

Politikformulierung in der Fortpflanzungstechnologie: Partizipation und Einfluss feministischer Gruppierungen im internationalen Vergleich

Rothmayr, Christine

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Rothmayr, C. (2003). Politikformulierung in der Fortpflanzungstechnologie: Partizipation und Einfluss feministischer Gruppierungen im internationalen Vergleich. *Österreichische Zeitschrift für Politikwissenschaft*, 32(2), 189-200. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-60258>

Nutzungsbedingungen:

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

Terms of use:

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

Christine Rothmayr (Genf)

Politikformulierung in der Fortpflanzungstechnologie: Partizipation und Einfluss feministischer Gruppierungen im internationalen Vergleich

Der Artikel geht aus vergleichender Perspektive der Frage nach, ob die festgestellten beträchtlichen Unterschiede in den Politiken im Bereich der Fortpflanzungstechnologie auf eine je nach Land unterschiedlich starke und einheitliche Mobilisierung sowie erfolgreiche Partizipation feministischer und frauenpolitischer Gruppierungen zurückgeführt werden kann. Es werden sechs Länder verglichen, die Schweiz, Deutschland, Norwegen, Belgien, Italien und Kanada. Der Artikel kommt zu dem Schluss, dass für die „erste Generation“ von Politiken, die als Reaktion auf die Verbreitung und Routinisierung der In-vitro-Fertilisation erlassen wurden, von einem sehr beschränkten Einfluss feministischer Gruppen im Speziellen und Frauenorgansiationen im Allgemeinen auszugehen ist.

1. Einleitung

In verschiedenen europäischen Ländern stehen in jüngster Zeit Debatten um Fragen der Stammzellforschung im Scheinwerferlicht der Öffentlichkeit. Eine der Voraussetzungen für diesen neuen Forschungszweig wurde bereits Ende der 1970er Jahre mit der Entwicklung der In-vitro-Fertilisation (IVF) in Großbritannien gelegt. Die rasche Verbreitung und beginnende Routinisierung der IVF im Verlaufe der 1980er Jahre initiierte eine erste Phase der Thematisierung und Formulierung öffentlicher Politiken im Bereich der Fortpflanzungstechnologien (*artificial reproductive technologies*, ART). Auch wenn die Forschung an embryonalen Stammzellen ein junger Zweig der Wissenschaft ist, so hat die Frage, ob und wie der Staat in den Bereich von ART und der damit zusammenhängenden Frage der Forschung an Embryonen eingreifen soll, in den meisten nordamerikanischen und europäischen Ländern eine schon fast 20-jährige Geschichte. Gesetze der „ersten Generation“ werden heute durch neue Erlasse ergänzt und revidiert, oder Politiken der staatlichen

Nicht-Intervention fortgesetzt. Der vorliegende Beitrag fokussiert nicht primär auf die jüngsten Debatten, sondern untersucht die Entstehung der „ersten Generation“ von ART-Politiken.

Obwohl die Fortpflanzungsmedizin seit mehr als zwei Jahrzehnten ein politisches Thema ist, sind empirisch-vergleichende Untersuchungen zu den einschlägigen Politikformulierungs- und Entscheidungsprozessen dünn gesät (Rothmayr/Varone 2002, 131). Zu öffentlichen Politiken im Bereich der Reproduktion und Sexualität finden sich hingegen vergleichende Studien, die für meinen Beitrag von Relevanz sind. Die Geschlechter- und Frauenforschung hat sich namentlich mit der Frage des *Schwangerschaftsabbruchs* auseinandergesetzt und den Einfluss der Frauenbewegung auf die Politikformulierungsprozesse und den Inhalt der Politiken untersucht. So haben McBride Stetson et al. (2001) festgestellt, dass der Einfluss der Frauenbewegung von verschiedenen Faktoren wie der Stärke der Mobilisierung der Frauenbewegung und der Wichtigkeit des Themas abhängt. Senti (1994, 373) kam in einer Studie zur Durchsetzung gleichstellungspolitischer Forde-

rungen in unterschiedlichen Politikbereichen in der Schweiz ebenfalls zum Schluss, dass die Geschlossenheit der Frauenorganisationen eine notwendige, wenn auch keine hinreichende Erfolgsbedingung darstellt.

In der Abtreibungsfrage hat in fast allen europäischen und nordamerikanischen Ländern nicht zuletzt dank der Frauenbewegung eine Entkriminalisierung und Liberalisierung stattgefunden, wenn auch zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in unterschiedlich raschem Tempo. Differenzen in den Politikgehalten hinsichtlich ART sind jedoch nach wie vor beträchtlich. Länder wie die Schweiz oder Deutschland haben relativ strikte Regelungen erlassen, die verschiedene Techniken und Forschungen verbieten und unter Strafe stellen. Andere Länder, etwa Belgien, verfügen „lediglich“ über prozedurale Politiken (Lizenzierung) oder überlassen wie Kanada ART weitgehend der Selbstregulierung der Ärzteschaft (Hassenteufel 1987, 28–31 und 203–260; Salter 2001). Während ein lesbisches Paar in Belgien oder eine alleinstehende Frau in Italien ohne weiteres Zugang zu ART hat, beschränkt der Staat in der Schweiz den Zugang auf stabile bzw. verheiratete Paare – um nur einige illustrative Beispiele zu nennen.

Haben die Unterschiede in den Politikgehalten etwas mit einer je nach Land unterschiedlich starken und einheitlichen Mobilisierung, mit unterschiedlichen Präferenzen und einer unterschiedlich erfolgreichen Partizipation *feministischer Gruppierungen* im Speziellen oder *Frauenorganisationen* im Generellen zu tun? Zur Beantwortung dieser Frage schlage ich eine explorative Vorgehensweise ein. Zunächst diskutiere ich die Frage anhand des Falles Schweiz. Anschließend werden die Resultate der Schweizer Fallstudie mit dem Politikformulierungsprozess und den Resultaten in fünf weiteren Ländern verglichen. Es handelt sich dabei um Deutschland, Norwegen, Belgien, Italien und Kanada.

2. Analyserahmen

Die Fallstudie Schweiz und die weiteren Daten beruhen auf vorläufigen Ergebnissen aus

einem internationalen Forschungsverbund, dem „Comparative Policy Design Project“ (Bleiklie et al. 2003). Das Projekt untersucht ART-Politiken in elf europäischen und nordamerikanischen Ländern seit Beginn der 1980er Jahre und befasst sich mit den zwei klassischen Fragen der vergleichenden Politikanalyse: Wie und warum treffen Regierungen bestimmte Maßnahmen oder nicht (Heidenheimer et al. 1990)? Es hat zum Ziel, die unterschiedlichen Inhalte der Politiken (Policy Design) mittels eines Vergleichs von Fallstudien zu erklären.

Der Inhalt der öffentlichen Politiken (Stand April 2002) wurde entlang zweier Dimensionen kodiert. Untersucht wurde zunächst, wie stark die Politiken in die Autonomie der Zielgruppe, der Ärztinnen und Ärzte sowie der Forscherinnen und Forscher, interveniert (Howlett/Ramesh 1995, 81).¹ Schneider und Ingram (1993, 1997) argumentieren, dass insbesondere bei machtvollen Zielgruppen, deren Bild sozial positiv konstruiert ist, auf geringe Staatsintervention und eher auf Mechanismen privater Regulierung gesetzt wird. Der medizinische Sektor hat eine starke Tradition der Selbstregulierung. Die professionelle Autonomie ist dabei sowohl Resultat der Rationalisierung und Monopolisierung medizinischen Wissens seit dem 19. Jahrhundert als auch der Interaktion mit dem Staat, der die professionelle Autonomie garantiert (Hassenteufel 1987, 31). Mit Autonomie wird eine Dimension erfasst, die auch innerhalb des feministischen Diskurses aufgegriffen wird. Aus feministischer Sicht wird ART kritisch begegnet (z.B. Rudinow 2000, 2): Sie stellen die Selbstbestimmung der Frauen über die Reproduktion in Frage, setzen sie möglichen Risiken ökonomischer Ausbeutung und medizinischer Domination aus, und drängen bzw. reduzieren Frauen von Neuem in ihre Reproduktionsrolle, um einige der geläufigsten Argumente zu zitieren. Deshalb wird eine klare Beschränkung medizinischer Autonomie durch staatliche Intervention gefordert – wie weit diese gehen soll, ist jedoch umstritten.

ART eröffnen aber auch neue Möglichkeiten der Elternschaft; Debatten um Leihmutterchaft und postmenopausale Mutterchaft sprengen überkommene Vorstellungen „natürlicher“ Mut-

terschaft und entlarven die Differenz zwischen Mutter- und Vaterschaft, die traditionellerweise als naturgegeben („*mater semper certa est*“) verstanden wurde, als soziale Konstruktion (z.B. Fassin 2002). Wer zu welchen Techniken Zugang haben soll, an welche Bedingungen dies geknüpft ist und welches Mutter- und Familienbild dadurch gefördert wird, ist neben der Selbstbestimmung und dem Widerstand gegen technisch-medizinische Domination aus feministischer Sicht kontrovers. Entsprechend wurde die Frage des Zugangs durch potentielle Patientinnen und Patienten betrachtet, d.h. was sind die Voraussetzungen in Hinsicht sexueller Orientierung, Paarbindung und Zivilstand, die vom Staat gesetzt werden, um Zugang zu bestimmten ART zu haben.²

Um den Politikformulierungsprozess zu rekonstruieren und die Ergebnisse erklären zu können, wurde ein akteurszentrierter Ansatz (Scharpf 1997) gewählt. Politikinhalt werden in erster Linie betrachtet als Resultat der beteiligten einflussreichen³ Akteurinnen und Akteure, ihrer Präferenzen und ihres strategischen Handelns sowie der institutionellen Regeln, welche die Entscheidungsprozesse strukturieren, indem sie Handlungsoptionen eröffnen und beschränken (Weaver/Rockman 1993). Unser Forschungsprojekt nahm dabei Frauenorganisationen und feministische Gruppierungen nicht mehr oder stärker in den Fokus als andere Akteurinnen und Akteure.

Bezugnehmend auf den Vergleich von McBride Stetson et al. (2001, 294–295) zu Abtreibungspolitiken und der Bedeutung feministischer Mobilisierung können hier die folgenden drei Untersuchungshypothesen formuliert werden: Zunächst lässt sich vermuten, dass wir in der Fortpflanzungsmedizin *nicht* von einer Mobilisierung im Sinne einer Frauenbewegung ausgehen können. Dies ist eine These, die hier empirisch überprüft werden soll. Es liegen ansatzweise Vergleiche zwischen Politiken zu Abtreibung und zu ART im Hinblick auf die Mobilisierung feministischer Interessengruppen und Frauenorganisationen vor. Diese weisen darauf hin, dass nicht im gleichen Masse eine Mobilisierung stattfand, wie dies bei der Frage des Schwangerschaftsabbruchs der Fall war

(McBride Stetson 2001, 294), und dass die Positionen weniger einheitlich bzw. sogar gespalten waren (Moroni 1994, 119; Calloni 1991, 194–200). Während das Interesse an der Reform der Abtreibungspolitik unterschiedliche Frauengruppen zusammenbrachte (McBride Stetson 2001, 1), scheint dies in der ART-Debatte nicht der Fall zu sein. Es zeigen sich nicht nur zwischen Frauenorganisationen unterschiedlicher politischer Couleur verschiedene Positionen, sondern innerhalb feministischer Kreise herrscht Uneinigkeit, inwiefern eine staatliche Intervention die mit ART verbundenen Risiken so einzuschränken vermag, dass positive Aspekte für kinderlose Paare überwiegen, oder ob die Technologien grundsätzlich abzulehnen und zu verbieten sind (Richardt 1996). Des Weiteren soll der Frage nachgegangen werden, wessen Forderungen die Politikinhalt entsprechen. In Anlehnung an McBride Stetson et al. (2001, 12) werden die resultierenden Politikinhalt mit den Forderungen *feministischer Gruppierungen* verglichen und deren Einfluss wie folgt kategorisiert: (1) „positive Antwort“: feministische Gruppierungen sind am Politikprozess beteiligt und die Politikresultate entsprechen ihren Forderungen; (2) „negative Antwort“: Beteiligung ist vorhanden, die Resultate entsprechen aber nicht den Forderungen; (3) „vorwegnehmende Antwort“: keine Beteiligung, aber die Resultate entsprechen den Forderungen, und (4) „keine Antwort“: keine Beteiligung und Politiken entsprechen nicht den Forderungen. In einem zweiten Schritt gilt es ferner zu diskutieren, ob die Politikresultate gegebenenfalls näher bei den Forderungen anderer Frauenorganisationen oder -gruppen liegen, die nicht in erster Linie eine feministische Agenda verfolgen. Dabei gehen wir davon aus, dass feministische Gruppierungen eine starke staatliche Intervention in die Autonomie von Medizinerinnen und Forschern fordern und sich gleichzeitig dafür einsetzen, dass traditionelle Familien- und Rollenbilder durch die staatlichen Politiken nicht zementiert werden, d.h. der Zugang nicht auf verheiratete Paare beschränkt wird. Diese Präferenz-These ist ebenfalls ländervergleichend zu überprüfen. Schließlich können wir vermuten, dass feministische Organisationen am ehesten mit einer po-

sitiven Antwort rechnen können, wenn sie politische Partnerinnen und Partner finden, die ihre Forderungen teilen und entsprechende Ressourcen im Entscheidungsprozess verfügen. Dies könnte am ehesten der Fall sein, wenn feministische Organisationen in eine Linke eingebunden sind, die an der Regierung maßgebend beteiligt ist und die gleichen oder ähnliche Forderungen vertritt (McBride Stetson 2001, 285–287).

3. Der Fall Schweiz

3.1 Inhalt der Politiken und Verlauf des Politikformulierungsprozesses

Die Bundespolitik zu ART umfasst heute den in der Volksabstimmung 1992 angenommenen Verfassungsartikel zur Fortpflanzungsmedizin (Art. 119 BV)⁴, das vom Parlament Ende 1998 verabschiedet Fortpflanzungsmedizinengesetz (FmedG: SR: 814.90) und zwei Vollzugsverordnungen (VNEK: SR 814.903; VMedV: SR 814.902.2), die zusammen mit dem Gesetz im Januar 2001 in Kraft traten (ausführlich Rothmayr/Serdült 2003). Der Entwurf für ein Stammzellenforschungsgesetz liegt vor und wird im Laufe des Jahres 2003 vom Parlament behandelt.

Die Schweizer Politiken haben zum Ziel, das Wohl des Kindes zu sichern, Menschenwürde, Persönlichkeitsrechte und Familie zu schützen sowie Missbrauch zu verhindern. Die Bundespolitiken schränken die Forschungsmöglichkeiten und die ärztliche Praxis klar ein, indem sie eine Vielzahl von Techniken ganz verbieten und ferner definieren, unter welchen Bedingungen welche Techniken wann zur Anwendung kommen dürfen. Verboten ist die Leihmutterchaft, die Embryonen- und die Eispende, die Präimplantationsdiagnostik (PID) und die Geschlechtswahl, außer sie dient der Verhinderung der Übertragung einer schweren Erbkrankheit. Der Zugang zu ART ist auf stabile Partnerschaften, im Falle einer Samenspende auf verheiratete Paare beschränkt. Durch eine Kombination von Verboten mit Strafandrohung, Lizenzierungsmechanismen, Informations- und Berichterstattungspflichten und -rechten wird

vergleichsweise stark in die Anwendung von ART interveniert. Gleichzeitig schreibt das Schweizer Design eine traditionelle Familienpolitik fort, vor allem basierend auf der Idee des Wohls des Kindes; das Kind hat im Falle einer Samenspende auch das Recht auf Zugang zu den Informationen und zur Identität des Spenders.

Die geschilderten Politikinhalte sind das Resultat eines Politikformulierungsprozesses, der Mitte der 1980er Jahre seinen Anfang nahm. Dieser war gekennzeichnet durch eine Verschiebung von der Selbstregulierung durch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW 1981; 1985; 1990) und Regelungen auf der Ebene der Kantone hin zu Bundespolitiken. Er schloss bis heute zwei Volksinitiativen ein. Dieses Instrument erlaubte zunächst einmal, das Thema definitiv auf der Bundesagenda zu verankern. Wird eine Volksinitiative mit den nötigen Unterschriften eingereicht, so ist es für die Regierung zwingend, diese dem Parlament und dem Volk zu präsentieren. Sie kann ihr einen Gegenvorschlag gegenüber stellen. Die erste Initiative (sogenannte „Beobachterinitiative“) rahmte das Thema im Sinne des „Schutzes gegen Missbrauch der Fortpflanzungs- und Gentechnologie“. Dieser Problemzugang setzte sich im Politikformulierungsprozess durch und prägt die Zielsetzung sowohl des Verfassungsartikels wie des Fortpflanzungsmedizingesetzes. Nach der Annahme des Verfassungsartikels lancierten Vertreterinnen und Vertreter von totalen Verboten von IVF und heterologer Insemination zu Beginn der 1990er Jahre eine zweite Initiative. Diese wurde in der Volksabstimmung 2001 abgelehnt, beeinflusste aber indirekt die vorparlamentarische und parlamentarische Phase zur Verabschiedung des Fortpflanzungsmedizingesetzes. Schließlich ist zu erwähnen, dass die Embryonenforschung in ein anderes Gesetzesprojekt zur Forschung am Menschen ausgelagert wurde. Aus diesem wurde nun die Frage der Stammzell- und Embryonenforschung herausgelöst, um möglichst rasch die mit diesem neuen Forschungszweig verbundenen Probleme zu regeln. Vorgesehen ist die Zulassung der Gewinnung von Stammzellen aus überzähligen Embryonen.

3.2 Beteiligung von Frauenorganisationen und -gruppen am Politikformulierungsprozess

Die Schweizerische Konsensdemokratie verfügt über verschiedene Zugangs- und Vetopunkte, namentlich die Instrumente der direkten Demokratie. Im Zusammenhang mit den genannten Initiativen lässt sich festhalten, dass keine der beiden aus feministischen Kreisen lanciert wurde. Die erste und für die Rahmung prägende Initiative wurde von einer Bürger- und Konsumentenzeitschrift in der deutschsprachigen Schweiz auf den Weg gebracht, die zweite von religiösen Kreisen. Im Gegensatz zur Frage des Schwangerschaftsabbruchs wurde das Thema nicht durch eine Mobilisierung der Frauenbewegung auf die politische Agenda gesetzt (Moroni 1994, 108–109).

Feministische Gruppierungen sowie weitere frauenpolitische Organisationen und Institutionen beteiligten sich jedoch in anderer Form am Politikformulierungsprozess. Es handelte sich dabei um Interessengruppen unterschiedlicher Couleur, Frauengruppierungen innerhalb von Parteien sowie staatlichen Institutionen im Gleichstellungsbereich. Einflussreich waren die Frauengruppen innerhalb der Christlichdemokratischen Volkspartei (CVP) und der Sozialdemokratischen Partei (SPS), der Bund schweizerischer Frauenorganisationen, NOGERETE (Feministische Organisation gegen Gen- und Reproduktionstechnologie) und die Eidgenössische Kommission für Frauenfragen. Diese Akteurinnen nahmen eine skeptische Haltung gegenüber ART ein und befürworteten eine starke staatliche Intervention. Bei der Frage, wie weit diese Intervention jedoch gehen und was sie beinhalten sollte, divergierten die Meinungen. Ferner beruhten gleiche Forderungen bisweilen auch auf unterschiedlichen Begründungen.

Ein erster wichtiger Punkt, der von den obgenannten Akteurinnen betont wurde, war die Respektierung der Persönlichkeitsrechte und Selbstbestimmung der Frau und die Verhinderung einer Verstärkung von Rollenmustern; der Schutz des Embryos dürfe nicht zu ihren Lasten gehen. Um der Gefahr der Dominanz durch die Medizin zu begegnen, die Würde der Frau

zu schützen und einer Verwendung eugenischer Zwecke vorzubeugen, sollten verschiedene Techniken verboten und Informations- sowie Widerrufsrechte verankert werden. Alle fordernden Verbote der Leihmutterchaft, der Eispende, und der PID. Ob aber IVF ganz zu verbieten sei, war umstritten. NOGERETE z.B. trat für ein totales Verbot ein, während andere dieses ablehnten und eine strikte Einschränkung des Erlaubten bevorzugten. Ob und inwiefern neben dem Schutz der Würde der Frau auch die Familie zu schützen sei, war strittig. Einige Akteurinnen traten für keine Beschränkung auf verheiratete und Konkubinatspaare ein (Eidg. Frauenkommission, SPS-Frauen), andere befürworteten eine solche. Auch darüber, ob ein Zwang zur Mehrlingsgeburt verankert werden sollte, waren die Meinungen geteilt. Bisweilen waren auch die Ansichten innerhalb der einzelnen Gruppen und Organisationen gespalten, insbesondere zur Frage des totalen Verbots von IVF und Eispende (Eidg. Frauenkommission, SPS-Frauen). Als Zwischenresultat lässt sich festhalten, dass feministische Gruppierungen sowie andere Frauenorganisationen am Politikformulierungsprozess zwar beteiligt waren, zu den Politikgehalten jedoch keine Einigkeit herrschte und wir nicht von einer gemeinsamen und starken Mobilisierung sprechen können.

Eine Mehrheit der Akteurinnen und Akteure von beiden Seiten des politischen Spektrums setzte sich für ein starkes staatliches Eingreifen ein. Die Freisinnige Partei (FDP), und Teile der SPS, der CVP und der Schweizerischen Volkspartei (SVP) – alle vier in der Regierung vertreten und zusammen über eine deutliche parlamentarische Mehrheit verfügend – wollten klare Grenzen setzen, jedoch ohne IVF und heterologe Insemination ganz zu verbieten.⁵ Die Meinungen innerhalb der SPS und der CVP waren jedoch geteilt; totale Verbote einzelner Techniken wurden von einem Teil der RepräsentantInnen dieser Parteien unterstützt. Ferner unterstützten kleinere linke Parteien totale Verbote, namentlich die Grünen sowie die Evangelische Partei (Zentrum). Von den Regierungsparteien nahm die FDP die liberalste Haltung ein, und setzte sich für die Zulassung der

Eispende und PID ein. Kurzum: Eine klare Mehrheit im Parlament unterstützte ein relativ starkes Eingreifen; ein beachtlicher Teil von beiden Seiten des politischen Spektrums sprach sich sogar für ein vollständiges Verbot der IVF aus, jedoch basierend auf unterschiedlichen Werten.⁶ Einerseits gründete eine Verbotsforderung auf christlich-religiösen Motiven, andererseits auf einer kritischen Haltung gegenüber dem technischen und wissenschaftlichen Fortschritt.

3.3 Welcher Einfluss?

Ein Vergleich der Forderungen feministischer Gruppierungen mit den verabschiedeten Politiken bringt ein ambivalentes Resultat zu Tage. Sie gehen aus Sicht feministisch-linker Akteurinnen, etwa NOGERETE, die ein vollständiges Verbot der IVF und jeglicher Embryonenforschung gefordert hatten, nicht weit genug. Der Schutz der Familie ist Teil der Regelungen und der Zugang wurde auf verheiratete und stabile Paare beschränkt. Auch dies entsprach nicht den Forderungen feministischer Akteurinnen, jedoch denen der CVP-Frauen und der bürgerlichen Mehrheit. Schließlich ist auch auf die ungelöste Frage der Embryonenforschung zu verweisen. In bezug auf feministische Organisationen (NOGERETE, Teile der SPS, Grüne) würde ich daher für die Schweiz im Sinne der Kategorisierung McBride Stetsons von einer „negativen Antwort“ sprechen. In bezug auf die Forderungen der anderen obgenannten Organisationen sieht die Bilanz jedoch positiver aus.

Es stellt sich die Frage, ob dies das Resultat eines „gendering“ des Themas war. Daran sind Zweifel angebracht. Die Beteiligung von Frauen- und feministischen Organisationen hat zwar zur Verabschiedung restriktiver Politik beigetragen, ihr Einfluss ist aber nur im Kontext einer breiten Koalition aufgrund unterschiedlicher Motive zu verstehen, die – je nach politischer Ideologie – mehr auf einer technologiekritischen Haltung (links) oder einer eher christlich verankerten Motivation zum Schutz des Lebens und der Menschenwürde beruhte (Mitte). Innerhalb der Linken spielten feministische Argumente eine klare Rolle, im rechten Spektrum scheinen jedoch christlich-religiöse Motive und der Schutz der Familie wichtiger gewesen zu sein. Dies zeigt, dass auch eine bürgerlich dominierte Regierung im Falle von ART zu Politikinhalt führen kann, die zwar nicht den feministischen Forderungen entsprechen, ihnen aber nicht diametral entgegenstehen.

4. ART Politiken im Vergleich

Um die Schweizer Befunde zu vergleichen, wurde eine Kombination aus einer „most similar“ und „most dissimilar case“-Strategie gewählt, und zwar aufgrund der Ausprägung der abhängigen Variablen. In einem ersten Schritt werden Länder mit vergleichbar restriktiven Politiken wie in der Schweiz untersucht; hierzu gehören Deutschland und Norwegen. Anschließend werden die Ergebnisse mit einer zweiten Gruppe von Ländern kontrastiert, Belgien, Italien und Kanada, in denen wir eine sehr geringe oder gar keine staatliche Intervention finden.

Tabelle 1: Vergleich der Politikinhalt

		Zugang	
		Beschränkung auf verheiratete oder stabile Paare	Keine Beschränkung
Intervention	stark	Deutschland, Schweiz, Norwegen	
	gering		Belgien, Italien, Kanada

4.1 Deutschland und Norwegen: Einbindung feministischer Anliegen in die links-ökologische Mobilisierung

Norwegen und Deutschland weisen starke Parallelen im Policy-Design zur Schweiz auf. Alle drei intervenieren stark in die medizinische Praxis und Forschung, indem sie eine Mehrzahl von Praktiken verbieten und unter Strafe stellen. In allen drei Ländern ist Leihmutterchaft, Embryonen- und Eispende, PID und Nutzung von IVF zur Schaffung von Embryonen zu Forschungszwecken verboten; ferner haben in allen drei Ländern nur Paare Zugang.

In punkto der Akteurskonstellation wie auch der Mobilisierung der Frauen weisen Deutschland und Norwegen deutliche Parallelen mit der Schweiz auf. Bleiklie (2003) zeigt für Norwegen auf, dass sich grundsätzlich zwei Akteursgruppen gegenüberstanden: die Technologie-Optimisten, welche keine oder eine geringe Intervention befürworteten, und die Technologie-Pessimisten, welche sich für eine strikte Beschränkung von ART stark machten. Innerhalb der letzteren Gruppe finden sich wie in der Schweiz Proponenten mit sehr unterschiedlichem Hintergrund, die einerseits basierend auf „pro life“- und religiösen Argumenten für eine starke Staatsintervention eintraten. Andererseits basierte die Ablehnung auf grünen und feministisch-linken Werthaltungen.

In Deutschland finden wir eine ähnliche Konstellation (Rothmayr/Ramjoué 2003). Eine starke staatliche Intervention wird von beiden Seiten des politischen Spektrums gefordert. Die sozialdemokratische und grüne Opposition forderte vergleichsweise noch restriktivere, und vor allem umfassendere, sich nicht auf den Embryonenschutz beschränkende Politiken als die Regierungskoalition aus CDU/CSU und Liberalen (FDP). Die Grünen betrachteten IVF als ein Instrument zur Kontrolle des reproduktiven Verhaltens von Frauen und argumentierten, IVF sei nicht eine Therapie, sondern eine zweifelhafte experimentelle Technik, welche beträchtliche Risiken für Frauen einschleife und zudem das Tor für eugenisches Denken und Handeln öffne. Sie setzten sich daher für ein vollständiges Verbot der IVF und jeglicher Form der

Embryonenforschung ein (BT-Drs. 11/8179). Die grün-feministische Kritik mobilisierte ab Mitte der 80er Jahre mittels Kongressen gegen ART (Betta 1995, 115). Im Vergleich zu den Grünen nahmen die Sozialdemokraten eine weniger radikale Haltung ein, verlangten aber gleichwohl restriktive Politiken; sie forderten aber eine weitere Fassung bundesrechtlicher Vorschriften, die sich nicht auf eine strafrechtliche Verankerung des Embryonenschutzes beschränkte (vgl. BT-Drs. 11/5710, 11/8191 und 11/8192).

In beiden Ländern lässt sich eine Beteiligung feministischer Gruppierungen feststellen. Feministinnen waren in die linke, grün-alternative Mobilisierung gegen Gentechnologie und ART eingebunden. Feministische Gruppierungen wie auch andere Frauenorganisationen hatten in diesen Ländern eine kritische Haltung gegenüber ART, die von der Forderung nach totalem Verbot der IVF und der Insemination mit Spendersamen bis zur Setzung klarer Limits, jedoch ohne totale Verbote, reichte. Im Gegensatz zur Schweiz, und vermutlich auch zu Norwegen, lässt sich in Deutschland am ehesten von einer eigentlichen feministischen Mobilisierung sprechen, die für totale Verbote eintrat.

Ferner finden sich klare Parallelen in bezug auf die Akteurskonstellation. Sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland traten die Christdemokraten ebenfalls für restriktive Lösungen ein und wurden von kirchlichen Kreisen unterstützt. Der Umstand, dass die Politiken in diesen beiden Ländern restriktiv ausfielen, hat aber wiederum nur bedingt mit dem Einfluss von Frauenorganisationen und feministischen Gruppen zu tun. Wie in der Schweiz spielten innerhalb der Linken feministische Argumente eine Rolle. Der starke Fokus auf den verfassungsmäßigen Embryonenschutz, der nicht zuletzt mit der Abtreibungsdebatte und der Intervention des Bundesverfassungsgerichts in den 1970er Jahren zusammenhängt (Wilde 2001), und nicht etwa eine feministische Mobilisierung war entscheidend für die Durchsetzung restriktiver Politiken; in Norwegen lässt sich ebenfalls eine Verknüpfung mit der Abtreibungsdebatte beobachten. Zu guter Letzt muss noch festgehalten werden, dass in den drei

Ländern keine grundlegenden Unterschiede zwischen den von Frauenorganisationen (des linken) Spektrums unterstützten Politiken bestehen.

In bezug auf den Einfluss feministischer Organisationen lässt sich daher in Deutschland und Norwegen nicht von einer „positiven Antwort“ sprechen. Innerhalb der Debatte zwischen sehr restriktiven und restriktiven Politiken setzten sich entgegen der Forderungen der Feministinnen die „nur“ restriktiven durch.

4.2 Italien, Belgien und Kanada: geringe staatliche Intervention

Die Politikinhalte in Italien, Belgien und Kanada kontrastieren scharf mit den bisher beschriebenen. Der Politikformulierungsprozess in diesen Ländern ist auf der nationalen Ebene durch eine Reihe gescheiterter Vorlagen bzw. eine Adaption minimaler prozeduraler Regeln gekennzeichnet.

In Belgien (Schiffino/Varone 2003) beschränken sich öffentliche Politiken weitgehend auf die Lizenzierung medizinischer Zentren, welche ART praktizieren – sieht man einmal ab von der Schaffung einer nationalen Bioethikkommission. Es handelt sich dabei um prozedurale Regeln, die keine konkreten inhaltlichen Ziele verfolgen im Hinblick darauf, was praktiziert werden darf. Auch wenn nichts ausdrücklich verboten ist, ist Belgien, wie Schiffino und Varone argumentieren, kein „bio-ethisches Paradies“. Ethische Richtlinien werden auf der Ebene der Kliniken und ART-Zentren festgelegt. Gemäss dem Prinzip der Versäulung (Lijphart 1975) folgen die einzelnen Spitäler den religiösen und philosophischen Trends „ihrer“ Säule, d.h. sie praktizieren und forschen nach ihrer jeweiligen Deontologie. Unterschiede in dem, was als ethisch vertretbar eingestuft wird, werden gegenseitig akzeptiert.

Verschiedene Versuche, substantielle Politiken zu formulieren und zu verabschieden, scheiterten. Diese Dominanz von Nicht-Entscheiden erklären Schiffino und Varone mit einer Kombination verschiedener Faktoren: die Zusammensetzung der Regierungskoalition und

die Interessen der bis 1999 dominierenden Christlich-Sozialen, die mit der Entkriminalisierung der Abtreibung gemachten Erfahrungen und der Umstand, dass anderen bio-ethischen Themen Priorität gegeben wurde. Ferner erschwert die Mehr-Ebenen-Politik im belgischen Föderalismus sowie der Wertpluralismus in der belgischen Gesellschaft und unter den Medizinerinnen eine Einigung auf substantielle Beschränkungen. Damit geht eine geringe oder sogar vernachlässigbare Mobilisierung von „beneficiaries“, d.h. verschiedener Interessengruppen, einher. Dies gilt sowohl für feministische Interessengruppen als auch für andere Gruppierungen. Der fehlende Druck von unten trug, wie Schiffino und Varone argumentieren, zum Scheitern der Vorlagen und zur Beschränkung auf prozedurale Regeln bei. Das Feld wurde weitgehend den medizinischen Experten und Expertinnen überlassen, die ihrerseits den Wertpluralismus und die Selbstregulierung auf der lokalen Ebene fortsetzen wollten und auch konnten. Dementsprechend lässt sich in Bezug auf den Einfluss von „keiner Antwort“ sprechen.

Wie in Belgien überwiegen in Italien (Ramjoué/Klöti 2003; Neresini/Bimbi 2000) bis jetzt die gescheiterten Gesetzgebungsversuche. Es bestehen einige Verordnungen zu ihrer Anwendung innerhalb des nationalen Gesundheitssystems. Das Scheitern substantieller Politiken erklären Ramjoué und Klöti (2003) durch die Kombination zweier sich überschneidender gesellschaftlicher Spaltungen: Katholiken und Säkularisten einerseits sowie Zentrum-Links- und Zentrum-Rechts-Parteien andererseits. Hinzu kommen institutionelle Faktoren (z.B. Zweikammer-System), welche zum Scheitern verschiedener Vorlagen beigetragen haben.

Die Spaltung zwischen Katholiken und Säkularisten zeigt sich sowohl innerhalb der Ärzteschaft, was mit einer schwachen Selbstregulierung einhergeht, als auch innerhalb der gesellschaftlichen Interessengruppen. Dies trifft auch auf Frauengruppen zu (Calloni 2001, 195). Links-Mitte-Parteien traten für relativ permissive Politiken ein, während Katholiken und Konservative die Debatte dazu nutzten, Gegenentwürfe zur erfolgten Liberalisierung der Ab-

treibung einzubringen. Feministinnen und Abtreibungsbefürworterinnen konstruierten daher eine Plattform, um restriktive Politiken, welche die bisherigen Errungenschaften in Frage stellen würden, abzuwenden und engagierten sich im Rahmen verschiedener Patientinnenorganisationen (*Tavolo di donne sulla Bioetica*, z.B. *Madre Provetta, Madre per scelta*). Im Gegensatz zur Abtreibungsdebatte führte die IVF-Debatte aber nicht zu einer ähnlich starken Mobilisation, wie sie in den 1970er und 1980er Jahren zu beobachten gewesen war. Auch staatliche Organisationen aus dem Gleichstellungsbereich waren nur am Rande involviert (ebd., 199). Das Resultat entspricht insofern den Präferenzen der linken und feministischen Frauengruppierungen, als keine restriktiven Politiken adaptiert wurden. Deshalb sowie auf Grund der geringen Mobilisierung spricht Calloni von einer „vorwegnehmenden Antwort“. Dem ist entgegenzuhalten, dass das Scheitern und der fehlende rechtliche Rahmen im privaten Sektor nach unseren Kenntnissen nicht den von feministischen Organisationen gewünschten Politiken entsprechen. Daher tendiere ich dazu, Italien ebenso wie Belgien der Kategorie „keine Antwort“ zuzuordnen.

Auch Kanada gehört zur Gruppe der Länder, in denen der Politikformulierungsprozess in erster Linie durch das Scheitern verschiedener Vorlagen geprägt ist. Montpetit (2003) zeigt auf, dass Frauenorganisationen und -interessengruppen enge Beziehungen zu *Health Canada* pflegten, das mit der Ausarbeitung von Gesetzesvorlagen betraut war. Das *Health Canada Women Health Bureau* hatte für die Konsultation verschiedene Fraueninteressengruppen mobilisiert. Montpetit kommt zum Schluss, dass die mit der Ausarbeitung beauftragte Einheit, die *Health Policy and Communication Branch*, auf die verschiedenen Anliegen des Frauennetzwerkes⁷ einging. Im Unterschied zum Pro-Life-Netz waren die Positionen innerhalb des Frauennetzwerkes jedoch wesentlich weniger einheitlich. Insgesamt vertreten die Frauenorganisationen im Vergleich zum Ärzte-Netzwerk deutlich restriktivere Positionen, jedoch weniger restriktive als das Pro-Life-Netzwerk. Der Umstand, dass keine nati-

onalen Politiken verabschiedet wurden, entspricht nicht den im Konsultationsprozess geäußerten Perspektiven der Fraueninteressengruppen. Die unterschiedlichen Positionen, die Frauenorganisationen einnahmen, und die Haltung des *National Action Committee on the Status of Women*, das in der Konsultation auf die unterschiedlichen Positionen innerhalb der Frauen hinwies, schwächten sicher den Einfluss, erklären jedoch nicht das Scheitern der Vorlage. Montpetit sieht die Gründe hierfür in der föderalen Organisation, welche Gesundheitsfragen den Provinzen zuschreibt. Probleme der medizinischen Praxis werden dabei von den Medical Colleges selbstregulierend angegangen. Die Ärzteschaft hatte ein Interesse, diese Selbstregulierung zu bewahren, und die Provinzen keinen Anreiz, sich auf der Bundesebene für nationale Politiken einzusetzen. Hinzu kam, dass die Regierung aus verschiedenen parteipolitischen und wahlstrategischen Gründen nur bedingt substantielle Bundespolitiken wollte. Die bisher in Kanada resultierenden Politiken entsprechen also einer „negativen Antwort“.

Die Muster, die wir für Belgien, Kanada und Italien feststellen können, sind grundsätzlich verschieden von denjenigen in der Schweiz, Deutschland und Norwegen. In Italien scheinen feministische Anliegen in die Politik der Linken eingeflossen zu sein, jedoch ohne dass feministische Organisationen direkt an den (gescheiterten) Politikformulierungsprozessen beteiligt gewesen wären; ganz im Gegensatz zu Deutschland und der Schweiz trat in Italien die Linke und die darin eingebetteten Frauenorganisationen aber nicht für restriktive Politiken ein. In Belgien lässt sich keine Beteiligung und auch keine Mobilisierung beobachten; dies trifft auch für andere Interessengruppen zu. In Kanada waren Frauenorganisationen und -gruppen in die Ausarbeitung der gescheiterten Vorlagen eingebunden. Sie positionierten sich zwischen Pro-Life-Gruppen und der Ärzteschaft. Die bisherigen Vorlagen scheiterten alle und die resultierenden Politiken entsprechen nicht den, wenn auch heterogenen Präferenzen des „*women's network*“, sondern denen der Ärzteschaft.

5. Schlussfolgerungen

Dieser Artikel versteht sich als eine erste Annäherung an die Frage nach der erfolgreichen Beteiligung feministischer Gruppierungen und Frauenorganisationen am Politikformulierungsprozess anhand der „ersten Generation“ von Politiken, die im Zusammenhang mit der Verbreitung und Routinisierung der IVF von Ende 1980er bis Ende 1990er Jahre formuliert wurden. Die zur Verfügung stehenden Daten erlauben einen ersten, wenn auch groben Vergleich für sechs ausgewählte Länder.

Zunächst lässt sich festhalten, dass Frauenorganisationen und -gruppen nicht in allen untersuchten Ländern gleichermaßen am Politikformulierungsprozess beteiligt waren und darauf Einfluss nahmen. Die unterschiedlich starke Beteiligung scheint damit zusammenzuhängen, ob das Thema überhaupt zu einer öffentlichen Debatte und Mobilisierung gesellschaftlicher Akteurinnen und Akteure geführt hat. Dies scheint zumindest in Belgien nicht und in Italien nur sehr eingeschränkt der Fall gewesen zu sein. Ferner lässt sich feststellen, dass – anders als in der Frage des Schwangerschaftsabbruchs – nicht von einer Mobilisierung im Sinne einer Frauenbewegung im Bereich der Fortpflanzungsmedizin gesprochen werden kann, allenfalls mit Ausnahme Deutschlands. Die Resultate scheinen damit die erste These zu bestätigen, dass im Unterschied zur Abtreibungsdebatte nicht von einer gemeinsamen Mobilisierung unterschiedlicher Frauenorganisationen gesprochen werden kann. Dies dürfte mit dem allgemeinen Abflachen der Frauenbewegung in den 1990er Jahren zusammenhängen, oder aber in den wenig einheitlichen Präferenzen begründet sein.

Die Politikpräferenzen variieren nicht nur innerhalb der feministischen Akteurinnen und Frauenorganisationen eines Landes, sondern auch über die Länder hinweg. Die feministisch-technologiekritische Präferenz für äußerst restriktive Politiken, wie wir sie in Deutschland, Norwegen und der Schweiz beobachten konnten, fehlen in Italien und Belgien. Auch in Kanada waren die – wenn auch heterogenen – Präferenzen der Akteurinnen des Frauennetzwerkes

zwar restriktiver als diejenigen der Ärzteschaft, aber insgesamt weniger auf totale Verbote abzielend als dies in Deutschland, Norwegen und der Schweiz der Fall war. Gleichzeitig lässt sich beobachten, dass in Italien und Belgien auch die Linke eine andere Haltung einnahm als dies in Deutschland, Norwegen und der Schweiz der Fall war. Diese Befunde widersprechen der eingangs aufgestellten länderübergreifenden Präferenz-These.

Schließlich stimmen die Politikresultate aus unterschiedlichen Gründen nicht mit den Forderungen feministischer Organisationen überein. In Belgien, Italien und Kanada hängt dies mit dem Scheitern von Vorlagen zusammen. In der Schweiz, Deutschland und Norwegen entsprechen die Resultate nicht den Forderungen feministischer Akteurinnen, die starke staatliche Intervention ist ihren Forderungen jedoch nicht grundlegend entgegengesetzt. Hierfür dürfte die Akteurskonstellation verantwortlich sein, bei der die Linke noch restriktivere Politiken forderte als die Rechte. Ob eine von der Linken dominierte Regierung den Forderungen mehr Nachhalt verschafft hätte, ist zwar anzunehmen, lässt sich aufgrund der untersuchten Fälle jedoch nicht überprüfen.

Zur Zeit werden in verschiedenen Ländern die Politiken der „ersten Generation“ ergänzt und revidiert. Die Resultate dieses Artikels verstehen sich denn auch als Basis für eine Längsschnittuntersuchung der Beteiligung feministischer Gruppen und anderer Frauenorganisationen an den Entscheidungsprozessen im Bereich der Biomedizin. Ein erster, wenn auch oberflächlicher und subjektiver Eindruck der jüngsten Debatten weist darauf hin, dass sich in einigen Ländern, etwa in Belgien und Deutschland, eine stärkere Beteiligung feministischer Akteurinnen abzeichnet. Um eine Bilanz aus vergleichender Perspektive zu ziehen, und den Einfluss auf die jüngsten Politiken zu untersuchen, ist es jedoch noch zu früh.

ANMERKUNGEN

- 1 Autonomie meint, wie viel Entscheidungsfreiheit ÄrztInnen und ForscherInnen haben um zu entscheiden, welche Techniken sie wie praktizieren möchten

- und welche Art von Forschung sie wie betreiben. Aufgrund eines detaillierten *Coding* wurden die öffentlichen Politiken entlang der Dimension der Stärke der staatlichen Intervention in starke, mittlere und schwache Autonomie eingeteilt.
- 2 In Bezug auf den Zugang werden zwei Kategorien unterschieden: ‚auf verheiratete oder Konkubinatspaare beschränkt‘ und ‚keine Zugangsbeschränkungen‘ (siehe Tabelle 1). Finanzielle Aspekte des Zugangs werden in diesem Artikel nicht berücksichtigt.
 - 3 Zur Identifizierung von Einfluss wurde methodisch auf eine Kombination aus Reputations- und den Entscheidungsansatz zurückgegriffen (vgl Lauman/Knoke 1987).
 - 4 Ursprünglich Verfassungsartikel zu Biotechnologie und Fortpflanzungsmedizin, 24novies BV.
 - 5 Parteienstärke 1987/1991/1995 im Nationalrat (200) und im Ständerat (46): FDP: 51/44/45 und 14/18/17, CVP: 42/36/34 und 19/16/16, SPS 41/41/54 und 5/3/5, SVP: 25/25/25 und 4/4/5.
 - 6 Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, Nationalrat und Ständerat; Ständerat: 1990: 477-493; 1991: 250-457, 615; Nationalrat: 1991: 556-567, 588-636, 1288,1408.
 - 7 Dazu gehörten *Feminist Alliance on New Reproductive and Genetic Technologies*, *National Action Committee on the Status of Women*, *National Association of Women and the Law*, *Women's Health Clinic*, *Winnipeg Women's Health Clinic*, *The National Council of Women of Canada*, *REAL Women of Canada*.
- LITERATURVERZEICHNIS**
- Betta*, Michaela (1995). Embryonenforschung und Familie. Zur Reproduktion in Grossbritannien, Italien und der Bundesrepublik, Frankfurt.
- Bleiklie*, Ivar (2003). Legislation for Protection: Why Norway Designed Restrictive Policies in the Field of ART, in: Ivar *Bleiklie*/Malcolm Goggin/Christine Rothmayr (eds.): *Comparative Biomedical Policy: Governing Assisted Reproductive Technologies*, London, New York (im Erscheinen).
- Bleiklie*, Ivar/Malcolm Goggin/Christine Rothmayr (eds.) (2003). *Comparative Biomedical Policy: Governing Assisted Reproductive Technologies*, London, New York (im Erscheinen).
- Bundesärztekammer* (1988). Richtlinien zur Durchführung der In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryotransfer und des intratubaren Gameten- und Embryotransfers als Behandlungsmethode der menschlichen Sterilität, in: Deutsches Ärzteblatt 85, 2303–2306.
- Bundesärztekammer* (1998). Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion, in: Deutsches Ärzteblatt 95(49), A-3166–3171.
- Calloni*, Marina (2001). Debates and Controversies on Abortion in Italy, in: Dorothy *McBride Stetson* (ed.): *Abortion Politics, Women's Movements, and the Democratic State. A Comparative Study of State Feminism*, Oxford, 118–203.
- Fassin*, Eric (2002). La nature de la maternité. Pour une anthropologie de la reproduction, in *Journal des anthropologues* No.88–89: *Médecine et biologie: chimères et productions du social*.
- Hassenteufel*, Patrick (1997). Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne, Paris.
- Heidenheimer*, Arnold J./Hugh *Hecllo*/Carolyn *Teich Adams* (1990). *Comparative Public Policy. The Politics of Social Choice in America, Europe, and Japan*, New York.
- Howlett*, Michael/M *Ramesh* (1995): *Studying Public Policy: Policy Cycle and Policy Subsystems*, Toronto.
- Laumann*, Edward/David *Knoke* (1987). *The Organizational State: Social Choice in National Policy Domains*, Madison.
- McBride Stetson*, Dorothy (ed.) (2001). *Abortion politics, women's movements, and the democratic state. A Comparative Study of State Feminism*, Oxford.
- Montpetit*, Eric (2003): *Policy Networks, Federalism and Managerial Ideas: How ART Non-Decision in Canada Safeguards the Autonomy of the Medical Profession*, in: Ivar *Bleiklie*/Malcolm *Goggin*/Christine *Rothmayr* (eds.): *Comparative Biomedical Policy: Governing Assisted Reproductive Technologies*, London, New York (im Erscheinen).
- Moroni*, Isabelle (1994). Processus de politisation des problèmes et mouvements féministes: le cas de l'avortement et de la procréation assistée en Suisse, in: *Annuaire suisse de science politique, Femmes et politiques* 34, 99–122.
- Nerisini*, *Federico*/Franca *Bimbi* (2000). The Lack and the «Need» of Regulation for Assisted Fertilization: The Italian Case, in: Ann *Rudinow Saetnan*/Nelly *Oudshoorn*/Marta *Kirejczyk*: *Bodies of technology. Women's involvement with reproductive medicine*, Columbus, 1–30.
- Ramjoué*, Celina/Ulrich *Klöti* (2003): *Assisted Reproductive Technology Policy in Italy: Explaining the Lack of Comprehensive Regulation*, in: Ivar *Bleiklie*/Malcolm *Goggin*/Christine *Rothmayr* (eds.): *Comparative Biomedical Policy: Governing Assisted Reproductive Technologies*, London, New York (im Erscheinen).
- Richardt*, Nicole (1996). *Feminist discussion on IVF in the USA*, in: *Biomedical Ethics*, 1 (2), Internet: <http://www.izew.uni-tuebingen.de/bme/96010204.htm>.
- Rothmayr*, Christine/Frédéric *Varone* (2002): *Debate: „Biopolitics“ and the missing political scientists*, Introduction, in: *Swiss Political Science Review* 8 (3/4), 129–134.
- Rothmayr*, Christine/Uwe *Serdült* (2003). *Switzerland: Policy design and direct democracy*, in: Ivar *Bleiklie*/Malcolm *Goggin*/Christine *Rothmayr* (eds.) (2003): *Comparative Biomedical Policy: Governing Assisted Reproductive Technologies*, London, New York (im Erscheinen).
- Rothmayr*, Christine/Celina *Ramjoué* (2003). *Germany: ART Policy as Embryo Protection*, in: Ivar *Bleiklie*

- Malcolm Goggin/Christine Rothmayr (eds.): *Comparative Biomedical Policy: Governing Assisted Reproductive Technologies*, London, New York (im Erscheinen).
- Rudinow Saetnan, Ann (2000). Women's Involvement with Reproductive Medicine: Introducing Shared Concepts, in: Ann Rudinow Saetnan/Nelly Oudshoorn/Marta Kirejczyk: *Bodies of technology. Women's involvement with reproductive medicine*, Columbus, 1–30.
- Schiffino, Nathalie/Frédéric Varone (2003): ART Policy in Belgium: a Bioethical Paradise? in: Ivar Bleiklie/Malcolm Goggin/Christine Rothmayr (eds.): *Comparative Biomedical Policy: Governing Assisted Reproductive Technologies*, London, New York (im Erscheinen).
- Schneider, Ann L./Helen Ingram (1993). Social Construction of Target Group Populations. Implications for Politics and Policy, in: *American Political Science Review* 87(2), 334–347.
- Schneider, Ann L./Helen Ingram (1997). *Policy Design for Democracy*, Lawrence.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (1981). *Medizinisch-ethische Richtlinien für die artifizielle Insemination*, Basel.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (1985). *Medizinisch-ethische Richtlinien zu In-vitro-Fertilisation und Embryotransfer*, Basel.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (1990). *Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztlich assistierte Fortpflanzung*, Basel.
- Salter, Brian (2001). Who rules? The new politics of medical regulation, in: *Social Science and Medicine* 52, 871–883.
- Senti, Richard (1994). *Geschlecht als politischer Konflikt*. Vol. 2, Berner Studien zur Politikwissenschaft, Bern.
- Weaver, Kent R./Bert A. Rockman (1993). *Do Institutions Matter? Government Capabilities in the United States and Abroad*, Washington.
- Wilde, Gabriele (2001). *Das Geschlecht des Rechtsstaats. Herrschaftsstrukturen und Grundrechtspolitik in der deutschen Verfassungsstradition*, Frankfurt.

AUTORIN

Christine ROTHMAYR ist Oberassistentin am Département de science politique der Universität Genf, und wissenschaftliche Koordinatorin des Laboratoire de recherches sociales et politiques appliquées (resop). Ihre Forschungsinteressen liegen im Bereich der vergleichenden Analyse öffentlicher Politiken (Biotechnologie, Bildung und Gleichstellung), der vergleichenden Politik (Justiz und Justizialisierung) und der Politikevaluation.

Adresse für Korrespondenz : Département de science politique, Université de Genève, Bd du Pont d'Arve 40, 1211 Genève, Switzerland

E-Mail: Christine.Rothmayr@politic.unige.ch