

Anna Dorothea Brockmann

Nach eugenischem Maß geschneidert

Zur sozialen Kontrolle in der Reproduktionsmedizin*

Seit der Herausbildung der naturwissenschaftlichen Medizin ist die Gynäkologie einer der wesentlichen Bereiche der Entmündigung von Frauen, ihrer sozialen Überwachung, der Erfassung ihrer Körper und der Einspannung ihrer reproduktiven Potenzen in die eugenischen Zielsetzungen der Bevölkerungspolitik.¹

Der Zuwachs an gynäkologischer Technologie bringt die Frauen immer neu in den Widerspruch von Wissenszuwachs, Aufklärung und damit potentiell Autonomiegewinn (wie Schwangerschaftsplanung) einerseits und einer systematischen Vernichtung von Wissen, Körperwahrnehmung und dem Ausschluss von monopolisierter Information andererseits.²

Frauen sind mit erweiterten reproduktiven Wahlmöglichkeiten konfrontiert (Verhütungsmittel, Schwangerschaftstests, In-Vitro-Fertilisation, künstliche Befruchtung, Leihmutterchaft, Abtreibung); ihre repressive Einbindung in eine meist undurchschaute medizinisch-technische Logik vermehrt zugleich Sprach- und Fühllosigkeit. Es wird ihnen die Verantwortung für eine risikolose Schwangerschaft und für ein „heiles“ Kind individuell und in Kürze staatlicherseits per Embryonenschutzgesetz aufgezwungen, während sich zugleich die soziale Kontrolle durch Gynäkologen und Humangenetiker einer – im Mutterpaß festgehaltenen – Rasterfahndung annähert. Das Bedürfnis, die eigene Fortpflanzung zu kontrollieren, wird so repressiv eingeholt.

Längst ist den Reproduktionsmedizinern selbstverständlich, daß physiologische Unfruchtbarkeit eine zu behandelnde Krankheit darstellt; daß chromosomale und genetische Qualitätsmerkmale für Embryo und Fetus vorgegeben und Abweichungen als Vermeidungssoll definiert werden; daß die schwangere Frau per se einen Risikofaktor für diesen Fetus darstellt; daß Frauen schließlich als Subjekte ihrer Lebensentscheidungen hinter der neuentdeckten Qualität des Embryos als Rechtssubjekt und Patient verschwinden.

Vor diesem Hintergrund ist natürlich die These einiger amerikanischer Feministinnen provokant³, die mit der Ausweitung der Reproduktionstechniken einen wesentlichen Zuwachs an sozialer Eigenmächtigkeit für

die Frauen verbinden. Die Untersuchungen von Christine Hölzle⁴ und Barbara Katz-Rothmann⁵ haben aber gezeigt, daß Frauen zwar über erweiterte Wahlmöglichkeiten verfügen: sich mittels Verhütung oder Abtreibung für oder gegen ein Kind zu einem bestimmten Zeitpunkt oder generell – durch Sterilisation – zu entscheiden; ein Kind mit Hilfe medizinischer Techniken zu bekommen, durch IVF, heterologe Insemination, durch eine Leihmutterchaft oder durch Adoption, ein künftiges Kind als Fetus auf mögliche Erkrankungen testen zu lassen und sich gegen ein Leben mit diesem Kind zu entscheiden und abzutreiben. Aber obwohl das Spektrum medizinischer Reproduktionstechniken individuell sicher oft als Handlungsspielraum erfahren wird, ist doch von der gleichzeitigen Ausdehnung sozialer Kontrolle nicht abzusehen, die mit dem Angebot dieser Techniken einhergeht: sie beschränkt definitiv die Freiheit, das Machbare auch *nicht* zu machen, das Wißbare *nicht* wissen zu wollen, z. B. also auf Amniozentese zu verzichten und sich einer Geschlechtsbestimmung des Fetus zu verweigern.

Zur Mikrostruktur der normativen Seite der Reproduktionsmedizin sind im Folgenden einige Überlegungen ausgebreitet.

Mit dem Angebot der Techniken der In-Vitro-Fertilisation (IVF) und der künstlichen Befruchtung, der technischen Samen-„Spende“ und Ei-„Gewinnung“ geht einher, stetige Fruchtbarkeit als die normale, gesunde physiologische Funktion der Gebärmutter zu normieren; demgegenüber wird die möglicherweise nur zeitweise und von durchaus divergenten Ursachen bedingte Stagnation der physiologischen Reproduktionsfähigkeit als Sterilität und diese als Krankheit festgeschrieben. Damit erhält das gesellschaftliche Bild der gesunden und sozial integrierten Frau als jederzeit potenter Gebärfähiger eine mächtige Aufwertung. Unfruchtbarkeit wird demgegenüber zur Abweichung, Anomalität, zum reparaturbedürftigen körperlichen und sozialen Defekt, der mit Behandlungsbedarf assoziiert wird.

Sterilität als Normalitätsabweichung und Krankheit verschiebt außerdem den Blick von gesellschaftlichen Ursachen reproduktiver Stagnation auf individuelle Verantwortlichkeit und private Heilungsangebote, also weg von Vergiftung, Verseuchung, Verstrah-

* Vortrag auf dem 14. feministischen Juristinnentag in Stuttgart vom 18. - 20.3.1988

1 Amendt, Gerhard, *Der neue Klapperstorch*, Weinheim 1986; Duden, Barbara, „Keine Nachsicht für das Schöne Geschlecht“, *Wie sich Ärzte die Kontrolle der Gebärmutter aneigneten*, in: S. v. Paczensky (Hrsg.), *Wir sind keine Mörderinnen*, Reinbek 1980

2 Kontos, Silvia, *Wider die Dämonisierung medizinischer Technik*, in: *Frauen gegen Gentechnik und Reproduktionstechnik*, Kongreßdokumentation, Bonn 1985

3 Andrews, Lori B., *My Body, My Property*, in: *Hastings Center Report*, Oct. 1986 (vgl. Mies, M., *TAZ* vom 14.7.1986)

4 Hölzle, Christine, *Lokalisierte Leiden, Sterilität und Reproduktionsmedizin*, in: *Psychozial* Heft 30, 1986
dies., *Unter Schmerzen sollst du dein Kind empfangen*, in: *Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis*, Heft 20, Köln 1987

5 Katz-Rothman, Barbara, *The Tentative Pregnancy*, New York 1986

lung, Streß, Medikamenten oder auch sozialer Rollenverweigerung hin zu individualisierter Versagenszuschreibung und zu Reparaturtechniken der Gynäkologie.

Ungewollt kinderlos zu sein und sich keiner der machbaren Behandlungsarten zu unterziehen, wird bei derartiger Definition nunmehr legitimationsbedürftig, auch subjektiv. Denn Unfruchtbarkeit gilt so als unnatürlicher Mangel, der der gesunden „Natur“ der Frau widerspricht, – womit die Reproduktionsmedizin einmal mehr den sozialen Zwang zur „mütterlichen Natur“ der Frau unterstreicht und ausdehnt.

So ist bei sogenannter Sterilität auch die diagnostische Frage nicht: „warum kann in dieser Beziehung, in diesem Körper, in diesen Lebensentwurf trotz intensiven Wünschens kein Kind hineinwachsen?“ Unter der Krankheits- und Defektdefinition gilt die Frage primär dem identitätsstiftenden Produkt und der technisch eleganten Wiederherstellung der Gebärfähigkeit. Mit diesem Kurzschluß von Gebärmutter-Ideologie und medizinisch-technischer Logik wird ein möglicher eigenkompetenter Umgang von Frauen mit stagnierender Fruchtbarkeit vollends untergraben – und beide Kontrahenten, die kinderwünschende Frau und der experimentierfreudige medizinische Techniker geraten in eine unheilvolle Allianz.

Der „brennende“ Kinderwunsch der Frauen, für den sie sich angeblich „vierteilen“ lassen⁶, wird von den Reproduktionsmedizinerinnen in aller Regel, – in Entsprechung zur Fiktion stetiger Fruchtbarkeit – als normal und das heißt dann „natürlich“ erwartet und dem Einstieg in das IVF-Verfahren auch vorausgesetzt. Die Frage z. B., ob von den IVF-Klientinnen nicht häufig ein primär väterlicher oder großelterlicher Kinderwunsch vorgetragen wird, dem sich die Ehefrau/Tochter/Schwiegertochter in Ambivalenz zwischen „weiblichen“ Rollenerwartungen und eigenen Lebenswünschen unterwirft, bleibt – so scheint es – ausgeblendet. Die psychotherapeutische Begleitung der Frau gilt daher primär der Sicherung ihrer Motivation, um Mißerfolge im Verfahren zu minimieren, entsprechend fallen die „erfolglosen“ Frauen aus jeder Betreuung heraus.

Eine weitere Festschreibung von Frauen auf die weibliche „Normalbiografie“ besteht in der BRD in der Begrenzung des Zugangs zum IVF-Verfahren auf ordentlich verheiratete Frauen in sogenannten stabilen Ehen. Neben dem versorgungsrechtlichen Kalkül über den Zahlvater ist damit dem herrschenden Vorurteil über ein angemessenes Leben von Frauen als ehelichen Müttern Rechnung getragen.

Da zugleich Vaterschaft und Mutterschaft nunmehr mit ihren biologischen Substraten Samen, Ei und Gebärmutter identifiziert sind, wird heterologe Insemination mit außerehelichen Samenlieferanten gewissermaßen technischer Ehebruch, und Leihmutterschaft als

sittenwidrig und der Natur der Mutterschaft widersprechend verboten. Intentional wird damit einerseits die (unsichere) Identität von biologischer und sozialer Vaterschaft als Konstrukt bekräftigt, andererseits die sichtbare Trennung von biologischer und sozialer Mutterschaft bei der Anmietung einer Gebärmutter und damit die Auflösung des mystifizierenden Konstruktes vom Mutterinstinkt unterbunden.

Nehmen Frauen an der Sterilitätsbehandlung und dem IVF-Verfahren teil, die meist über Jahre andauern, so wird eine vorbehaltlose Identifikation und ein hohes Maß an Bereitschaft zur Selbst-Losigkeit vorausgesetzt. Es wird den Frauen gegebenenfalls nahegelegt, ihren Beruf zu unterbrechen bzw. aufzugeben, die Behandlung zur Hauptbeschäftigung zu machen, um die Prozedur der Herstellung des Embryo nicht zu gefährden; d. h., sie werden selbstverständlich in die Rolle der ökonomisch Abhängigen zurückgedrängt, und viele akzeptieren dies.

Über diese Sexismen hinaus untergräbt auch die Struktur des IVF-Verfahrens das soziale Selbstwertgefühl der beteiligten Frau, indem es eine prinzipielle Wahrnehmungsverschiebung über Empfängnis/Zeugung provoziert. An Stelle eines sozialen-emotionalen Verhältnisses wird eine biochemische Reaktion in technisiertem Milieu konstruiert. Eizelle und Samen sind als Agenten ins Laborlicht gezogen, und dort kann ihre Verschmelzung unter den Mikroskopaugen des Mediziners isoliert werden, beobachtet, bewertet, normiert und selektiert.

Die mikroskopische Perspektive blendet die beteiligten Menschen aus. Sie sind als Eispenderin und Samenlieferant mehr oder minder gut funktionierende Quellen von Rohmaterial und Produktionsstätte, was der Frau mehrfach durch Ultraschallbilder ihrer Eileiter, Follikel und der Gebärmutter vorgeführt wird.

Die gelungene Labor-Erzeugung eines Embryo demonstriert dann ein weiteres Mal die Überlegenheit des technischen Erzeugers gegenüber dem amateurhaften, erfolglosen sexuell-sozialen Akt und den Agierenden, – auch hier insbesondere gegenüber der Frau, wenn sie oft über Jahre unter dieser technischen Überwachung verharret.

Der in der Laborschale kreierte Embryo ist schon in den ersten Stadien der Zellteilung ein aus der Gebärmutter und von der Frau separiertes Objekt. Einerseits ist er damit faßbare Bezugsgröße für eine Subjektdefinition, die gegenüber der Frau objektivierbar erscheint. Andererseits bleibt es, entgegen allen Ideologien und Theorien vom Lebensbeginn, eben doch vorerst Objekt im Sinne von Material; von diesem wird der technische Erzeuger Teile abtrennen oder es ganz verbrauchen, um chromosomale, d. h. eugenische Qualitätskontrollen durchzuführen⁷, ehe er das geprüfte Produkt in die

7 Ewing, Christine, Tailored Genes, in: Reproductive and Genetic Engineering, Journal of International Feminist - RAGE - Analysis I/1, 1988

6 Hölzle, a.a.O., 1986

Gebärmutter implantiert. Dem Dilemma zwischen dieser Produktionslogik „Warenkontrolle“ und der Fixierung des Lebensbeginns hat sich die englische und australische Rechtssprechung dadurch entzogen, daß als Lebensbeginn der vermutete Zeitpunkt der Einnistung des Embryo in die Gebärmutter – also etwa 14 Tage nach der Verschmelzung von Ei und Samen – gesetzt ist.

Mit verfeinerten Verfahrenstechniken wird der Test an den noch zugänglichen Embryonen ausgebaut und zum Standard werden, die eugenische Selektion also Voraussetzung für die medizinisch-technisch hergebrachte Schwangerschaft, die dann in ihrem weiteren Verlauf eugenisch überprüft bleibt.

Schließlich erfährt auch das ohnehin etablierte soziale Machtverhältnis zwischen Gynäkologen und Klientin in der IVF-Behandlung eine besondere Zuspitzung.⁸

Der Gynäkologe beansprucht ja grundsätzlich seine Zuständigkeit für und seine Verfügungsmacht über den Frauenkörper bzw. über einen bestimmten Teil dieses Körpers. Er setzt diese Macht weitgehend repressiv ein, mittels Rollenzuschreibung und Informationsmonopolisierung. Er verfügt definierend über Normalität und Abweichung bei Zeugung und Schwangerschaft, Kinderwunsch und Fruchtbarkeit, Geburt, Menstruation, Klimakterium und Abtreibung. In seinem Blick ist die Frau nicht wesentlich mehr als ihre reproduktiven Organe, deren Funktionstüchtigkeit er überwacht.

Dieser machtvolle Zugriff ist an ein Bündel moralisch-sexistischer Vorurteile geknüpft, deren repressivstes in der Maxime formuliert ist, daß kein Gynäkologe eine Frau von ihrer Gebärpflicht entbinden dürfe. Die Invasion in den weiblichen Körper ist begleitet von prinzipiellem Mißtrauen gegenüber allen Klientinnen, die als verantwortungslos, sorglos, unzuverlässig diskriminiert werden und eben mit invasiven „sicheren“ Methoden wie hormonellen Verhütungsmitteln, Sterilisation, Abtreibungsverbot oder in Zukunft Abtreibungs(an)gebot gegen ihre Unzuverlässigkeit zu „schützen“ sind.

In der IVF-Behandlung nun erweitert der Gynäkologe seine usurpierte Machtstellung um die Rolle des technischen Vaters. Er ist es, der den – technischen – Zugang zum gewünschten Kind beherrscht, eröffnet oder verbaut. Er eignet sich mit der Sterilitätsdefinition den Freibrief an für einen andauernden Zugriff und er verhindert zugleich, daß die Frau andere als derart gewaltsame Wege herausfindet, sich etwa mit ihrer Sterilität auszusöhnen und z. B. wahrzunehmen, ob im eigenen Leben ein Kind überhaupt Platz hat.

Das Angebot der IVF-Behandlung bei vorausgegangener Definition der Sterilität als Defekt wirkt dann als normative Kraft: der Arzt drückt in dem Angebot die gesellschaftliche Erwartung aus, daß Frauen um jeden Preis zu Müttern werden sollen. Das technisch Mögliche und Machbare wird zum moralischen Imperativ, läßt es zunehmend schwerer werden, Unfruchtbarkeit der Gebärmutter nicht nur als Mangel, sondern vielleicht auch als herausfordernde Chance zu begreifen, einen Lebensentwurf außerhalb traditioneller Rollenerwartung zu gestalten.

Mit dem Angebot der Behandlung wird der Verzicht auf dieselbe legitimationsbedürftig. Hier setzt nun eine verhängnisvolle Wechselwirkung ein. Der Gynäkologe ist mehrfach motiviert, als technischer Vater erfolgreich zu sein, bei der geringen Erfolgsquote von unter 10% bedeutet es immer noch ein hohes Prestige, das Experiment der IVF einzugehen und dabei ein Produkt zustandezubringen. Selbst erfolglose Versuche zählen, weil sie als experimentelle Erfahrung verbucht werden.

Ganz im Gegenteil dazu die beteiligten Frauen. Die Mehrheit bemüht sich erfolglos, bricht die Behandlung ab, landet allenfalls in der Statistik eines Forschungsreports, – und bleibt im übrigen unbeachtet, sprachlos und ohne Hilfe bei der Verarbeitung der kränkenden Erfahrung. Aber auch die „erfolgreiche“ Frau ist unsichtbar: am Ende präsentieren Ärzteteams „ihr“ Retortenbaby.

8 Meyer, Annelene / Beckmann, Dieter, Psychologie in der Frauenheilkunde, in: H. D. Basler, J. Florian (Hrsg.), Klinische Psychologie und körperliche Krankheit, Stuttgart 1985
Amendt, a.a.O.
ders., Die Gynäkologen, Hamburg 1982

Das von Heilungs- und falschen Erfolgsvorstellungen umnebelte ärztliche Engagement bei der Embryoerzeugung schlägt sich auf die behandelte Frau als Erfüllungszwang gegenüber diesen Erwartungen nieder. Zwar brechen mehr als die Hälfte der Frauen nach dem ersten erfolglosen Experiment ab. Die Frauen aber, die es, oftweiterhin erfolglos, über mehrere Behandlungszyklen fortsetzen, fühlen sich häufig dem ärztlichen Kinderwunsch so stark verpflichtet, daß sie sich der Logik des Erfolgswanges unterwerfen. Um aber die damit verbundenen Kränkungen zu ertragen, wird das technische Bemühen des Gynäkologen idealisiert und der eigene Körper als Experimentierfeld objektiviert. Der Unterleib ist dann, wie im ärztlichen Blick und im Ultraschallbild, als reparaturbedürftiges Objekt abgespalten, „so, als wäre er nicht vorhanden.“⁹ Die narkotische Immobilisierung bei der Eientnahme oder Embryoimplantation und die gespannte Fixierung auf den ersten Schwangerschaftstest tun ein übriges zur Stillelegung psychischer und physischer Empfindungen.

Diesem Verlust des Gespürs für Körpervorgänge entspricht der Kontrollverlust über das gesamte Verfahren. Ob hormonelle Behandlung, Ultraschall, Schockfrost am Embryo bisher unerkannte Folgewirkungen für das spätere Kind haben, diese Frage wird ebenso verleugnet und verdrängt wie die seelische Belastung durch das Verfahren und durch die Mißerfolge. Für viele Frauen kommt eine kritische Frage oder gar ein Aufgeben auch deshalb nicht in Frage, weil sie das Vertrauen des Arztes in ihr „weibliches“ Durchhaltevermögen, zu dem sie aufgefordert sind, nicht enttäuschen wollen.¹⁰

Die IVF fordert aber von den Frauen nicht nur ein hohes Maß an Anpassung an die technologische Logik; sie eröffnet auch eine zeitlich extensive und emotional intensive Beziehung zu dem technischen Kindsvater. Abgesehen von seiner Funktion als Samenlieferant ist der Ehemann aus dieser Beziehung weitgehend ausgeschlossen. Diese Kränkung, die damit verbundenen Eifersuchtsphantasien¹¹ und die Distanzierung der meisten Männer vom Verfahren¹² sind tabuisiert. Ausgeblendet wird auch, daß die full time im Verfahren beschäftigte Frau nun ihre Wünsche auf den Arzt als an einen verständnisvollen und potenten Beziehungspartner überträgt. Dieser bietet sich für diese Übertragung an, indem er als potenter Experte auftritt, der etwas herzustellen vorgibt, wozu das Paar nicht in der Lage ist und dabei zum legitimierte Vater in eine rationalisierte Konkurrenz tritt. Vielleicht werden solcherlei Kränkungen in Klageschriften gegen Ärzte gerächt, die trotz Überwachung der Schwangerschaft ein behindertes Kind nicht verhindert haben.¹³

Der aufgezwungene Kontrollverlust, die Fremd- und Selbstdefinition als Patientin und die permanente Bereitschaft für invasive Eingriffe setzen sich in der Schwangerschaftsüberwachung fort, und das gilt gleichermaßen auch für die amateurhaft zustandegekommene Schwangerschaft. Sie wird weitgehend in der Logik von Warenproduktion gedacht und überwacht. Der „Produktionsprozeß“ ist über neun Monate mit einem Netz von Sicht- und Test-Kontrollen überzogen, die Fehlersuche am Embryo und seinem „uterinen Umfeld“, werden immer engmaschiger, der Fehlerkatalog reichhaltiger. Immer selbstverständlicher wird es, bei einer Fehldiagnose an die Beseitigung des Objektes zu denken, an „Ausschuß“, an die Ausquartierung des unerwünschten Fetus durch Abtreibung. Sie ist seit 1976 als eugenisch indizierter Schwangerschaftsabbruch prinzipiell sanktionsfrei.¹⁴ Zufallsminimierung, Risikovermeidung, Qualitätskontrolle, Sicherheitsvorkehrungen, Restrisiko sind Vokabeln auch aus dem Repertoire der Reproduktionsmediziner. So wird der Ort der Produktion die Frau bzw. ihre Gebärmutter, weil nicht-technisch, zum Risikofaktor Nr. 1 für ärztlichen Erfolg und embryonales Überleben erklärt, vor dem das qualitätsgeprüfte Produkt in Schutz zu nehmen ist.

Aus der Vielfalt der Konsequenzen und Spuren, die die Verfahren der Pränataldiagnostik im Alltag von Frauen zeigt, hier nur einige besonders hervorstechende:

Dem Begriff der Reproduktion als Produktion, als Herstellung eines Objektes, entspricht die Heraustrennung des Produktes Fetus aus der Symbiose mit der Produktionsstätte Frau. Seit Beginn der 70er Jahre macht die Technik der pränatalen Diagnostik den Fetus in der Gebärmutter sichtbar, optisch isolierbar. Das Licht der medizinischen Aufklärung wird zum gesundheitspolizeilichen Suchscheinwerfer und Fehlerdetektor. Die Besonderung des Fetus erhält im BVerfG-Urteil zu § 218 StGB aus dem Jahr 1975 Rechtsstatus. Demgegenüber findet gleichzeitig eine neue Version der Abwertung der Frau zur Gebärmutter statt; im medizinischen Fachjargon ist sie zum „fötalen Umfeld“, zur „uterinen Umgebung“ des Fetus reduziert, eben zu einer mehr oder minder risikoschwangeren Produktionsstätte. Entsprechend dieser Logik wurde der Fetus in den letzten zehn Jahren der pränatalen Medizin zum neuen Patienten mit einem Recht auf Therapie gemacht¹⁵, das ihm von der schwangeren Frau nicht verweigert werden darf. Ansonsten sorgt in Zukunft das Embryonenschutzgesetz für die Einhaltung der medizinisch-technischen Fürsorge, notfalls gegen den Willen der Frau.

9 Hölzle, a.a.O., 1986

10 Meyer, Beckmann, a.a.O.; Hölzle, a.a.O., 1986

11 Amendt, a.a.O., 1986

12 Hölzle, a.a.O., 1986

13 BGH, Urt. v. 7.7.1987, VI ZR 193/86 (Bremen) in NJW 1987, 2923

14 Brockmann, Anna Dorothea, Von Recht und Ordnung in der Gebärmutter, in: STREIT 2/1988

15 Hogge, W. A., Golbus / M. S. Der Fetus als Patient, in: Holzgreve, W. (Hrsg.), Pränatale Medizin, Berlin 1987

Diese Logik setzt sich fort in der Qualitätskontrolle am Embryo/Fetus und seines „Herstellungsfeldes“ Frau, festgehalten im Mutterpaß; dieser macht sichtbar, daß sich die neuen Überwachungstechniken nicht gegenseitig überflüssig machen, sondern kumuliert und ausdifferenziert werden und sich wechselseitig mit den Qualitätsstandards hochschaukeln. Kataloge potentieller Erkrankungen oder sog. Dispositionen zu mancherlei sind ganz offenbar Checklisten vermeidbarer Fehler, und selbst Humangenetiker befürchten, daß deren Veröffentlichung die Bereitschaft zu und die Erwartung auf Abtreibung des fehlerhaften Fetus bestärkt. Denn die Krankenkassen drängen im Rahmen der „Gesundheit-für alle“-Kampagne in Zukunft noch massiver auf Kostenvermeidung, und die Norm eugenischer Selektion hat sich längst auch in den Alltag und die Sichtweise von Frauen eingenistet. Gerade wenn sie ihr Leben mit Beruf und Kindern im Griff behalten wollen und müssen, ist es wichtig, daß die Kinder „funktionieren“, pflegeleicht sind und sich in das enge timing des doppellastigen Frauenalltags einfügen lassen. Abgesehen davon bedeutet es eine tiefe narzistische Kränkung, in einer Welt, die gestylte, energetische, beherrschte Körper und einen ebenso zugerichteten Geist idealisiert, ein Kind aufzuziehen, dessen Existenz sich diesem Fitneß-Ideal widersetzt.

Es zeichnet sich ab¹⁶, daß diese individuelle Öffnung gegenüber Techniken der Selektion und Vermeidung zur gesellschaftlichen Erwartung zum kollektiven gesundheitspolitischen Soll wird: in Kürze wird die Verweigerung des HIV-Tests in der Schwangerschaft Zwangsmittel auslösen; die Verweigerung der schon üblichen Tests ist ohnehin längst legitimationsbedürftig, wird im Mutterpaß registriert und kann dadurch zum Ansatzpunkt sog. „Leistungsverweigerung“ seitens der Kassen werden, falls Frau ein angeblich vermeidbares fehlerhaftes Kind zur Welt bringt, das ein Mehr auch an kollektiver Fürsorge braucht.

Wie sich nun dieses repressive Ensemble von Labortests, Bildschirmüberwachung und Abtreibungserwartung auf die physische und psychische Wahrneh-

mung und Gestaltung einer Schwangerschaft auswirkt, ist noch weitgehend unbegriffen. Die Studie von Barbara Katz-Rothman 1986 aus den USA gibt hier einige Hinweise.¹⁷

Die pränatale Diagnostik provoziert die Frauen, Techniken zu akzeptieren, die ihnen bisher unzugängliches Wissen präsentieren und aufdrängen: Wissen über chromosomale und genetische Abweichungen und sog. Dispositionen, Wissen über das biologische Geschlecht des zukünftigen Kindes. Das Wißbare wird wie das Machbare zur moralischen Pflicht: keine Frau darf uninformiert bleiben. Zum festen Bestandteil der Schwangerschaft gehört in Zukunft, sich gegenüber bzw. eben mit den (noch) stummen gesellschaftlichen Erwartungen und den eigenen angstbesetzten Perspektiven als Mutter eines besonders pflegebedürftigen Kindes zu entscheiden; die Frage selektiver Abtreibung ist als Routineentscheidung in die Schwangerschaft eingeführt.

Dieser Wissenszuwachs und Entscheidungszwang vor allem in den ersten 4 – 5 Monaten verändert die Erfahrung von und das Verhältnis zur Schwangerschaft. Sie wird zum „trial-and-error“-Verfahren. Das Aufsuchen von Fehlern und das Warten auf die möglicherweise „schlechten Ergebnisse“ erzeugt, was Barbara Katz-Rothman eine „Versuchs-Schwangerschaft“ nennt. Die Schwangerschaft wird aufgeteilt in eine Versuchsphase vor Abschluß des letzten Tests und seiner Ergebnisse etwa in der 22. Woche der Schwangerschaft und die stabilisierte Schwangerschaft. Bei sogenannten negativen Testergebnissen wird die „Versuchsphase“ abgebrochen, da die bisherige Arbeit kein erfolversprechendes Qualitätsprodukt erbracht hat, das es – zumindest im gesellschaftlichen Kalkül – lohnen würde, die restliche Schwangerschaft durchzustehen; also wird der Frau nahegelegt, das fehlerhafte Produkt legaliter auszuquartieren.

Dieses Konzept der „Versuchs-Schwangerschaft“ hat psychische und physische Konsequenzen: bis zum letzten Testergebnis, das einen legalen Abbruch nahelegen kann, muß die schwangere Frau emotional Distanz halten zu ihren spürbaren körperlichen und seelischen Veränderungen und zu den ersten Bewegungen des Fetus im Leib. Oft wird deshalb auch die Schwangerschaft nach außen verleugnet, unsichtbar gehalten. Die Mehrzahl der Frauen, die eine Kontrolle des Fetus mittels Amniozentese akzeptieren, fühlten den Fetus erst nach dem „positiven“ Testergebnis, 4 – 5 Wochen später als ungetestete Schwangere; sie verdrängen mit den Bewegungssignalen seine Existenz, um die psychische Distanz aufrechtzuerhalten, die ihnen dann eine eventuell nahegelegte Abtreibung leichter macht oder wenigstens leichter erscheinen läßt.

Eine ganz gegensätzliche Wirkung hat ein anderes Testergebnis. Die pränatale Diagnostik zwingt der Frau

16 Katz-Rothman, a.a.O.

17 Katz-Rothman, a.a.O.

auch das Vor-Wissen über das biologische Geschlecht des zukünftigen Kindes auf. Daß dies ein Einfallstor für sexistische Selektion ist, gilt nicht nur für Indien oder China. In der BRD, England, USA nimmt die Nachfrage nach dieser Information und auch die Bereitschaft von Ärzten zu, meist wohl noch getarnt durch eugenische Begründungen, die daran anknüpfenden Selektionswünsche zu erfüllen.

Das erzwungene Vor-Wissen über das biologische Geschlecht des Fetus hat aber auch dort Konsequenzen, wo nicht an selektive Abtreibung gedacht wird. Einerseits wird die Biologisierung von „Geschlecht“ aufs Neue bestärkt, d. h. hier auf chromosomale Kondition reduziert. Zugleich erscheint sie in bestimmten Krankheitsbildern als erwünschte oder unerwünschte genetische Disposition medikalisiert, „Geschlecht“ als Krankheitsattribut. Und darüber hinaus eröffnet das Konzept genetischer Dispositionen für mögliche Erkrankungen im späteren Lebensverlauf bzw. für geschlechtsspezifische „Unverträglichkeiten“ mit den Zumutungen der Umweltverseuchung ein Feld auch sexistisch orientierter Selektion.

Andererseits macht die Geschlechtsbestimmung den Fetus realer, eher zum Kind. Dieses Bild ist dann von den gesellschaftsüblichen vorurteiligen Interpretationsmustern durchtränkt. Während Frauen ohne dieses Vor-Wissen die Bewegungen des Fetus neutral oder eher mit Attributen beschreiben, die als „männlich“ gelten, wird der geschlechtsidentifizierte Fetus entsprechend sexistischer Rollenerwartungen wahrgenommen: als „delikat“, „zart“, „klein“, „langsam“ ... das zukünftige Mädchen als „kräftig“, „aktiv“, „energisch“, „wild“ ... der zukünftige Junge. Über die Abstrusität solcher fatalen Rollenzuschreibungen hinaus eröffnen solche Tests dann den Weg zu einer qualifizierten pränatalen Geschlechterauswahl: auch wenn diese nicht zur massenhaften Vernichtung von biologisch weiblichen Feten führt, die Wahlmöglichkeit wird, auch wenn sie

positiv für „Mädchen“ ausfiele, prinzipiell von den herrschenden Stereotypen determiniert. Eltern, die ein aktives, starkes, durchsetzungsfähiges ... Kind wünschenn, werden dies mit der XY-Chromosomen-Kombination identifizieren. Solche, in deren Phantasie das zukünftige Kind eher ruhig, anhänglich, zart und freundlich ist, werden dies von einer XX-Kombination erwarten.

Wenn aber Kinder schon im pränatalen Status nicht als Kinder und Menschen, sondern als Töchter und Söhne wählbar sind, werden sie nach der Geburt noch heftiger in das psychische Gefängnis sexistischer Rollenerwartungen eingeschlossen – von ihren Müttern und Vätern!

Denn in diesem Ensemble repressiver Ingriffnahme sind Frauen nicht nur Objekte und Opfer der Reproduktionspolitik. Sie provozieren und ermöglichen sie auch: durch ihre Nachfrage und Teilnahme. Jedes Mitmachen im IVF-Proramm liefert Material – Embryonen – und läßt experimentelle Erfahrungen in der Embryonenforschung zu. Jede Einforderung pränataler Tests, insbesondere der Amniozentese – die vorrangig von Frauen aus der Mittelschicht kommt – macht die Möglichkeit eugenisch indizierter Abtreibung als festen Bestandteil jeder Schwangerschaft noch ein Stück selbstverständlicher, für die Frauen und für die Gynäkologen. Daß Frauen solche politischen Konsequenzen ihrer individuellen Entscheidungen und der privaten Abwehr von Kränkungen nicht wahrnehmen, zeigt nur, wie oberflächlich das Bewußtsein davon ist, daß das Private eben immer auch höchst politisch ist. In diesem Sinne sind Frauen für das Fortschreiten ihrer sozialen Kontrolle mitverantwortlich. Eine Politisierung dieser privaten Komplizenschaft läge gerade darin, die „Wiederkehr des Verdrängten“¹⁸ zuzulassen.

18 Bauriedl, Thea, *Die Wiederkehr des Verdrängten*, Psychoanalyse, Politik und der Einzelne, München 1986

Malin Bode, Gundula Kayser

Las Mujeres in vitro

Die Legalisierung der Reproduktions- und Gentechnologie in Spanien

I.

Im Oktober dieses Jahres soll in Spanien das erste umfängliche europäische Gesetz zu Reproduktions- und Gentechnologie (Proposición de Ley sobre técnicas de reproducción asistida, veröffentlicht in: Boletín oficial de las Cortes Generales – Senado) verabschiedet werden. Praktisch unbeachtet von jeglicher Öffentlichkeit konnten im Mai 1988 unter Vorsitz eines Sozialisten die von einer parlamentarischen Kommission vorgeschlagenen Empfehlungen für die Regelungen zur Fortpflanzungs- und Gentechnologie die Gestalt eines

Gesetzentwurfs annehmen und mit nur geringen Änderungen das Abgeordnetenhaus passieren, schnell und leise, ohne daß eine Plenardebatte für erforderlich gehalten worden wäre.

Die Verabschiedung dieses Gesetzentwurfes durch den Senat ist ohne weitere Diskussionen beabsichtigt, das Inkrafttreten gilt somit als sicher.

Warum drängelt sich gerade Spanien bei solchen Gesetzesvorhaben vor? Felipe Gonzales, als europäischer Musterknabe, hat die Chance mit beiden Händen