

- Milunsky, A. (1982): Unsere biologische Mitgift. Was man über Erbanlagen wissen muß. Frankfurt am Main/Berlin/Wien: Ullstein
- Milunsky, A. (1989): Choices, Not Chances. An Essential Guide to Your Heredity and Health. Boston u.a.: Little, Brown and Company
- Milunsky, A. (2001): Your Genetic Destiny. Know Your Genes, Secure Your Health, Save Your Life. Cambridge, MA: Perseus Publishing
- Petersen, A. (1998): The new genetics and the politics of public health. In: Critical Public Health, Vol. 8, 1, 59-71
- Rimke, H. M. (2000): Governing Citizens through Self-Help Literature. In: Cultural Studies, Vol. 14, 61-78
- Ruhl, L. (1999): Liberal governance and prenatal care: risk and regulation in pregnancy. In: Economy & Society, Vol. 28, 1, 95-117
- Teichler Zallen, D. (1997): Does it run in your family? A Consumer's Guide to DNA Testing for Genetic Disorders. New Brunswick, NJ/London: Rutgers University Press

*PD Dr. Thomas Lemke*

Institut für Sozialforschung, Senckenberganlage 26, D-60325 Frankfurt am Main,  
lemke@em.uni-frankfurt.de

#### Schlüsselwörter

Gesundheitsratgeber, genetisches Wissen, Erbkrankheiten, Gesundheitsrisiko, Lebensführung

*Maxine Saborowski*

## Der „ethische Wert“ des „eigenen Kindes“. Eine Analyse der bioethischen Diskussion um ungewollte Kinderlosigkeit und Reproduktionsmedizin

*In discussions on the bioethics of assisted reproduction, involuntary is increasingly understood as an illness worthy of treatment and indeed even treatable. This article first reflects how it has come about today that the medical means to artificially reproduce has become so self-evident. Further questions addressed are: how does the discussion of bioethics on reproductive technologies negotiate what is permissible, what is inadmissible, and what is in compliance? Considering these questions, various texts contributing to this debate have been analysed. As result, the main strategies for presenting or even disguising related problems associated to this discussion topic are then described.*

*In der bioethischen Diskussion um die Reproduktionsmedizin wird die ungewollte Kinderlosigkeit als behandlungsbedürftige und behandelbare Krankheit verstanden. Dieser Artikel fragt zum einen zurück, wie es dazu gekommen ist, dass der Anspruch auf künstliche*

*Befruchtung uns heute so selbstverständlich erscheint. Die Arbeitsfrage lautet ferner: Wie funktioniert die bioethische Diskussion um die Zulässigkeit, Unzulässigkeit und Anerkennung der reproduktionsmedizinischen Verfahren? Verschiedenste Texte aus der Diskussion wurden analysiert und zentrale Strategien der Darstellung oder Verstellung von Problemen, die dort zu finden sind, werden beschrieben.*

## 1 Einleitung

### 1.1 Medienpräsenz des Themas

Die Themen „ungewollte Kinderlosigkeit“ und „künstliche Befruchtung“ mit ihren unterschiedlichen Aspekten finden sich immer wieder in den Medien: Mal geht es um die strengen deutschen Gesetze, die – ähnlich wie bei der Abtreibung – einen reproduktionsmedizinischen Tourismus in (vorwiegend) osteuropäische Nachbarländer verursachen (vgl. Spiegel 46/2005), mal geht es um die Chancen künstlicher Befruchtung, einen kleinen Ausweg aus der demografischen Krise zu weisen (vgl. FAZ vom 21.06.06). Die deutsche Diskussion um die Reproduktionsmedizin hat Ende 2005 einen neuen Aufschwung erfahren: Das Deutsche In-Vitro-Fertilisations-Register – die zentrale Dokumentationsstelle der reproduktionsmedizinischen Zentren – hat seine Zahlen zum Jahr 2004, dem Jahr nach Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, veröffentlicht. Neu ist seit diesem Gesetz, dass die Paare, die fortpflanzungsmedizinisch behandelt werden wollen, die Hälfte der Behandlungskosten selbst tragen müssen (es geht dabei um Beträge von ca. 2.000-3.000 Euro). Die Anzahl der Behandlungen ist daraufhin im Jahr 2004 um fast 60% gesunken, es sind 8000 Kinder weniger nach künstlicher Befruchtung geboren als die Jahre zuvor. „Das entspricht nahezu der jährlichen Geburtenrate einer Millionenstadt wie Köln“, so der Kommentar von Franz Geisthövel vom Dachverband Reproduktionsbiologie und -medizin Münster zu dieser Summe (Müller-Jung 2005).

Angesichts der zugleich lebhaft geführten Diskussion um die demografische Alterung der deutschen Bevölkerung wurde schnell der Schluss gezogen: Die höheren Kosten scheinen fortpflanzungswillige, unfruchtbare Paare von der künstlichen Befruchtung abzuhalten. Würde die Versicherung die Kosten komplett übernehmen, so würden vermutlich einige Paare mehr versuchen, auf diesem Weg Kinder zu bekommen, und die Demografen könnten einige tausend zusätzliche Geburten notieren. Verpasst die Gesellschaft hier womöglich eine Chance?

### 1.2 Künstliche Befruchtung als Heilbehandlung und „Chance“

Mit dem Begriff der „Chance“ ist schon ein Kernpunkt angesprochen, der die Diskussion um die Reproduktionsmedizin kennzeichnet: Charakteristisch ist, dass die Mediziner ihre Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung als anerkannte und gängige Behandlung von ungewollter Kinderlosigkeit präsentieren, als Chance für unfruchtbare Paare, doch noch ein genetisch eigenes Kind zu bekommen. Genetische Elternschaft

wird als Normalität von Elternschaft angenommen, und wenn sich Paare nach dieser Normalität sehnen, werden die Techniken der künstlichen Befruchtung angeboten – freie Auswahl bei Kenntnis aller Risiken und Nebenwirkungen garantiert. Ob diese Auswahl aber wirklich frei ist, bleibt noch zu untersuchen.

Interessant ist daneben die Selbstverständlichkeit, mit der die Reproduktionsmedizin im Kontext der Bevölkerungspolitik auftritt. Warum ist es so klar, dass die Sozialversicherung dafür sorgen muss, dass die ungewollt kinderlosen Paare ein eigenes Kind bekommen können? Hier hat sich eine wirkungsvolle Koalition gebildet. Das Aussterben der Gesellschaft durch mangelnden Nachwuchs wird als allgemeine Bedrohung anerkannt; vor ihrem Hintergrund bekommt das Leiden ungewollt kinderloser Paare eine besondere Brisanz. Es appelliert in unvergleichlicher Weise an den Sozialstaat, da es den Kernpunkt sozialstaatlicher Bemühungen betrifft, nämlich die Wohl-Erhaltung (als Gesund- und Substanz-Erhaltung) der Bevölkerung.

Praktisch steht im Zusammenhang mit dieser sozialen Anerkennung des Leidens an der ungewollten Kinderlosigkeit, dass das SGB die Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zählt. Ungewollte Kinderlosigkeit ist also eine Krankheit, gegen die Versicherungsschutz besteht.

### 1.3 Arbeitsblick und Arbeitsfrage

Bei den Verfahren zur künstlichen Befruchtung handelt es sich bei genauer Betrachtung um relativ teure, aufwendige und (mindestens für die Frauen) nebenwirkungsreiche Behandlungsprozeduren, die eine Erfolgsquote von 14 bis 18% aufweisen. Dass die Kosten derartiger Behandlungen von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, ist ein seltsam anmutendes Szenario. Es lässt eine sehr spezifische Argumentation der Begründung vermuten, bzw. sehr wirkmächtige Argumente in der öffentlichen Diskussion um die Anerkennung solcher Behandlungen.

Damit komme ich zu meiner Arbeitsfrage: Wie funktioniert diese öffentliche Diskussion um die Zulässigkeit, Unzulässigkeit und Anerkennung der reproduktionsmedizinischen Maßnahmen? Warum ergeht aus dem Leiden an der ungewollten Kinderlosigkeit so selbstverständlich ein Anspruch auf Behandlung? Die Vermutung oder These, die hinter diesen Fragen steht, ist folgende: Es ist nicht so selbstverständlich, wie es uns heute vorkommt, dass wir genetische Elternschaft als die Normalität von Elternschaft verstehen. Einen politisch anerkannten Anspruch auf ein eigenes Kind durchsetzen zu können hängt nicht nur damit zusammen, dass es die Biotechniken gibt, die das ermöglichen. Vielmehr müssen die Angebote der Reproduktionsmedizin auf entsprechende Selbstverständlichkeiten in unserem Denken und Wahrnehmen stoßen, damit sie unproblematisch und wirksam als Angebote funktionieren können.

Die Methode, mit der ich die Diskussion um die ungewollte Kinderlosigkeit als Krankheit untersuchen möchte, ist die Aussagenanalyse, wie Foucault sie entwickelt hat (Foucault 1981). Das Material sind die Texte von Medizinern und Betroffenen/Selbsthilfegruppen, Philosophen und Theologen, Politikern, Journalisten, For-

schern etc.<sup>1</sup> Die Texte bewerten die biowissenschaftlichen Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin hinsichtlich ihrer Erfolge und Gefahren und treffen Aussagen darüber, ob diese Techniken für die Behandlung ungewollter Kinderlosigkeit zulässig, empfehlenswert oder unangemessen sind. Dabei wird dann auch gegeneinander abgewogen, wie groß das Leiden der Paare ist, wie schwer ihr Anspruch auf Hilfe wiegt und wie gefährlich die Risiken der Behandlungen sind.

Ziel der Untersuchung ist eine Beschreibung der Wertungen und Begriffe, die in diesem Diskussionsfeld wirksam sind, mit ihren je spezifischen Wirkweisen. Ziel ist also weder, die sozialen und rechtlichen Regelungen zu untersuchen, noch selbst mit in die Diskussion und Wertungsfragen einzutreten, sondern aus einer gewissen Distanz häufige und wiederkehrende Aussagenmuster zu beschreiben. Das Ergebnis bleibt dann auch in dieser Ebene: Es lassen sich Aussagenfelder zusammenstellen, die sich um bestimmte Problemaspekte konfigurieren. Nach dieser Unterscheidung kann man beschreiben, wie jeweils über Probleme gesprochen wird, welche Argumente in der Diskussion wie funktionieren und eingesetzt werden, welche Argumente selten vorkommen etc.

Eine derartige Perspektive auf diese Diskussion zu richten, ist philosophisch und auch kultur- bzw. sozialwissenschaftlich gesehen interessant und aussichtsreich: Zum einen existiert konkretes Material, nämlich diese als „bioethische“ Diskussion bezeichnbaren Texte verschiedenster Art und Herkunft, die über bestimmte wiederkehrende Begriffe (wie eben den „ethischen Wert“ des „eigenen Kindes“ oder den „freien Willen“ des Paares) miteinander einen Zusammenhang bilden und sich aufeinander beziehen. Zum anderen fehlt aber bislang noch zu diesem Material eine aus diesen ethischen bzw. pragmatischen Entscheidungsnotwendigkeiten sich lösende Perspektive, die z.B. auch die Grundlage bilden könnte für eine historische Situierung dieser scheinbar so neuen und aktuellen Problematik des reproduktionsmedizinisch versprochenen eigenen Kindes.

Zunächst einmal möchte ich die Entstehung der Reproduktionsmedizin kurz historisch bzw. wissenschaftsgeschichtlich einordnen (2) und die gängigen Verfahren sowie einige Zahlen zur künstlichen Befruchtung vorstellen (3), bevor ich die wichtigsten Aussagenfelder vorstelle (4). Schließlich möchte ich die Ergebnisse der Analyse in einem Fazit (5) zusammenfassen.

## 2 Reproduktionsmedizin als bevölkerungspolitische Intervention?

Anhand der Diskussion um die Reproduktionsmedizin kann man beispielhaft sehen, wie die Biowissenschaften mit ihrem durch die Genetik geprägten Blick unsere Vorstellung von Verwandtschaft und Reproduktion beeinflussen. Diesen zunehmenden Ein-

<sup>1</sup> Dieser Artikel greift zurück auf die Ergebnisse meiner Magisterarbeit „Der ‚ethische Wert‘ eines ‚eigenen Kindes‘. Normalisierende Techniken und Bevölkerungsdenken in einer Biopolitik der Reproduktionsmedizin.“ Darmstadt 2005, unveröffentlicht.

fluss der Medizin und der Biowissenschaften (auch in der Politik und im Recht) hat Michel Foucault in verschiedenen Studien untersucht. Er hat bestimmte prägende Merkmale der modernen Epoche des Lebens erfasst, die sie deutlich von früheren Epochen unterscheiden (vgl. Foucault 1977, 1999, 2004).

Mitte des 18. Jahrhunderts wurde durch die ersten statistischen Erhebungen ein Zusammenhang von Geburten- bzw. Sterberaten mit ökonomischen und politischen Problemen formulierbar. Die Statistik verzeichnete die verschiedensten Lebensprozesse von Menschen (wie Tod, Krankheit und Geburt) und machte sie vergleichbar. Damit ergab sich eine Zugriffsebene für eine neue Art des Regierens: Mittels der kollektiv beobachteten Phänomene entstand die Bevölkerung als neuer Großkörper. Ihre Geburtenrate oder Selbstmordrate hat eine ganz andere Bedeutung und Beeinflussbarkeit als die Geburt oder der Selbstmord eines Einzelnen. Die Statistik erfasst die Verteilung dieser zufälligen Ereignisse und lässt die Wahrscheinlichkeiten des Auftretens solcher Ereignisse berechenbar und dann versicherbar werden.

Vorhersagen und auch Veränderungen sind nun auf nationaler Ebene möglich, die Politik kann auf die Bevölkerung Einfluss nehmen und sie regulieren. Den Regierungs- und Machttyp, der sich mit der Bevölkerung befasst, nennt Foucault Biomacht. Gemeint ist damit ein Ensemble von Technologie, das auf die zufälligen Phänomene des Lebens regulierend einwirkt. Diese bevölkerungspolitischen Regulationsmechanismen, zu denen z.B. die Geburtenkontrolle gehört, haben verschiedene Ziele: Die Bevölkerung soll zahlenmäßig stabil erhalten bleiben und qualitativ gesund und gut versorgt sein. So richtet sich diese Technologie auf das Leben – das Leben der Gattung zum einen und das Leben der Einzelnen, der Körper, zum anderen. Dank des medizinischen Wissens, das sich sowohl auf einzelne Organismen wie auch auf bevölkerungsweite biologische Prozesse erstreckt (Sozialhygiene z.B.), konnte man an diesen beiden Enden auf das Leben, verstanden als biologisches Leben, zugreifen.

Auf den Bereich der Verwandtschaft wirken sich dieses Wissen und diese Technologien der Biomacht folgendermaßen aus: Die Medizin dominiert die Definitionen von Verwandtschaftsbeziehungen; früher war es das Recht, das sich nun wiederum zunehmend am medizinischen Verständnis von Verwandtschaft orientiert. Die Reproduktionsmedizin habe ich hier exemplarisch ausgewählt, um das Wirken von Biomacht zu untersuchen, ein anderes Beispiel wäre die Diskussion um die genetischen Vaterschaftstests.

Wie konnten die Reproduktionsmedizin und ihre Forschung, die anfangs mit dem Vorwurf der Menschenzüchtung abgelehnt wurden, zu ihrer heutigen gesellschaftlichen Akzeptanz gelangen? Barbara Orland vermutet, dass es der Reproduktionsmedizin im Wesentlichen um die Suche nach einem Anwendungsfeld ging, das die weitere Forschung moralisch legitimiert. „Die erfolgreiche Konstituierung des neuen Medizinfeldes Reproduktionsmedizin konnte nur deswegen gelingen, weil die potentiellen Möglichkeiten der neuen Techniken in das Idiom der Unfruchtbarkeit eingepasst und die Verfahren selbst als Sterilitätsbehandlungen anerkannt wurden“ (Orland 2001: 9). Die Verknüpfung von Reproduktionsmedizin und Unfruchtbarkeit war und ist also

keineswegs selbstverständlich.<sup>2</sup> Die Fortpflanzungsforschung wurde Medizin im Dienst der Bevölkerung.

In der Sexualität des Paares überkreuzen sich die Bevölkerung und die individuellen Körper, über die Vererbung wirkt das einzelne Paar konstitutiv an der Gattung mit. Die Entdeckung der Vererbung schuf die Grundlage für eine Art von biologischer Verantwortlichkeit des Menschen für seine Gattung. Die Sexualität bildet quasi das Scharnier, an dem die Bevölkerung Kontrolle über sich selbst auf dem Umweg über die Individuen ausüben kann (vgl. Foucault 1994: 194). Diese soziale Kontrolle geschieht mittels der Medizin, die die Sexualität – verstanden als Problembereich der Fortpflanzung – zu einem Teil ihrer Disziplin erklärt. Neben diesen medizinischen dienen aber auch ökonomische und politische Maßnahmen dazu, das Fortpflanzungsverhalten des Paares zu „sozialisieren“. Versteht man die Fortpflanzungsforschung als Reproduktionsmedizin im Kontext dieser „Geschichte“, so findet sie notwendigerweise auch innerhalb des Gesundheitswesens ihren Platz.

### 3 Einige Fakten zu den Techniken und gesetzlichen Regelungen

#### 3.1 Darstellung der Techniken der künstlichen Befruchtung

Die erste Geburt eines Kindes nach künstlicher Befruchtung gelang 1978 in England. Die klassische Behandlungsmethode ist die In-Vitro-Fertilisation (IVF), die Befruchtung von Eizelle mit Samenzellen im Labor außerhalb des Körpers. IVF wurde ursprünglich bei weiblicher Sterilität angewendet. Erst wird eine Hormonstimulationsbehandlung bei der Frau durchgeführt, wodurch die Reifung mehrerer Eizellen gleichzeitig angeregt werden soll. Dann werden der Frau Eizellen entnommen und im Glas mit dem vom Mann gespendeten Spermium vermischt. 48 Stunden später wird der Zellverbund als so genannter Embryonentransfer der Frau vaginal durch einen Katheter in die Gebärmutter hineingespült. Für die Behandlung ist es erforderlich, dass das Paar sich an einen sehr strengen Terminplan hält, der den Alltag prägt und die Berufstätigkeit in diesen Tagen einschränkt. Insbesondere für die Frauen bedeutet die Behandlung die Inkaufnahme diverser Nebenwirkungen, z.B. treten häufig durch die Hormonbehandlung Blutungen und Schmerzen auf.

Ein besonders interessantes Verfahren zur künstlichen Befruchtung ist ICSI (die intrazytoplasmatische Spermieninjektion). Es handelt sich um eine Weiterentwicklung der IVF, und zwar zur Behandlung männlicher Infertilität. Bei ICSI wird die IVF erweitert um den Schritt der Injektion des Spermiums in die Eizelle. Auch wenn männliche Infertilität nur bei ca. 30% der behandelten Paare die Sterilitätsursache ist, so hat sich diese Technik zahlenmäßig schnell zu der meist verbreiteten Technik der künstlichen Befruchtung entwickelt (s. Tab.1). Es wird vermutet, dass das Fehlbildungsrisiko bei ICSI höher ist als bei der klassischen IVF, abschließende Studien dazu gibt es noch nicht.

<sup>2</sup> Im Übrigen hing die Reproduktionsforschung eng mit der Kontrazeptiva-Forschung zusammen, da beide die hormonellen Steuerungsmechanismen des weiblichen Zyklus aufklären wollten.

Bei der ICSI liegt eine besondere Konstellation vor: In mehr als 50% der Anwendungsfälle ist die Frau gesund, muss aber die gleichen Behandlungsschritte an sich durchführen lassen wie bei einer IVF – verbunden mit den gleichen Belastungen und Nebenwirkungen. Die Frau könnte also durchaus auch ohne medizinische Assistenz ein Kind empfangen, aber damit das Kind genetisch auch von ihrem Mann abstammt, nimmt das Paar die Prozedur der künstlichen Befruchtung auf sich. Die Maßnahme grenzt aus der Sicht einiger Kritiker an Körperverletzung, da juristisch gesehen kein Grund für den ärztlichen Eingriff bei der Frau vorliegt. Die Logik der Reproduktionsmedizin geht jedoch davon aus, dass das Paar krank ist und als Ganzes behandelt wird, und somit wird dieses Verdachtsmoment (Körperverletzung bei einem einzelnen Körper) unterlaufen. Die Eingriffe werden dadurch legitimiert, dass das Paar nur so ein genetisch eigenes Kind bekommen kann.

### 3.2 Gesetzlich geregelter Anspruch

Seit der ersten gelungenen künstlichen Befruchtung entwickelt sich die Reproduktionsmedizin erfolgreich immer weiter und bietet ungewollt kinderlosen Paaren in speziellen Praxen und Kliniken ihre unterschiedlichen Verfahren an. Seit 1990 übernimmt die gesetzliche Krankenkasse regulär die Behandlungskosten für derartige Maßnahmen. In seiner aktuellen Version (nach dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz) sieht der § 27a SGB V folgende Bedingungen vor: Ein Paar, das behandelt werden möchte, muss verheiratet sein; es hat drei Versuche; es dürfen ausschließlich Ei- und Spermazellen der Ehegatten verwendet werden, die Frau darf 25 bis 40 Jahre, der Mann 25 bis 50 Jahre alt sein; Voraussetzung ist ferner eine ärztliche Beratung über die verschiedenen Behandlungsarten und ihre Risiken sowie die Vorlage eines Behandlungsplans bei der Krankenkasse. Die Krankenkasse übernimmt dann die Hälfte der Behandlungskosten. Die ungewollte Kinderlosigkeit ist also quasi als „Krankheit“ anerkannt worden. Auch private Versicherer tragen teilweise die Kosten.

### 3.3 Zur Größenordnung der angesprochenen Problematik

Die Erfolgsquote der reproduktionsmedizinischen Behandlung wird üblicherweise durch die so genannte „baby-take-home“-Rate angegeben; sie belegt, wie viel Prozent der Frauen nach einem der jeweiligen Behandlungszyklen ein Kind lebend zur Welt gebracht haben.

	2002	2003	2004
IVF (baby-take-home-Rate)	24.118 (14,5%)	25.241 (16%)	11.848 -
ICSI (baby-take-home-Rate)	37.970 (16,5%)	49.540 (17,7%)	25.339 -

*Tabelle 1: Übersicht über die Anzahl der Behandlungszyklen und die Erfolgsquoten der Jahre 2002-2004 (Zahlen aus den Jahrbüchern des Deutschen IVF-Registers)*

Zahlen, die Erfolgsquoten oder Risiken wiedergeben, können schnell dazu verleiten, eine Abschätzung vorzunehmen. In der Bioethik sind derartige Kosten-Nutzen-Rechnungen sehr häufig zu finden. Damit wären wir schon bei dem ersten Aussagenfeld.

## 4 Aussagenfelder

Im Folgenden werden drei zentrale Aussagenfelder anhand einiger Beispiele vorgestellt und die Strategien erläutert, die für das Wirken verschiedener Begriffe in den jeweiligen Kontexten verantwortlich sind. An dieser Stelle kann ich die Fülle des ursprünglich analysierten Materials nur in repräsentativen Auszügen wiedergeben.

### 4.1 Bioethische Kosten-Nutzen-Abwägungen und die freie Wahl des Paares

Ein Beispiel für eine klassische bioethische Kosten-Nutzen-Rechnung ist das folgende Zitat des bekannten Bioethikers Hans Sass: „Den ethischen Kosten der Laparoskopie und der hormonellen Stimulation der Frau sowie der Masturbation beim Mann steht der unvergleichlich hohe ethische Wert gegenüber, einem Kind das Leben zu geben und ein eheliches Kind zu haben, das mit beiden Eltern verwandt ist und von der Mutter auf natürliche Weise ausgetragen wird“ (Sass 1998: 327 f.).

Wie funktionieren diese Wertungen? Wie in dem Zitat zu sehen ist, werden ethische Werte gegen ethische Kosten gestellt und in einer ökonomischen Denkweise gegeneinander abgewogen. Woran aber lassen sich die ethischen Kosten der Behandlung ablesen und woran der Wert des eigenen Kindes?

In der Frage der Kosten, also der Höhe der Risiken und Belastungen der Behandlung, hat die Bioethik keine eigenen Maßstäbe zur Verfügung. Die Bioethiker, meistens Philosophen, Theologen oder Mediziner und Betroffene mit Zusatzqualifikation, übernehmen die Prognosen und Risiken, die die Mediziner mit ihren Methoden ermittelt haben. Mit dieser Hilfe trifft die Bioethik dann scheinbar unabhängig und eigenständig eine Vorauswahl dessen, was später als ethisch legitime und vernünftige Behandlungsform angeboten wird.

Ein Typus von Fragen wird in den öffentlichen Diskussionen auf Tagungen, in Zeitungen, in Kommissionen, bei Bürgerbefragungen etc. immer wieder lang und breit besprochen: „Welche dieser reproduktionsmedizinischen Maßnahmen wollen wir für welche Betroffenen zulassen?“ Als Antwort entsteht immer wieder eine neue, nach Vernunftmaßstäben gewonnene Zielgruppenfestlegung (z.B. Verheiratete) oder es werden Maßnahmen ausgewählt und begrenzt („nur drei Versuche“). Fragen wie: „Wollen wir diese Maßnahmen überhaupt? Was waren und wären die Alternativen?“ stehen dabei äußerst selten zur Diskussion. Der „gute Wille“ der neuen biomedizinischen Angebote, nämlich unfruchtbaren Paaren ein eigenes Kind zu zeugen – diese Absicht wird nicht hinterfragt, sie ist selbstverständlich „gut“.<sup>3</sup> Auf ein derart hoch bewertetes ethisches „Gut“ richten sich auch die Wünsche der Betroffenen. Die Diskussion ist an dieser Stelle formal quasi hermetisch abgeriegelt, wenn man innerhalb der Ethik verbleibt, denn gegen ein anerkanntes Gut ist dort kaum etwas auszurichten.

<sup>3</sup> Eine seltene Ausnahme bildet in diesem Kontext die katholische Kirche, die kategorisch gegen jegliche Form der assistierten Reproduktion eintritt. Sie verurteilt in ihren Verlautbarungen des apostolischen Stuhls die künstliche Be-



Aber zurück zu den Kosten und Werten: Den Wert des eigenen Kindes übernimmt die Bioethik aus dem genetischen Paradigma der modernen Biowissenschaften. Uns ist das biologische Wissen um den individuell einzigartigen genetischen Beitrag, den die Erzeuger eines Kindes zu seiner Lebensgrundlage leisten, so selbstverständlich geworden, dass wir als Eltern eines Kindes (oder zumindest als die „eentlichen“ Eltern) die beiden Erzeuger ansehen. Mit dieser Ansicht konkurrieren ggf. andere Arten von Elternschaft wie die soziale Elternschaft durch Adoption, die im biologischen Koordinatensystem nicht sichtbar ist. Auch den ethischen Wert des eigenen Kindes übernimmt die Bioethik also von der Biomedizin. Eine Argumentation mittels eigener, genuin philosophischer Kategorien findet nicht statt.

Und das Ergebnis der bioethischen Abwägung? Die bioethischen Kommissionen, die Entscheidungen mit praktischen Folgen zu fällen haben und als unabhängige und herrschaftsfrei diskutierende Expertengremien des Guten gelten, beurteilen am Ende ihrer Entscheidungs- und Abstimmungsprozesse eine Auswahl von Verfahren für genau bestimmte Zielgruppen als ethisch vertretbar – und ethisch heißt da eigentlich auch nur: nach medizinischen Kriterien und mit gesundem Menschenverstand nachvollziehbar vertretbar. In der ärztlichen Beratung werden den betroffenen Paaren schließlich diese ausgewählten Verfahren mit ihren jeweiligen „Kosten“ und Risiken zur Auswahl gestellt – und diese Auswahl wird dann „freie autonome Entscheidung“ bzw. „freie Wahl“ genannt.

Seit Beginn der Nutzung von künstlicher Befruchtung ist die Beratung Voraussetzung der Behandlung. Die Beratung im Rahmen der künstlichen Befruchtung soll z.B. „den Ratsuchenden helfen, auf der Basis der erforderlichen Informationen zu einer eigenen und für sie tragbaren Entscheidung [...] zu gelangen“ (Berufsverband medizinische Genetik e.V., zitiert in: Lunshof 2000: 228). Die Ärzte müssen über die zum Teil „erheblichen“ Risiken der Behandlung informieren und dem Paar dann die Entscheidung selbst überlassen.<sup>4</sup> Dadurch, dass das Paar zum „Experten“ gemacht wird, verlagert sich die Verantwortung von den Ärzten auf die Patienten: Nicht mehr die Ärzte müssen das Risiko auf sich nehmen, einen Eingriff vorzunehmen, sondern die Paare müssen das Risiko auf sich nehmen, das mit der ausgewählten Behandlung zusammenhängt. „Es ist nicht mehr der Gynäkologe, [...] sondern vielmehr die Patientin selbst, die aus ihrem Selbstverständnis, ihrem Verantwortungsbewusstsein und ihrem Lebensentwurf Entscheidungen treffen und verantworten muß“ (Sass 1998, 331).

Hier liegt ein wichtiger Knotenpunkt der Wertungsstrategien: Diese unter so bemerkenswerten, juristisch abgesicherten und institutionell verankerten Umständen

fruchtung schon in sich; diese Verfahren seien unzulässig, weil die Zeugung aus dem Kontext der ehelichen Vereinigung herausgelöst wird. Eine derartige kategorische Äußerung findet sich sonst kaum. Dem biologisch-technischen Verständnis der Zeugung aus der Sicht der Reproduktionsmedizin wird Grund und Boden entzogen, denn das biologische Wissen und die technische Fähigkeit, ein Kind in vitro zeugen zu können, sind in den Augen der katholischen Kirche nicht gut. – Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass das SGB V die künstliche Befruchtung nur Ehepaaren zugesteht.

<sup>4</sup> Bei einer Aufklärung über ICSI zum Beispiel hat der Arzt die Patienten „auf ihre Verantwortung für die ihnen überlassene Entscheidung zur Anwendung dieser Methode und damit für das erhebliche Risiko von Fehlbildungen bei Kindern hinzuweisen“ (in den Richtlinien über künstliche Befruchtung seit der Fassung vom 1.7.2002, Nr. 16). Die Beratung ist Leistungsvoraussetzung (ebd., Nr. 7).

getroffene Entscheidung des Paares hat nämlich entscheidende und weit reichende Konsequenzen. Geht es nämlich um die Frage, welche Maßnahmen zur Erfüllung des Kinderwunsches anerkannt und erstattungspflichtig sind, so gibt die elterliche Entscheidung (des Paares, das noch kein Kind hat) den für die KK bindenden Ausschlag: (BSG) „Offenbar soll § 27a SGB V der Solidargemeinschaft die größtmögliche Zurückhaltung gegenüber der elterlichen ‚Entscheidung für das Kind‘ auferlegen“ (BSG vom 3.4.2002 - SGB 4/2002, 237), selbst wenn das Paar sich für ICSI, eine Behandlung mit einer gewissen Fehlbildungsrate entscheiden sollte.<sup>5</sup>

Wenn kinderlose Paare ihren Kinderwunsch rechtfertigen müssen, so wird ihre Würde nicht anerkannt. Die Beweislast soll demnach nicht bei den Paaren liegen. Ein Reproduktionsmediziner empfiehlt, es „sollten die Kritiker der assistierten Reproduktion [...] den Einzelnen das Recht zugestehen, eine Therapieform zu wählen, die relativ erfolgreich sowie sicher ist und für die Patientin nur wenig belastend durchgeführt werden kann. Wir alle haben die Pflicht, dieses Recht anzuerkennen“ (Michelmann et al. 1990: 21).

Dieses Recht umfasst dann auch das Recht, ein hohes Risiko auf sich zuzunehmen, ein Risiko, für das ein Arzt mit seinem Fachwissen vielleicht die Verantwortung nicht übernehmen würde. Im Umgang mit dem Risiko, so scheint es, entledigt sich der Arzt seiner Verantwortung, die Risiken einzuschätzen, und übergibt sie an die Patienten. „Ein Risiko kann zum erklärten und damit ‚normalen‘ Teil des Verfahrens gemacht werden. Die durch Dokumente scheinbar verbrieft ‚Patientenautonomie‘ wird so zur freiwilligen Risikoübernahme“ (Gehring 2002: 26). Paradoxe Weise klagen die Ärzte dann wieder über die „große [...] Risikobereitschaft gegenüber invasiven medizinischen Eingriffen“ (Stauber 1998: 381). Die Übernahme des Risikos durch die betroffenen Paare gipfelt schließlich in einer Klage über ihre Risikobereitschaft. „Es geht darum, inwieweit sich Reproduktionsmediziner von dem unbedingten Kinderwunsch unfruchtbarer Paare leiten lassen dürfen, wie man durch bessere Aufklärung das Risikobewusstsein der Eltern schärfen kann“ (Lenzen-Schulte 2004). Es ist zu vermuten, dass durch die Übergabe der Verantwortung an die Paare „Unklarheiten in Bezug auf die ärztliche Verantwortbarkeit der IVF“ ausgeglichen werden sollen (Graumann 2003: 253).

Diese Selbstbestimmung des Paares ist in der Diskussion um die Reproduktionsmedizin ein sozusagen hohes „Gut“, sie ist die stets passende Antwort auf jegliche zweifelnde Frage: Wenn es zu einem Zögern kommt – z.B. Kann man das höhere Fehlbildungsrisiko in Kauf nehmen? –, so bewirkt der Hinweis auf die geäußerte selbstbestimmte Entscheidung des Paares, dass keine weiteren Fragen gestellt werden. Von Autonomie und Selbstbestimmung kann hier aber kaum die Rede sein, denn die Selbstbestimmung des Paares beschränkt sich auf die institutionell geregelte Auswahl aus den

<sup>5</sup> Diesem uneingeschränkten Selbstbestimmungsrecht des Paares wird manchmal das Wohl des (noch nicht gezeugten) Kindes entgegengesetzt – ein anderes Aussagenfeld. Das Kindeswohl müsse der Arzt in seiner Entscheidung, dem Wunsch des Paares zu folgen, auch mit berücksichtigen. „[N]icht die Selbstbestimmung des Patienten verpflichtet den Arzt, sondern das ärztlich erkannte Leiden und die Zielsetzung der ‚Heilung‘ mittels der ‚Kunst‘. [...] Jedenfalls wird das Kind am meisten von den Folgen des Eingriffs betroffen, nämlich in seiner Existenz: das ist für die moralische Wertung ausschlaggebend“ (Kluxen 1990: 148).

Möglichkeiten, die die Medizin anzubieten hat. Dabei wird ein typisches Charakteristikum bioethischer Aussagen deutlich:

In der Diskussion wird verschwenderisch mit Begriffen umgegangen, die aus der Philosophie oder Theologie übernommen wurden: Autonomie und Selbstbestimmung, Würde (des menschlichen Lebens), Freiheit, Wert. Allerdings wird bei der Verwendung die fachliche Schärfe dieser Begriffe zunehmend zerstört. Dies geschieht zum einen, indem sie institutionell-verfahrenstechnisch-empirisch heruntergebrochen und festgelegt werden (z.B. in Form eines institutionalisierten, vorgelegten und vorgeschriebenen Formulars zur Dokumentation der freien, aufgeklärten Entscheidung bei einer „informierten Einwilligung“), oder im Gegenteil, indem diese Begriffe als unangreifbare, allgültige verwendet werden (z.B. in Form des Wertes des eigenen Kindes).

Die Selbstbestimmung ist also ein „Gut“, und sie richtet sich auf ein „Gut“, nämlich auf ein eigenes Kind. Bleibt dieser Wunsch unerfüllt, so positioniert die Bioethik mit einer geschickten Strategie die Reproduktionsmedizin in diese Lücke: Letztere eröffnet den Paaren nämlich die Chance, doch noch ein Kind zu bekommen.

#### 4.2 Das „kranke Paar“ – die ungewollte Kinderlosigkeit als Krankheit

In der Abrechnungs- und Zuständigkeitslogik der Krankenversicherer findet man keine eindeutige und konsequente Definition dessen, was an der ungewollten Kinderlosigkeit den Krankheitsfall ausmacht. Vielmehr ist eine merkwürdige Konstellation zu beobachten: Die privaten Krankenversicherer erkennen die organisch bedingte Infertilität ihres Versicherten als Funktionsstörung eines Einzelkörpers und damit als Krankheit an. Trotzdem erstatten sie ihrem Versicherten, wenn er der Verursacher der Sterilität ist, die gesamte Behandlung des Paares als Einheit (BGH vom 3.3.2004). Dagegen verstehen die gesetzlichen Krankenkassen die ungewollte Kinderlosigkeit des Paares als eine Art „Krankheit“, auch wenn einer der Partner organisch gesund ist. „Das Gesetz knüpft die Leistungspflicht der KK [Krankenkassen] nicht an einen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand ihres Mitglieds, sondern an die ungewollte Kinderlosigkeit des Ehepaares und die daraus resultierende Notwendigkeit einer künstlichen Befruchtung“ (BSG vom 3.4.2001 - BSGE 88, 55). Das Leiden des Paares an der Unfruchtbarkeit bildet also hier den Versicherungsfall. Trotzdem wird aber nur das bezahlt, was beim Versicherten (an seinem Körper) durchgeführt wird. Die gesetzlichen Krankenkassen trennen hier das Paar wieder in die Einzelkörper.

In dieser Praxis konkurrieren also in beiden Fällen zwei Krankheitsmodelle miteinander: Das Modell des kranken Körpers, der die Kinderlosigkeit verursacht, sowie das Modell des kranken Paares, das als Einheit krank ist und behandelt werden muss.

Entsprechend hat die künstliche Befruchtung im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen eine Sonderstellung inne; sie ist eine „soziale Sonderleistung“. Im BSG-Urteil von 2001 wird begründet: „Die künstliche Befruchtung wird selbst nicht als Krankenbehandlung angesehen; sie wird dieser lediglich zugeordnet, damit die einschlägigen Regelungen des SGB V auf sie anwendbar und besondere Verweisungsvor-

schriften entbehrlich sind“ (BSG vom 3.4.2001 – SGB 4/2002, 234). Gemäß dieser Sonderstellung gelten für die Zulassung neuer Verfahren der künstlichen Befruchtung auch andere Bedingungen als für die Zulassung anderer Krankenbehandlungen.

Es ist klar, dass man die Regelung der künstlichen Befruchtung nicht in den Bereich z.B. des Privatrechts verlagern kann, als Privatvertrag zwischen Paar und Ärzten über die Vermischung der Fortpflanzungssubstanzen in einem Labor. Die „Zuordnung“ zum SGB, also das Verständnis der künstlichen Befruchtung als „Heilbehandlung“ des Paares, ist nachvollziehbar, aber sie funktioniert nur um den Preis einiger Unschärfen und unter Rückgriff auf einige speziell moderne Phänomene. Dazu zählt, dass das reproduktionswillige Paar quasi als ein Körper existiert, den man als Einheit bezüglich der Fortpflanzungsfähigkeit bewertet und behandelt, so dass die Belastungen der Einzelkörper und die an ihnen jeweils durchgeführten Praktiken relativiert werden. Dieser Paarkörper ist nicht konstituiert durch einen Ehevertrag oder eine ähnliche rechtliche Bindung oder gegenseitige Verpflichtung zweier Individuen. Vielmehr geht es um eine Körperlichkeit, die erst aus der biologischen Perspektive der Fortpflanzung heraus entsteht und quasi die „Kernzelle“ der Fortpflanzung darstellt. Da im Zentrum der Aufmerksamkeit und der Behandlung der Paarkörper steht, besteht auch kein Bedarf daran, Nebenwirkungen aufzulisten, die an dem Körper der Frauen auftreten. „Obwohl es in Fachkreisen bekannt ist, daß reproduktionsmedizinische Behandlungen Frauen schaden können, bleibt eine systematische Erfassung der Schäden aus“ (Telus 2001: A3430; vgl. auch Graumann 2003: 251).

#### 4.3 Das Schicksal der ungewollten Kinderlosigkeit und das Leiden

Wie ist man früher, bevor die Fortpflanzung zum Thema der (Reproduktions-)Medizin wurde, mit dem Schicksal der Kinderlosigkeit umgegangen? Es gab soziale Regelungen (z.B. die Möglichkeit, dass der Herr eine Magd dazu bestimmt, ein Kind als Erbfolger zu gebären) sowie rechtliche Vorkehrungen (wie das Adoptionsrecht). Die Problematik der Kinderlosigkeit bestand jedenfalls schon lange und verschiedenste Vorkehrungen zur Absicherung der Erbfolge gab es ebenso. Ratschläge zum Umgang mit diesem Schicksalsschlag kamen aus dem familiären Umfeld sowie aus der Ethik bzw. Theologie, und diese Ratschläge umfassten vermutlich unter anderem auch „medizinische“ oder „diätetische“ Vorschläge.

Noch nicht so alt aber ist die Idee, dass die Fortpflanzung Thema der Medizin ist und dass ihre Kontrolle und Unterstützung zur Sozialpolitik gehören. Reproduktionsforschung hat sich in die Medizin eingepasst, indem sie Unfruchtbarkeit zu einer behandelbaren und behandlungsbedürftigen Krankheit gemacht hat (vgl. unter 2).

So gelangte die künstliche Befruchtung in den Kontext der Krankheitsbehandlung. Die Fortpflanzungsforschung hat sich im Rahmen der Entstehung der Bevölkerungspolitik in die Medizin eingegliedert. Die Medizin ist in der Epoche der Biomacht zu dem Ort geworden, an dem das moderne Leben und seine Erhaltung, also auch seine Fortpflanzung geregelt werden. Die Heilsverkündung der Reproduktionsmediziner an

die Paare lautet: „Ungewollte Kinderlosigkeit muss heute [...] nicht mehr als Schicksal hingenommen werden“ (Klinik Bad Münde im Internet).

Seitdem der unerfüllte Kinderwunsch nicht mehr Schicksal ist, sondern behandelbar, entstand überhaupt erst dasjenige schwerwiegende Leiden der Paare, das heute so problematisch ist: Das Leiden darunter, dass man etwas tun könnte, dass es vielleicht noch eine Möglichkeit gibt, wie die reproduktionsmedizinischen Zentren versprechen. Letztere können nur über dieses Versprechen einer Chance ihre Verfahren der künstlichen Befruchtung legitimieren und weiterentwickeln. „Der Leidensdruck bei dieser ‚Krankheit‘ [Kinderlosigkeit] entsteht nicht durch das somatische Symptom der Sterilität, sondern aus der Unerfüllbarkeit des Kinderwunsches und den Verheißungen und Belastungen der Fortpflanzungsmedizin“ (Pompey 1990: 158).

Nichtsdestotrotz ist dieses Leiden nicht nur der Auslöser der ärztlichen Hilfeleistungspflicht, sondern für den Bioethiker Sass auch die ethische Legitimation der Heilbehandlung: Im Falle des leidenden Paares „ist der Einsatz von Reproduktionsmedizin nicht nur ethisch erlaubt, sondern geboten“ (Sass 1998: 328).

Die Aussagen über das Leiden der Paare bleiben in der Diskussion aber nicht für sich stehen. Auf sie folgen Einsprüche, die darauf hinweisen, dass die gewünschte, das Leiden mindernde Behandlung ggf. auch (anderes) Leiden verursachen kann. Die Bundesärztekammer rechtfertigt die IVF mit der ärztlichen Pflicht zu helfen, wo Leiden zu heilen oder zu mindern ist. Die Ergebnisse der Reproduktionsmedizin zeigen allerdings, dass ihre Verfahren „nur in geringem Maße“ dazu geeignet sind, den Leidenden zu einem Kind zu verhelfen (Wiesing 1993: 164). Die Rate der Spontanheilungen (Schwangerschaften bei Unfruchtbaren unabhängig von medizinischen Maßnahmen) übertrifft bei manchen Befunden sogar die Erfolgsrate reproduktionsmedizinischer Behandlungen. Ein großes Ausmaß an Leiden kann nach der bzw. durch die „Therapie“ entstehen, durch Misserfolge, Fehlgeburten oder Nebenwirkungen. „Dadurch wird aber die Argumentation, ‚dem Leidenden zu helfen‘, für alle Patienten betrachtet inkonsistent“ (Wiesing 1993: 165).

Für die Betroffenen selbst stellt die künstliche Befruchtung aber unzweifelhaft die gewünschte und notwendige Behandlung ihrer Krankheit dar: „Unfruchtbarkeit ist eine Krankheit und assistierte Fertilisation deren bewährte Behandlungsmethode [...], es sind organische Gründe, die eine Schwangerschaft verhindern. [...] Wir sind dankbar, daß die Medizin vielen von uns bei unserem Wunsch nach einem Kind helfen kann“ (Selbsthilfegruppe „Ungewollte Kinderlosigkeit“ im Internet).

Ungewollte Kinderlosigkeit wird nicht mehr als persönliches Schicksal empfunden, sondern sie wird als allgemeines anonymes Risiko (als Risiko der körperlichen Unfruchtbarkeit) wahrgenommen, das potentiell jeden bzw. jedes Paar bedroht. Somit tritt sie neben andere Risiken wie Unfälle, Krankheit, Berufsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit und wird zu etwas Normalem.<sup>6</sup> Die Nachfrage nach der Behandlung ist normal ge-

<sup>6</sup> Zur Normalisierung des Berufsrisikos und zur Entstehung der entsprechenden Sozialversicherung vgl. die Ausführungen von F. Ewald 1993. Er erläutert, wie sich im Vorsorge- bzw. Wohlfahrtsstaat die Beziehung des Menschen zu sich ändert durch das Versicherungsdenken.

worden, weil dadurch die Chance eröffnet wird, das Leiden zu beheben, und zur Chance gehören dann neue Risiken.

## 5 Zusammenfassung der Aussagenanalyse

Strategie der Verantwortungsübertragung: Die ungewollte Kinderlosigkeit wird als Heilbehandlung verstanden, obwohl sie mit dem traditionellen Krankheitsverständnis eigentlich nicht erfasst werden kann. Das zeigt sich auch daran, dass sich die rechtliche Absicherung der Ärzte bei der Durchführung dieser Maßnahmen sehr schwierig gestaltet. Ein Arzt ist zur Durchführung von Heilbehandlungen berechtigt. Im Fall der Reproduktionsmedizin wie auch in anderen modernen biomedizinischen Feldern wie zum Beispiel der Transplantationsmedizin mit komplizierter Indikationsstellung müssten die Ärzte mehr Verantwortung übernehmen, als (berufs-)rechtlich abgesichert werden kann. In der Folge wird die Verantwortung an die Patienten übergeben und dies mit dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten begründet. Die ungewollt kinderlosen Paare selbst entscheiden sich auch teilweise für sehr risikoreiche Behandlungen, wenn sie sie als „letzte Chance“ wahrnehmen oder präsentiert bekommen.

Strategie der technischen Abstraktion: Viele Fachbegriffe, die verwendet werden, „betonen die Wissenschaftlichkeit der Verfahren“ (Steinberg 1989: 137), während die in den Praktiken betroffenen Personen nicht vorkommen. Sprechend ist zum Beispiel die Bezeichnung „In-vitro-Fertilisation“: Das ganze Verfahren wird bezeichnet durch den einzigen Aspekt, der außerhalb des Körpers der Frau durchgeführt wird, im Glas, während ansonsten die gesamte Behandlung an ihr bzw. in ihrem Körper vollzogen wird. Durch die Suggestion einer Technik, die wesentlich in einer Glasschale stattfindet, werden die Praktiken (sowie die menschliche Beteiligung und Gefährdung) ausgeblendet. Auch die so genannte „baby-take-home-Rate“ lässt eher an eine Theke denken, an der die Eltern vorbeigehen und ihr Baby einfach abholen können, um es mit nach Hause zu nehmen. Es werden demnach Vorstellungen von rein technischen Behandlungsabschnitten und eigenständigen Substanzen evoziert, die eine wissenschaftlich-objektive, saubere Vorgehensweise ohne die Beteiligung von menschlichen Körpern suggerieren.

Strategie der ökonomischen Abwägung: Eine weitere zentrale Strategie, die sich in vielen Texten findet, ist eine an die Wirtschaft angelehnte Kosten-Nutzen-Abwägung. Ich vermute, dass diese Abwägungen auch deshalb eine große Rolle spielen, weil auch die Sozialversicherung, die sich mit den Ergebnissen und Forderungen der bioethischen Diskussionen auseinandersetzen hat, letztlich einem ökonomischen Zweckdenken unterliegt. Argumente, die diesem Denken konform sind, lassen sich erfolgreich übernehmen. Diese ökonomischen Begriffe lassen sich vielfach in der Diskussion um die künstliche Befruchtung finden: Eizellen werden gewonnen, Samenzellen gespendet, die IVF-Techniken haben eine gute oder schlechte Erfolgsquote, ein hohes oder akzeptables Risiko. In letzter Instanz lassen sich sogar die zu erwartenden Steuer- und Sozialversicherungsbeiträge von durch künstliche Befruchtung gezeugten Kin-

dern gegen die Behandlungskosten aufrechnen, wie in einer Studie britischer Ökonomen geschehen. Sie kamen zu folgendem Ergebnis: „Sobald das Kind das Alter von 31 Jahren erreiche, hätten sich die Kosten der Reagenzglasbefruchtung amortisiert.“ Damit wären wieder die Verknüpfung zur Bevölkerungspolitik hergestellt. Die immer wieder gern diskutierte Frage lautet, welchen Beitrag die Reproduktionsmedizin zur Verhinderung der demographischen Krise leisten könne. In besagtem Artikel wird abschließend der Leiter der Forschergruppe zitiert: „Die Behandlung von Unfruchtbarkeit ist nicht nur für die Familie von Nutzen, sondern auch für die Wirtschaft“ (FAZ vom 21.06.06).

Diese verschiedenen, nebeneinander existierenden Strategien bewirken, dass die Verfahren der Reproduktionsmedizin als wissenschaftliche und isolierte Techniken erscheinen, dass Reibungsflächen für generelle Kritik in verschiedene Probleme zertrennt werden, dass die Belastungen für die einzelnen Beteiligten nicht zentral erfassbar sind etc. Über allem strahlt der „unvergleichlich hohe ethische Wert“ des eigenen Kindes. Damit wird vermutlich eine Vielfalt von anderen Möglichkeiten, mit ungewollter Kinderlosigkeit, mit dem Leiden daran, mit dem Wunsch nach einem Kind umzugehen, aus dem Blick gerückt und auf das reproduktionstechnisch ermöglichte „eigene“ Kind reduziert.

### Literatur

- BGH vom 3.3.2004 - VersR 2004, 588-590  
 BSG vom 3.4.2001 - B1 KR 22/00 R - BSGE 88, 51-62  
 BSG vom 3.4.2001 - B1 KR 22/00 R; 17/00 R; 40/00 R - SGB 7/2001, 372-374  
 BSG vom 3.4.2001 - B1 KR 40/00 R - BSGE 88, 62-75  
 BSG vom 3.4.2001 - B1 KR 40/00 R - SGB 4/2002, 233-240  
 Deutsches IVF-Register (2004): Jahrbuch 2003, D.I.R. Bundesgeschäftsstelle bei der Ärztekammer Schleswig Holstein, Bad Segeberg  
 Deutsches IVF-Register (2005): Jahrbuch 2004, D.I.R. Bundesgeschäftsstelle bei der Ärztekammer Schleswig Holstein, Bad Segeberg  
 Donum vitae, hrsg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (2000): Instruktion der Kongregation für die Glaubenslehre über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung vom 10.3.1987, Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls Nr. 74, 5. Aufl., Bonn  
 Ewald, F. (1986): L'ordre normatif (livre IV), (unübersetztes) letztes Kapitel aus: ders.: L'État providence. Paris: Grasset, 383-606  
 Ewald, F. (1993): Der Vorsorgestaat. Frankfurt a. M.  
 FAZ (2006): Reagenzglas-Kinder stiften wirtschaftlichen Nutzen. In: FAZ vom 21.06.06  
 Foucault, M. (1981): Archäologie des Wissens. Frankfurt a. M.  
 Foucault, M. (1983): Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit Bd. 1. Frankfurt a. M.  
 Foucault, M. (1994): Les mailles du pouvoir. In: ders.: Dites et Écrits IV, hg. von D. Defert und F. Ewald. Paris: Gallimard, 182-201  
 Foucault, M. (1999): In Verteidigung der Gesellschaft. Frankfurt a. M.  
 Foucault, M. (2004a): Geschichte der Gouvernementalität I: Sicherheit, Territorium, Bevölkerung. Frankfurt a. M.  
 Foucault, M. (2004b): Geschichte der Gouvernementalität II: Die Geburt der Biopolitik. Frankfurt a. M.  
 Gehring, P. (2002): Autonomie als Diskursbaustein? Die „Informierte Einwilligung“ unter Machtgesichtspunkten. In: Schnell, M. W. (Hrsg.): Pflege und Philosophie. Bern, 23-34  
 Gehring, P. (2006): Was ist Biomacht? Vom zweifelhaften Mehrwert des Lebens. Frankfurt a. M., New York

- Graumann, S. (2003): Fortpflanzungsmedizin aus ethischer Sicht - alte und neue Fragen. In: Düwell, M./Steigleder, K. (Hrsg.): Bioethik. Eine Einführung. Frankfurt a. M., 246-257  
Klinik Bad Münders: <http://www.kinderwunsch.com/seite.asp?Seite=9&Sprache=1> [Stand 2004-08-13]
- Kluxen, W. (1990): Fortpflanzungstechnologien: Heilung oder Manipulation? In: *Arzt und Christ* 36, 147-156
- Kraske, M./Ludwig, U. (2005): Die Babygrenze. In: *Spiegel* 46, 108-118
- Lenzen-Schulte, M. (2004): Riskanter Kindersegen. In der Kritik: 'Mehrlingsepidemie' nach Reagenzglasbefruchtung. In: *FAZ* vom 17.9.04
- Link, J. (1999): Versuch über den Normalismus. Wiesbaden, Opladen, 2. Aufl.
- Lunshof, J. E. (2000): Genetische Beratung: Zwischen Nichtdirektivität und moralischem Diskurs. In: Düwell, M./Mieth, D. (Hrsg.): *Ethik in der Humangenetik*. Tübingen, Basel, 2. Aufl., 227-237
- Michelmann, H. W./Hinney, B. (1990): In-vitro-Fertilisation. Wissen wir, was wir tun? In: *Ethik in der Medizin* 2, 13-21
- Müller-Jung, J. (2005): Retortenkinderlosigkeit. In: *FAZ* vom 12.12.05
- Orland, B. (2001): Spuren einer Entdeckung. (Re-)Konstruktionen der Unfruchtbarkeit im Zeitalter der Fortpflanzungsmedizin. In: *Gesnerus* 58, 5-29
- Pompey, H. (1990): Das helfende diakonische Gespräch bei Kinderlosigkeit und reproduktionsmedizinischer Behandlung. In: *Arzt und Christ* 36, 157-171.
- Richtlinien über künstliche Befruchtung vom 14.8.1990 (erste Fassung, zum 1.10.1990). In: *Bundesarbeitsblatt* 12 (1990), 21 f
- (Änderung der) Richtlinien über künstliche Befruchtung vom 1.12.2003 (zum 22.1.2004), in: *DÄBl.* 2004, Download, zu recherchieren unter DARIS-Archivnr. 1003686244
- Saborowski, Maxine (2005): Der „ethische Wert“ eines „eigenen Kindes“. Normalisierende Techniken und Bevölkerungsdenken in einer Biopolitik der Reproduktionsmedizin. Magisterarbeit an der TU Darmstadt, unveröffentlicht
- Sass, H.-M. (1998): Ethische Aspekte moderner Reproduktionstechniken. In: Diedrich, K. (Hrsg.): *Endokrinologie und Reproduktionsmedizin III (Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe)*, München, Wien, Baltimore, 4. Aufl., 326-333
- Selbsthilfegruppe „Ungewollte Kinderlosigkeit“: <http://www.ungewollt-kinderlos.privat.t-online.de/index.html> [Stand 2004-08-13]
- Stauber, M. (1998): Artikel „Kinderlosigkeit/Kinderwunsch“. In: *Lexikon der Bioethik* Bd. 2, Gütersloh, 380-383
- Steinberg, D. L. (1989): Die Politik der Ausgrenzung. In: Bradish, P./Feyerabend, E./Winkler, U. (Hrsg.): *Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnologien. Vorträge vom 2. Bundeskongreß 1988*, München, 136-142
- Telus, M. (2001): Zwischen Trauma und Tabu. In: *DÄBl.* 98: A3430-3435 (H. 51-52)
- Wiesing, U. (1993): Die In-vitro-Fertilisation - Vom Einfluß einer Technologie auf die ärztlich Ethik. In: Ach, J./Gaidt, A. (Hrsg.): *Herausforderung der Bioethik*, Stuttgart, Bad Cannstatt (Reihe problemata 130), 157-173
- Wirges, V. (2004): Anmerkungen zum Urteil des LSG Essen vom 8.5.2003, *VersR*, 260-266

*Maxine Saborowski, Dipl. Soz.-Päd., M.A.*

Leibniz-Institut für Molekulare Pharmakologie, Maxine Saborowski

Campus Berlin-Buch, Robert-Rössle-Str. 10, 13125 Berlin, [m.saborowski@web.de](mailto:m.saborowski@web.de)

### Schlüsselwörter

Reproduktionsmedizin, künstliche Befruchtung, ungewollte Kinderlosigkeit, Bioethik, Biomacht, Bevölkerungspolitik