hessischen Modellprojektes – die juristische Basis für eine Entkriminalisierung derjenigen Ärzte gelegt, die nach einer humangenetischen Beratung eine Abtreibung nahelegten oder vornahmen. Daß dabei immer wieder die zwanglose „freie Entscheidung“ der betroffenen Frauen oder Paare betont wird, ist Hohn¹³. Der soziale und psychische Druck, ein gemäß medizinischen Standards heiles Kind zur Welt zu bringen und behinderte Kinder zu vermeiden hat grade mit den technischen Prognosemöglichkeiten massiv zugenommen; und Frauen fürchten mit Recht, in dieser Gesellschaft weitgehend allein und mit allerlei Mütterlichkeitsideologie im Nacken, ein behindertes Kind aufzuziehen und dessen Diskriminierung individuell aufzufangen zu müssen.

Die verfassungspolitische Debatte um den § 218 – vor allem das BVerfG-Urteil 1975 – fügt dieser Legalisierung eugenischer Bevölkerungspolitik zwei normative Setzungen hinzu, mit weitreichenden Konsequenzen für die pränatale Diagnostik.

Die Norm des Grundgesetzes nahm ja im Prinzip die tradierten Abwehrrechte des bürgerlichen Individuums gegenüber staatlichen Übergriffen wieder auf. Dieser Schutz des Individuums – hier der Frau – wird nun ins Gegenteil verkehrt: nunmehr wird das Staatsinteresse am individuellen Nachwuchs vor der schwangeren und zum Abbruch entschlossenen Frau geschützt¹⁴.

12 G. Kraiker, § 218, Zwei Schritte vorwärts, einen Schritt zurück, Frankfurt 1983, S. 24 ff.

13 vgl. Barbara Katz-Rothman, The Tentative Pregnancy, New York 1986, Kap. 2, Prenatal Diagnosis in Context

14 W. Abendroth, Das Abtreibungsurteil des Bundesverfassungsgerichts, Kritische Justiz, Jg. 8, 1975, S. 121 ff.

Eine entsprechende Verkehrung bestimmte die Berufsverbote der 70iger Jahre. Mit dem „Radikalenerlaß“ wurden abweichende politische Auffassungen und Haltungen kriminalisiert, die Verfassung angeblich vor ihren zersetzenden Kritikern geschützt. Faktisch war der Radikalenerlaß der Beginn der „Rationalisierung der Massenkontrolle“ vgl. R. Gössner/BI „Bürger kontrollieren die Polizei“, Restrisiko Mensch, Volksfassung, Staatsterrorgesetze, Widerstandsbekämpfung, Bremen 1987

Die politische Konsequenz dieses Urteils ist, daß der Schwangerschaftsabbruch zu einer verfassungswidrigen Handlung, die Frau also zur Verfassungsfeindin erklärt wird. Diese innerstaatliche Feinderklärung entspricht dem politischen Kontext der RAF-Verfolgung und der Berufsverbote-Praxis in der Mitte der 70iger Jahre, in der Bürgerin und Bürger als staatliches Sicherheitsrisiko definiert werden¹⁵. Allerdings geht die verfassungspolitische Brisanz des BVerfG-Urteils in den meisten Frauengruppen aus der § 218 - Kampagne unter oder verschwindet rasch hinter den tagespolitischen Mühen in Beratungsstellen und der Abwehr gegenüber kirchlichen und ärztlichen Diffamierungen: „Wir sind keine Mörderinnen!“

Die Feinderklärung des Urteils richtet sich, wie auch die Kampagne der Kirchen und Ärzteverbände seit Beginn der Frauenbewegung zeigt, nicht gegen jedweden Abbruch einer Schwangerschaft, sondern allein gegen denjenigen, den die Frau aus eigenständiger Beurteilung ihrer Lebenssituation will. Völlig unberührt von dieser Kampagne ist bis heute die eugenische Indikation geblieben.

Der Umdeutung des Embryo zum Klienten der pränatalen Medizin entspricht seine verfassungspolitische Aufwertung als Rechtssubjekt gegenüber der und vor allem gegen die Frau, die Zusicherung seines vorrangigen Staatsschutzes. Das heißt aber, daß ein naturwissenschaftlich-medizinischer Diskurs über das Verhältnis von Lebensbeginn, autonomer Lebensfähigkeit und dem Leben der schwangeren Frau normativ beendet wird durch die juristische Trennung von Embryo und Schwangerer.

Unter Rückgriff auf kirchendogmatische Setzungen leistet das BVerfG -Urteil 1975 zudem dem dominanten gesellschaftlichen Vorurteil Vorschub, daß Frauen unverantwortliche und damit dem Embryo im Prinzip feindlich gesonnene Personen seien, die aus egoistischen Lebensinteressen das Leben des Embryo durch Abtreibung beendeten bzw. den Embryo durch ihre rücksichtslose Lebensweise schädigten. Frauen müssen – darüber sind sich alle Fortpflanzungsmediziner einig – nunmehr zu einer ordentlichen, d.h. nach medizinischen, humangenetischen und damit bevölkerungspolitischen Kriterien verantwortungsvollen Schwangerschaft erzogen, verpflichtet und ggf. auch gezwungen werden.

15 vgl. W.D. Narr, Wir Bürger als Sicherheitsrisiko, Reinbek 1977



Diese Pflicht zu verantwortungsvoller Schwangerschaft hat zwei Seiten:

– Ende der 70iger Jahre bereits präsentierten Humangenetiker Kosten-Nutzen-Rechnungen zur pränatalen Diagnostik und humangenetischen Beratung¹⁶. Exemplarisch werden z.B. die Kosten für die lebenslange Betreuung eines Kindes mit ‚Down-Syndrom‘ gegenübergestellt den Kosten für eine ‚erfolgreiche pränatale Diagnostik‘, im Klartext: einer Beratung zur und Durchführung von Sterilisation oder Abtreibung. Die Präsentation solcher Einsparungen wurde 1981 mit dem staatlichen Gesundheitsökonomiepreis des Bundesministeriums für Arbeits- und Sozialordnung ausgezeichnet – ein Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen.

Wenn auf der Tagung der Humangenetiker in Bremen 1981 der Strafrechtler A. Eser noch feststellte¹⁷, es gäbe zwar die medizinisch-technische und die versicherungsrechtliche Voraussetzung für einen Abbruch nach eugenischer Indikation, aber keinen sanktionierbaren Beratungszwang, so hat sich hier, noch im Vorfeld juristischer Normierung, dennoch dem politischen Klima nach Wesentliches geändert. Die Pflicht zur verantwortungsvollen Schwangerschaft wird immer deutlicher zugleich auch Pflicht zu einem verantwortungsvollen Abbruch derselben oder grundsätzlichen Verhinderung durch Sterilisation.

Die technischen Möglichkeiten pränataler Tests wirken als Sachzwang, als vorerst noch stummer Zwang zum verantwortungsvollen Umgang mit den Staatsfinanzen. In die Serie der Schwangerschaftstests wird in Kürze der AIDS-Test verpflichtend aufgenommen. Schwangere Frauen, die AIDS-positiv diagnostiziert werden, haben dann letztlich keine Wahl; denn wenn sie den Fötus behalten, werden später Mutter und Kind ausgegrenzt; und Kassen haben längst angekündigt, fahrlässig mit AIDS Infizierte nicht zu versichern.

In dieselbe Richtung eines eugenisch motivierten Abbruchs weisen auch verschiedene Beispiele jüngster Rechtsprechung in der BRD seit 1981¹⁸. Es geht dabei um Schadensersatzforderungen von Frauen – nunmehr Müttern behinderter Kinder – gegenüber den betreuenden Ärzten/Ärztinnen, wenn diese einen möglichen Embryontest, z.B. Amniozentese, unterlassen bzw. auf seiner Durchführung gegenüber der schwangeren Frau nicht nachdrücklich bestanden haben¹⁹. Damit ist dann aus der Sicht der klagenden Frauen die (ja keineswegs sichere!) Diagnose einer Schädigung des Fötus unterblieben und ihr die Möglichkeit einer Abtreibung aufgrund eugenischer Indikation verschlossen worden.

Diese Verfahren, die in den USA inzwischen verbreitet sind²⁰, haben einen bezeichnend zynischen Namen erhalten: es sind ‚wrongful-life‘-Fälle; ein unrechtmäßiges, ein verkehrtes Leben wurde geboren, eines, das durch rechtzeitige Diagnose, durch Abtreibungsberatung und Schwangerschaftsabbruch zu verhindern war, und zwar durch einen, in diesem eugenischen Sinne verantwortungsvollen Arzt.

Die Umkehrung solcher Klagen, also Verfahren gegen Frauen, die die Pflicht zu verantwortungsvoller Schwangerschaft verletzen, ist längst in der versicherungsrechtlichen Debatte und dürfte durch die AIDS-Registrierung der Schwangeren Rückenwind bekommen.

Der Schritt zur rechtlichen Normierung dieser Pflicht steht für 1988 bevor. Seit dem Frühjahr 1986 liegt der Entwurf des *Embryonenschutzgesetzes* vor. Es fällt auf, daß die juristisch- und medizinisch-ethischen Debatten seither auf die Frage der rechtlichen Einschränkung eines allzu forschen und deshalb mißbräuchlichen forschenden Zugriffs der Humanmediziner auf die Embryonen konzentriert werden²¹. Dabei sind zwei Fakten aus der politischen Wahrnehmung des Gesetzes bisher ausgeblendet: einmal die Aussage des § 1 des Gesetzesentwurfes und deren Adressaten bzw. eben Adressatinnen, zum anderen die Forschungspraxis, auf die sich dieser Gesetzesentwurf bezieht.

Ich zitiere zur Verdeutlichung aus dem § 1 des Gesetzesentwurfes:

Wer durch Einwirkung auf einen Embryo oder Fötus eine Gesundheitsschädigung des (aus ihm hervorgegangenen) Menschen herbeiführt, ... wer eine schwere Gesundheitsschädigung oder ... leichtfertig den Tod des Verletzten (Embryo) verursacht ... wird mit Freiheitsstrafe ...

Zwei Gruppen sind hier als Adressaten ins Auge gefaßt. Zunächst Ärzte, die Embryonen entweder leichtfertig durch Röntgenstrahlen schädigen oder vor allem solche, die eine Entbindung durch Kaiserschnitt unterlassen und dadurch das Leben des Fötus bei der Geburt gefährden.

Welche Konsequenzen diese Regelung in Zukunft für die gynäkologische Geburtspraxis haben kann, zeigt wieder einmal die US-amerikanische Rechtsprechung und die Praxis bei Geburten von Kindern, die mit IVF erzeugt wurden. Wird eine Risikogeburt vermutet – und als Risikoschwangere gelten heute schon 30-32jährige Frauen – oder soll der Fötus den Risiken einer normal-technisierten Geburt nicht ausgesetzt werden, um etwa den mühseligen Erfolg der aus IVF entstandenen Schwangerschaft nicht zu gefährden, dann wird der Gynäkologe hier auf eine operative Entbindung auch

16 E. Passarge, H.W. Rüdiger, Genetische Pränataldiagnose als Aufgabe der Präventivmedizin, Ein Erfahrungsbericht mit Kosten-Nutzen-Analyse, Stuttgart 1979

17 W. Schloot (Hrsg.), Möglichkeiten und Grenzen der Humangenetik, Frankfurt 1984, S. 185 ff.

18 vgl. u.a. JR, 1984, Heft 6, S. 223, Heft 10, S. 414 f.

19 vgl. zuletzt BGH-Urteil 7.7.87 zu OLG Bremen, NJW 1987, S. 2923 f.

20 vgl. JR, Heft 10, 1984, S. 417 ff.

21 u.a. Moni Lanz-Zumstein, Embryonenschutz, Juristische und rechtspolitische Überlegungen, in: dies. (Hrsg.), Embryonenschutz und Befruchtungstechnik, München 1986

gegen den ausdrücklichen Willen der Schwangeren verwiesen: das Leben des Fötus hat Vorrang vor den Lebensentscheidungen der Frau²².

Neben diesen möglicherweise fahrlässigen Ärzten sind nun als Täter keineswegs die Betreiber von Kernkraftwerken, Giftmülldeponien, chemischer Produktion gemeint, sondern die schwangeren Frauen selbst werden in der Gesetzesbegründung als embryonenschädigende Täterinnen definiert, und zwar durch ihren „fahrlässigen“ Lebenswandel. Eine WHO-Studie „*Drugs-in-Pregnancy-Reduction*“ weist aus, wo Risiko und Fahrlässigkeit zu suchen sind: In Rauchen und Alkohol, in unkontrolliertem Medikamentenkonsum – z.B. aus der „ganz unbegründeten“ Angst über eine mögliche radioaktive Verseuchung –, in Drogen, d.h. insgesamt in den privaten Lebensäußerungen von Frauen²³.

Fahrlässig handelt die Schwangere, die trinkt, raucht ..., obwohl sie aus Ratgebern und Medien erfährt, daß all dies die embryonale Entwicklung beeinträchtigen könnte; fahrlässig handelt sie, wenn sie sich AIDS „holt“ (der Aufklärungs-Slogan der Bundesregierung: AIDS bekommt man nicht, AIDS holt man sich!), fahrlässig, wenn sie als „Risiko-schwangere“ auf einer Hausgeburt besteht. Die schwangere Frau, ihre Lebensweise, ihr unkontrollierbarer Stoffwechsel, ihre Gebärmutter gelten heute als die größten Risiken für den Embryo.

Was hier als Negativ-Katalog verantwortungsvoller Schwangerschaft umrissen ist, wird in anderen Bereichen der Reproduktionsmedizin als verbindlicher Standard von Schwangerschaftsverhalten allmählich herausgebildet: Die Zeitschrift ‚Eltern‘ etwa verbreitet längst mit sanftem Ratgeber-Terror und – mit der Angst der Frauen vor Risiken als Rückenwind – das verantwortungsbewußte Schwangerschaftssoll.

Auf der anderen Seite die sog. Leihmutter-schaften. Der Vertrag zwischen dem samenspendenden Auftraggeber, dem sog. Vater in diesem Verfahren, und der ihre Gebärmutter vermietenden Frau, legt genauestens fest, welchen Tests und Kontrollen in welchen Abständen sich die Frau zu unterwerfen hat. Sie verpflichtet sich vertraglich, weder zu rauchen, noch zu trinken oder Drogen und Tabletten einzunehmen, die ihr nicht ausdrücklich verschrieben sind, alle verschriebenen Medikamente aber einzunehmen. Darüber hinaus hat sie alles zu unterlassen, was den Fötus auf irgendeine Weise beeinträchtigen könnte. Wird in einem Test eine genetische/chromosomale Abweichung diagnostiziert oder vermutet, ist die Frau zum Abbruch gedrängt, da nur ein „heiles“ Kind die Vertragsbedingungen erfüllt. Kommt das Kind trotz der Qualitätskontrollen behindert zur Welt, kann der Auftraggeber die Annahme verweigern – es hätte verhindert werden können. Im Prinzip steht somit die gesamte Lebensführung der Frau zur Disposition einer vertraglichen Vereinbarung.

Wie die genannten ‚wrongful-life‘-Verfahren in der BRD bereits signalisieren, werden in solcher besonderen Überwachungspraxis die zukünftigen Standards für den „Normalfall“ herausgebildet, wobei es diesen „normalen“ Fall bei der Ausweitung der Definition von Risiko-Schwangerschaften ohnehin immer weniger gibt.

In diesem Sinne formuliert das Embryonenschutzgesetz – in sinngemäßer Ergänzung des BVerfG-Urteils zum § 218 – den Schutz des Embryo/Fötus vor der als unzuverlässig, fahrlässig und verantwortungslos bezeichneten Frau; und implizit werden damit auch die Staatskassen vor Ansprüchen geschützt, die „verantwortungslose“ Frauen „fahrlässig“ erzeugen.

Das Gesetz wird aber diesen Embryo nicht vor den Qualitätskontrollen und insbesondere nicht vor dem freiheitlich forschenden Zugriff schützen, wenn dies auch in den Stellungnahmen der Parteien, Kirchen und Ärzteverbände verbreitet wird. Vielmehr ist das Embryonenschutzgesetz ganz explizit ein Forschungs- und damit ein Forschenden-Schutzgesetz.

Die In-vitro-Fertilisation gilt als Heilungsverfahren bei (bestimmter) Sterilität von Frauen. Verfolgt man den Diskurs in Fachzeitschriften, so wird deutlich, daß das Interesse an diesem Heilungsverfahren vielschichtiger ist, denn durch dieses Verfahren werden Eier und frühe Embryonen der Laboruntersuchung zugänglich, – wenn Frauen für dieses Verfahren gewonnen werden können.

Die medizinische Sterilitätsdefinition und der „ärztliche Kinderwunsch“ aber – d.h. das durchaus lukrative Interesse, als technischer Vater eines IVF-erzeugten Kindes erfolgreich zu sein, – reißt die Frauen in eine Falle. Nicht nur, daß die Sterilitätsdiagnose unsicher und zuweilen durch spontane Schwangerschaften gegen alle ärztliche Erwartung widerlegt ist; Sterilität ist vor allem auch Zuschreibung, Definition und damit nicht selten „self-fulfilling prophecy“.

Zum anderen wird suggestiv die Illusion verbreitet, es handle sich bei IVF um ein erfolgreiches Verfahren, obwohl nur 5-10 % der oft mehrmals behandelten Frauen schließlich ein Kind zur Welt bringen, d.h. 90-95 % der Frauen mit der Kränkung zurückbleiben, sich erfolglos bemüht zu haben. Diese Frauen bleiben allerdings bis heute stumm.

Die Präsentation von Bilderbuchbabies durch strahlende Ärzte-Teams schafft ein Klima öffentlicher Akzeptanz und mobilisiert zugleich in den behandelten Frauen ständig neue, wenn auch fast immer falsche Hoffnungen und auch zwanghafte Erfolgserwartungen an sich und den ‚verfahrenden‘ Arzt. Diese hoffnungsvollen Erwartungen sind die

22 W.A. Bowes, B. Selgestad, Fetal versus Maternal Rights – Medical and Legal Perspectives, in: *Obstetrics and Gynecology*, 58, 1981, S. 209 ff.

23 Diese Studie wird zur Zeit vom WHO Regional Office for Europe erstellt.

emotionale Basis, auf der sich die IVF-Behandlung zu einem weltweiten Menschenexperiment an Frauen ausweiten ließ, in dem das Verfahren seit 1970/71 erst erprobt wurde; Edwards und Steptoe, die technischen Väter des ersten ‚Retortenbabys‘, wußten jedenfalls 1978 nicht, warum es ihnen bzw. der schwangeren Mrs. Brown diesmal gelungen war, die Schwangerschaft erfolgreich zu beenden.

Diese Dimension, das *Experiment IVF an Frauen*, gestehen Reproduktionsmediziner/innen selbst zu, wenn sie darauf verweisen, daß die Erfolgsrate schon steigen werde, wenn man erst einmal die Entstehung von 2-3000 Retortenbabies und ein paar zig-tausend Zyklen habe beobachten können. Auf eben diese Zyklen und die in ihnen erzeugten Embryonen richtet sich das weitere Interesse der Forschung; auf die Kontrolle und Beherrschung des Befruchtungsvorganges und der ersten Teilungsschritte der befruchteten Eizellen; auf die Untersuchung dieser Embryonen auf Abweichungen, um die „Abnormalen“ von einer Implantation in die Gebärmutter auszuschließen.

Liselotte Mettler und H.W. Michelmann haben schon 1985 betont²⁴, wie einschränkend es für die bestehende Forschung sei, daß sie nur solche Embryonen verwenden könne, die aufgrund von Fehlern ausgesondert würden; und daß erwogen werden sollte, intakte Embryonen durch Teilung im frühesten Stadium zu gewinnen, die nicht zur Implantation bestimmt seien. An ihnen wären dann experimentell Aussagen zu gewinnen über Ursachen von erfolglosen Befruchtungen und Implantationen, von Embryonenschädigungen, von Auswirkungen des Ultraschall und der Hormonbehandlung.

Gefordert wird hier der Zugang zu und die Herstellung von „Kontroll-Embryonen“, die auf exogene und endogene Entwicklungsfaktoren überprüft werden können, z.B. ehe gewissermaßen ihre andere, eingefrorene Hälfte zur Implantation freigegeben wird.

Das Embryonenschutzgesetz soll und wird diese Forschung nicht verhindern, sondern ihr vielmehr einen seriösen Status durch einen juristisch abgesicherten Rahmen zuweisen. Entsprechend heißt es denn auch im § 2 des Gesetzesentwurfes: „... bestraft wird, wer ohne Genehmigung der zuständigen obersten Landesbehörde ... Embryonen für Experimente ... verwendet“. Welche Gründe dann zu einer Genehmigung der Forschungsvorhaben führen können, erhellt aus der Gesetzesbegründung. Bei Embryonen, die für eine Übertragung gezeugt wurden, für den Transfer aber nicht mehr in Betracht kommen, ... sei es vertretbar, Experimente nicht von vornherein auszuschließen, ... und solche Experimente, „sofern sie dem Leben und dem Interesse des Lebensschutzes dienen, für zulässig zu halten“.

Als „dem Interesse des Lebensschutzes dienend“ könnten dann z.B. eben jene von Mettler und Michelmann geforderten Forschungsvorhaben definiert und akzeptiert werden, in denen an sog. überzähligen, intakten Embryonen deren Überlebens-

bedingungen in der IVF-Behandlung, die Steigerung der Erfolgsraten dieser Behandlung und die Entstehung embryonaler Mißbildung durch Außenfaktoren experimentell untersucht werden können.²⁵

So aber schließt sich der Kreis. Die eugenische Indikation erlaubt es, den Staat vor teuren Behinderten zu bewahren und die Embryonenforschung eröffnet die Perspektiven einer Selektion ohne Abtreibung. Auf der Strecke bleiben die soziale Fantasie über das Leben von und mit Behinderten, bleibt der Impuls, den Wettlauf von Verstrahlung und Vergiftung menschlichen Lebens wenigstens zu bremsen; und auf der Strecke bleibt wieder die Selbstbestimmung und Lebensvielfalt von Frauen, die zum Abtreibungsverbot noch die Pflicht zum heilen Kind und zum verantwortungsvollen Schwangerschaftsabbruch aufgebürdet bekommen.²⁶ Das bedeutet auch, daß dort, wo der Mythos von der natürlichen Bestimmung der Frau durch die Technisierung der Schwangerschaft auffliegen könnte, Frauen in die nächste Falle gelockt werden: in den Zwiespalt zwischen ihrer berechtigten Angst, in dieser kinder- und behindertenfeindlichen Welt ein behindertes Kind weitgehend allein aufzuziehen, und den Heilungsfiktionen und Sicherheitsillusionen der Reproduktionsmedizin.

24 Liselotte Mettler, H.W. Michelmann, Chromosome Studies of Early Human Embryos – Proof of Fertilisation in uncleaved Human Oocytes, in: *Annals of New York Academy of Science*, Vol 442, *In vitro fertilisation and Embryotransfer*, New York 1986, M. Seppälä, R.G. Edwards ed.

25 Zur aktuellen Debatte um die Embryonenforschung in der BRD und Großbritannien vgl. GID, Gen-Ethischer Informationsdienst Nr. 18, Dez. 1987, S. 2 ff.