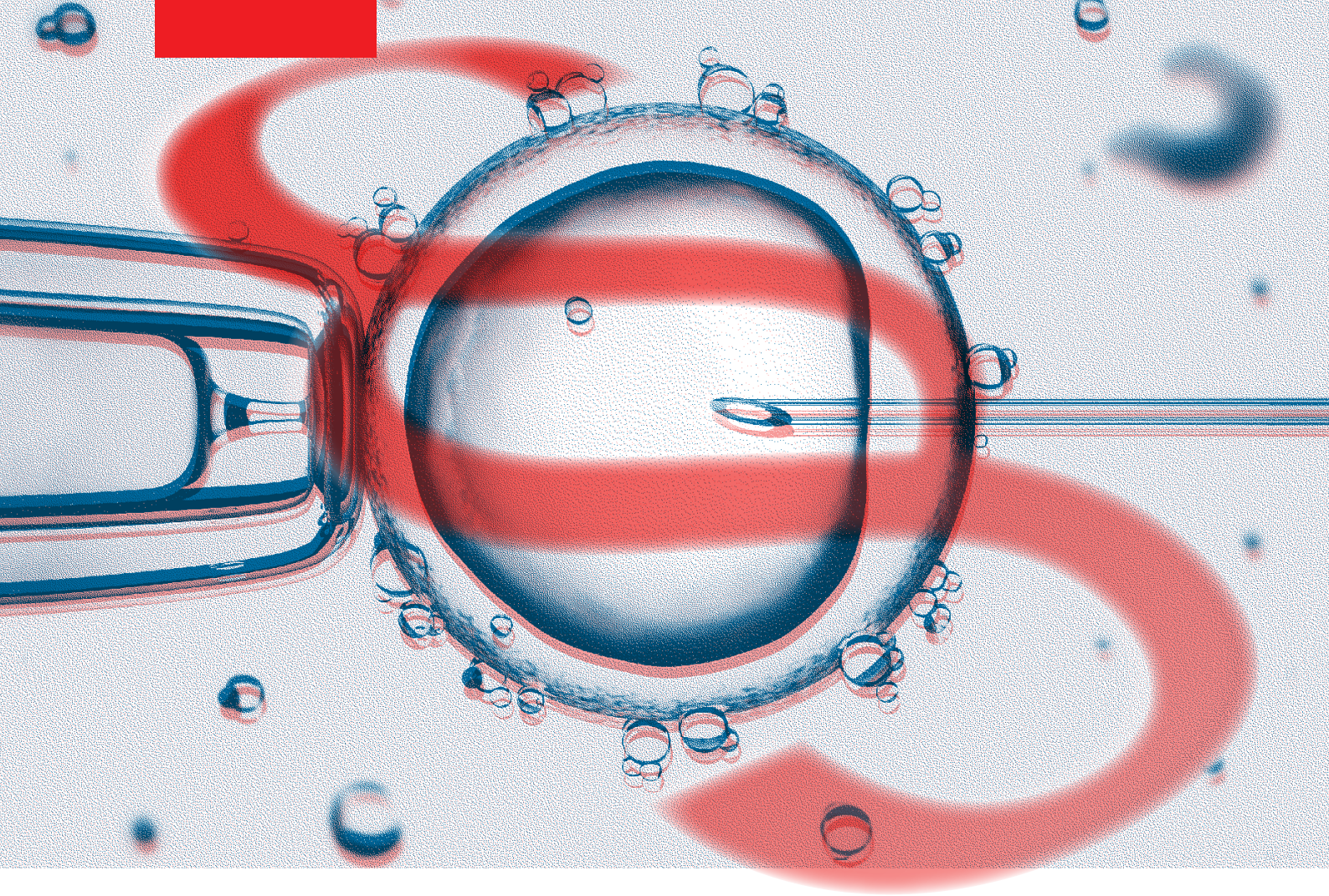




Kinderland Schweden?

Regulierung, Zugang und Debatten zur medizinisch assistierten Reproduktion in Schweden und den Nordischen Ländern

von Henri Möllers

Seit der Geburt von Luise Brown im Jahr 1978 in Großbritannien hat sich die medizinisch assistierte Reproduktion in den letzten 40 Jahren von einer anfänglich sehr exklusiven Medizintechnik zu einer „reproduktiven Realität“ vieler Menschen entwickelt. Die Nordischen Länder stellen in diesem Zusammenhang eine interessante Region dar, weil sie aufzeigen, dass eine Transformation aus zunächst restriktiv-exkludierenden Regulierungszuständen hin zu weltweit wahrscheinlich einmaligen progressiven und inklusiven Regimen möglich ist. Seit den 1980er und 1990er Jahren hat sich sowohl der rechtliche als auch der faktische Zugang im Bereich der medizinisch assistierten Reproduktion (MAR) eklatant verändert. Als vorläufiges Ergebnis besteht nach über 35 Jahren eine weitgehende Normalisierung der MAR in der Gesellschaft. Das bedeutet zugleich eine Stärkung

reproduktiver Rechte von vielen Menschen und auch die faktische Anerkennung der gesellschaftlichen Realität nicht-heteronormativer Reproduktions-, Geschlechter- und Kernfamilienordnungen. Letztlich ist damit ein hochgradig wertepolitisch aufgeladenes Politikfeld rationalisiert worden.

Um diese Entwicklung nachzuzeichnen, soll in diesem Beitrag zunächst ein Überblick über die reproduktionsmedizinischen Realitäten in den Nordischen Ländern gegeben werden, um danach anhand des Beispiels Schweden die Entwicklung der Regulierungen Anfang der 2000er Jahre und die damit verbundenen Diskurse und Akteur_innenkonstellationen bis in die aktuellste Gegenwart zu beleuchten.¹ Hierbei soll vor allem auf die Eizellspende, die Abschaffung der rein medizinischen Indikation und die Öffnung der MAR

**FRIEDRICH
EBERT
STIFTUNG**

Forum Politik
und Gesellschaft

¹ Die in der Theorie gleichwertige Perspektive von Spender_innen, Leihmüttern und erwachsenen Kindern aus Samenspende kann in dieser Diskursanalyse nicht geboten werden, da sie nach dem gegenwärtigen Kenntnisstand des Autors nicht als eigenständige Subjekte in den Diskursen vernehmbar waren, sondern zumeist nur *über* sie gesprochen wurde oder sie als Einzelstimmen in der Tagespresse vorzufinden waren.

für lesbische Paare und alleinstehende Frauen,² auf die Reformierung von abstammungs- und familienrechtlichen Fragen, auf die Embryospende sowie letztlich auf die aktuelle Debatte über Leihmutterschaft geschaut werden.

In der Geschichte von der Legalisierung und öffentlichen Finanzierung der Ei- und Samenzellenspende im Jahr 2002 bis hin zur aktuellen offenen Debatte über die Regulierung von (altruistischer) Leihmutterschaft zeigt sich eine konkrete und *direkte* Linie. Schon durch die Legalisierung wurde grundsätzlich die teilweise Ablösung der genetischen Elternschaft bei der Befruchtung als ethisch zulässig und dadurch auch mehrheitsgesellschaftlich als legitim angesehen, woraus sich – flankiert durch die rechtliche Anerkennung gleichgeschlechtlicher Elternschaft – ebenso die Öffnung der MAR für lesbische Paare und in der Erweiterung auch für alleinstehende Frauen² ergeben hat. In der Kombination mit medizinethischen und reproduktionsmedizinisch-pragmatischen Erwägungen – bei medizinisch indizierter Unfruchtbarkeit von beiden Partner_innen erlaubter Rückgriff auf schon bestehende, befruchtete Eizellen Dritter – hat dies zudem neuerdings auch zu einer Legalisierung der Embryospende geführt. Dies wiederum hat die in der Natur der Sache liegende Debatte um die regulatorische Klarstellung zur Leihmutterschaft im In- und Ausland befeuert.

Eingerahmt werden diese Entwicklungen *indirekt* durch einen allgemeinen Wertewandel in der schwedischen Gesellschaft. Die Möglichkeit, im Nordischen Ausland, insbesondere Dänemark damals in Schweden noch verbotene Reproduktionspraktiken in Anspruch nehmen zu können, bediente nicht nur die Nachfrage, sondern schuf unkonventionelle reproduktive Realitäten und damit eine „Normalisierung“ der MAR in Schweden trotz fehlender Regulierungen.

Auf diesem Hintergrund ist der Fall Schwedens auch für Reformbestrebungen in anderen – zurzeit restriktiveren – Ländern von Interesse, da „typische“ Reformwege und die damit einhergehenden *möglichen* Diskurse und Diskursformationen für eventuelle Reformbestrebungen in einem restriktiven Kontext antizipiert werden könnten.

2 Im Folgenden wird eine einheitliche Schreibweise mit Unterstrich gewählt. Wenn im Folgenden außerdem von „Frau“ oder „Mann“ geschrieben wird, so soll hiermit ausdrücklich auf die verkürzte Konstruktion von Geschlecht hingewiesen werden. Ausdrücklich sollen daher *alle* Personen in ihrem *selbstidentifizierten Geschlecht* gemeint sein, auch wenn diese binären Geschlechtskategorien dieses eigentlich nicht darstellen können.

	Schweden	Dänemark	Finnland	Norwegen	Deutschland
Personengruppen (rechtlicher Zugang)					
Indikation	Medizinisch & sozial	Medizinisch & sozial	Medizinisch & sozial	Medizinisch & sozial	Nur medizinisch
Zulässiger Personenstand	Single	Single	Single	Eingetragene hetero/lesbische Partnerschaft	Hetero-Paar; Lesbisches Paar (rechtsunsicher)
Sexuelle Orientierung	Keine Einschränkung	Keine Einschränkung	Keine Einschränkung	Keine Einschränkung	Hetero; Lesbisch (rechtsunsicher)
Behandlungsmethoden (rechtlicher Zugang)					
Altersbegrenzungen	Nicht reguliert	Frau (45); Partner_in (∞)	Nicht reguliert	Frau (45); Partner_in (angemessener Altersunterschied)	Nicht reguliert
Donogene Befruchtung	Ei- und Samenspende	Ei- und Samenspende	Ei- und Samenspende	Nur Samenspende	Nur Samenspende
Embryodonation	Erlaubt (2019)	Erlaubt (2018)	Erlaubt (2006)	Nicht erlaubt	Nicht reguliert (praktiziert)
Donor Anonymität	Nein	Wählbar. Mind. eine nicht-anonyme genetische Herkunft	Nein	Nein	Nein
Leihmutterschaft	Nicht ausdrücklich verboten, faktisch unmöglich	Verboten	Verboten	Verboten	Verboten
Lagerungsdauer gefrorener Embryos	5 Jahre (verlängerbar)	5 Jahre (verlängerbar)	15 Jahre	5 Jahre	Nicht definiert
Anzahl implantierbarer Embryos	1 Regel, 2 max.	Nicht reguliert	Nicht reguliert	Nicht reguliert	3
Finanzierung im Gesundheitssystem (faktischer Zugang)					
Kostenübernahme	90–100 %	90–100 %	90–100 %	90–100 %	I. d. R. 50 %; selten 100 %
Abdeckung bis zu Personengruppe	Single	Single	Hetero Paare	Eingetragene lesbische Partnerschaft	Hetero-Eheleute
Altersbegrenzungen, max. Alter	Frau (37–40); Partner_in (53–56)	Frau (40); Partner_in (undefiniert)	Frau (43); Partner_in undefiniert	Frau (45); Partner_in (undefiniert)	Frau (40) M (50)
Anzahl Versuche maximal	Insemination 6; IVF 1–3	Insemination 6; IVF 3	IVF 3–4	Insemination 3; IVF 3	Insemination 3–8; IVF 3
Limitierung der Geburtenanzahl	1	1	2	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Ort für finanzierte Behandlung	Öffentlich & Privat	Öffentlich	Öffentlich	Öffentlich	Öffentlich & Privat

Eigene Darstellung. Quellen: ESHRE (2017); IFFS (2019); Norden (2018); Nationale Gesetzgebungen und Versicherungsträger

Reproduktive Rechte im Bereich der medizinisch assistierten Reproduktion in den Nordischen Ländern – Rechtliche Situation und Zugang

Die Nordischen Länder weisen insgesamt eine recht homogene Regulierungslandschaft im Bereich der MAR auf und entsprechen in vielerlei Hinsicht dem Bild, das oftmals von den generösen, universalistischen und nicht-diskriminierenden Wohlfahrtsstaaten mit umfangreichen, sozialen Rechtsansprüchen gezeichnet wird. Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern der EU werden Menschen, die ungewollt kinderlos sind und diesen Zustand mit MAR überwinden wollen, durch eine nahezu komplette Kostenübernahme³ im öffentlichen Gesundheitssystem unterstützt. Die finanzierten Behandlungen finden in den meisten Ländern in öffentlich betriebenen Kinderwunschabteilungen, meist in vergleichbar zu deutschen Universitätskrankenhäusern statt. So wird eine Kontrolle über die Leistungserbringung beibehalten und in vielen ländlichen Regionen ein hohes professionelles Niveau bei geringen Behandlungszahlen garantiert. Der relativ unbegrenzte Zugang wird jedoch auch durch Beschränkungen bestimmt. So ist die Anzahl der Versuche, eine Schwangerschaft mittels Insemination oder IVF herbeizuführen, teilweise sehr unterschiedlich und die Anzahl der aus MAR entstandenen Kinder zumeist auf ein Kind beschränkt. Auch das Alter der Frau spielt bei der Gewährung von öffentlicher Finanzierung eine wichtige Rolle.

Wie in der Tabelle ersichtlich, wird in allen Ländern des Nordens beim rechtlichen Zugang über eine medizinische Indikation hinausgegangen, so dass neben heterosexuellen auch lesbische Paare und (bis auf in Norwegen) auch alleinstehende Frauen Zugang zur Technologie im Inland haben. In allen Ländern existieren Regelungen, die das maximale Alter der Frauen mit ungewollter Kinderlosigkeit sowohl für selbstzahlende als auch für öffentlich finanzierte Behandlung begrenzen. Hingegen bestehen bei den Partner_innen keine Beschränkungen, wenngleich ein sehr hohes Alter bei der Prüfung durch den Arzt als Hinderungsgrund angegeben werden kann, sofern anzunehmen ist, dass sie der Elternrolle im höheren Alter nicht mehr gerecht werden können.

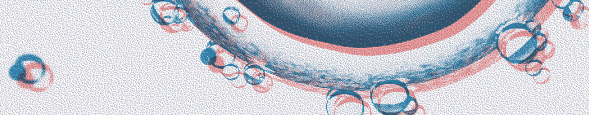
Die Zulassung der Samenspende, zunächst aus medizinisch, dann aus sozialer Indikation heraus, ist in allen Ländern ein erster Schritt gewesen, die genetische Abstammung von der späteren Elternrolle abzulösen, was wiederum einen ersten prinzipiellen Schritt für viele weitere inkludierende Reformen bedeutete. Und auch die Eizellspende ist, bis auf in Norwegen, mittlerweile zu einem festen Bestandteil der Leistungskataloge geworden, auch wenn hier deutliche Schwierigkeiten beim Zugang (aufgrund mangelnder Spende-Eizellen) bestehen.⁴ Die Embryospende oder auch *double donation* wurde in Finnland im umfassenden Reproduktionsmedizinengesetz von 2006 im Norden als erstes erlaubt, und erst kürzlich von Dänemark und Schweden als zulässige Praxis bei medizinischer Indikation eingeführt. Die hiermit inhärent verbundene Frage zu verschiedensten Formen der Leihmutterschaft wird in allen Ländern gleich beantwortet, wenn auch in Schweden nicht so konsequent (nicht ausdrücklich verboten), wie in den anderen Nordischen Ländern (ausdrücklich verboten). Im Zusammenhang mit donogener Befruchtung (Befruchtung mit gespendeten Ei- oder Samenzellen) und der hiermit verbundenen Frage über Spender_innenanonymität ist festzustellen, dass das zukünftige Kindeswohl hier einen zentralen Platz in der Gesetzgebung einnimmt. Dem Kind wird teilweise schon im Teenager-Alter das Recht zugesprochen, die Identität der Spender_innen zu erfahren. Dänemark bietet hier eine Ausnahme, da es dort möglich ist, den genetischen Ursprung zu verbergen, denn es gibt eine wählbare Spender_innenanonymität. Zudem ist in allen Ländern von den behandelnden Ärzt_innen eine Auswahl der phänotypischen Charakteristika der Spender_innen zulässig und wird praktiziert. Außerdem ist in allen Nordischen Ländern eine Selektion der Embryos aus In-Vitro Befruchtung im Rahmen von Präimplantationsdiagnostik zulässig, sofern hierfür eng umrissene, medizinische Gründe vorliegen.⁵

Grundsätzlich ist daher sowohl bei dem „was rechtlich möglich ist“ als auch beim Zugang zu MAR von einer relativen Homogenität der Regulierungsregime im Nordischen Raum zu sprechen. Allerdings bieten die jeweiligen Länder einzelne Aspekte, die auch für Reformbestrebungen in anderen Ländern interessante Einblicke geben könnten.

3 Die Kosten für die Behandlungen werden überall voll übernommen, sofern sie sich im Rahmen der Bestimmungen über den Behandlungs-ort befinden. Beispielsweise bei der Anzahl der Versuche mittels IVF eine Schwangerschaft herbeizuführen, gibt es hingegen durchaus deutliche Unterschiede. Auch die Kostenübernahme der Medikamente wird zwar zu einem beträchtlichen Teil gewährleistet, unterliegt aber oftmals den allgemeinen und variierenden Selbstbeteiligungsbestimmungen.

4 Vgl. zur Unterscheidung zwischen System- und Sozialintegration etwa: Lockwood, Social integration and system integration, in: Zoll-schan/Hirsch (Hrsg.), Explorations in social change (1964), S. 245 ff.

5 An die beiden zuletzt genannten Selektionspraktiken knüpft sich eine kontrovers zu führende Debatte an, die hier leider nicht in ihrer Komplexität angeführt werden kann.



Finnland, das zuvor nicht bzw. sehr lückenhaft regulierte, durchlief eine umfassende und grundlegende politische Reform. Im Jahr 2006 wurde nach einem längeren Konsultations- und Policyformulierungsprozess ein umfassendes Reproduktionsmedizingesetz angenommen, welches einen hohen inklusiven Charakter beim rechtlichen und faktischen Zugang aufweist. Bis ins kleinste Detail wurden mit progressivem Geist funktional „richtige“ Bestimmungen getroffen, welche bis heute Bestand haben und nur geringfügig an die technologischen Fortentwicklungen angepasst werden mussten. Auch der wiederum (zu der Zeit noch) typisch skandinavische Universalismus hat zu einem hohen Maß an Gleichheit beim Zugang zum nationalen Gesundheitssystem geführt und somit ab dem Geltungszeitpunkt zu einer progressiven Rolle der MAR in der Gesellschaftsformierung beigetragen: Im Jahr 2017 wurden 6,5 Prozent aller Geburten in Finnland mit Hilfe der MAR ermöglicht.⁶

Dänemark ist ein nicht zu unterschätzender inner-nordischer Motor für die oben festgestellten Gemeinsamkeiten und Policydiffusionen im Norden. Ursprünglich wurde in Dänemark mit dem Aufkommen der MAR in den 1990er Jahren sehr zurückhaltend reguliert und eine Behandlung streng nach medizinischer Indikation gewährt – auch wenn schon im Anfangsstadium die in den skandinavischen Wohlfahrtsstaaten typisch universalistische volle Kostenübernahme als soziales Recht ausgestaltet war. Was Dänemark weit über die Landesgrenzen als Erklärungsfaktor für Entwicklungen im In- und Ausland interessant macht, war die Existenz der *StorkKlinik* in Kopenhagen,⁷ welche durch ein Schlupfloch⁸ im ursprünglich restriktiven Gesetzestext Behandlungen für Privatpatient_innen auch ohne medizinische Indikation zugänglich machte. Dadurch wurde vielen dänischen, aber auch ausländischen Frauen die Möglichkeit geboten, unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung oder ihrem Familienstand einem Kinderwunsch mit Hilfe von Samenspende nachzukommen. Indem diese Leistungen denjenigen angeboten wurden, die durch das Gesetz diskriminiert waren, gab es eine vernehmbare öffentliche Debatte

über Diskriminierung und Gleichbehandlung im öffentlichen Gesundheitssystem. –Und nicht zuletzt trugen die hieraus faktisch entstandenen nicht-traditionellen Familien- und Abstammungsverhältnisse und nicht zuletzt die Existenz der Kinder selbst – zu einem progressiven Reformdruck in Dänemark und im Norden bei.

Wie stark sich die mehrheitsgesellschaftlichen Diskurse in kurzer Zeit verschoben, stellte sich in der Zeit der großen bürgerlichen Kürzungspolitik nach der Europäischen Wirtschaftskrise heraus. Im Jahr 2010 wurde von der bürgerlichen Regierung mit der „Rasenmähermethode“ im Gesundheitsbudget eine Reduzierung der Kostenübernahme der MAR in öffentlicher Regie von vorher 100 Prozent auf nur noch 50 Prozent beschlossen. Zu einem Zeitpunkt in dem ca. 10 Prozent aller Geburten in Dänemark direkt oder indirekt mit Hilfe der MAR zustande gekommen waren, schlug sich dies direkt in einer signifikant niedrigeren Anzahl von aus MAR stammenden Geburten nieder. Nach den umfassenden Reformen von 2006 war es in den folgenden Jahren zu einer gesellschaftlichen „Normalisierung“ der MAR gekommen, und so ging es bei der Debatte über die Aufhebung der Kürzungen neben der Klassenfrage beim ungleichen Zugang insbesondere um einen hoch rationalisierten Diskurs zur Rolle eines sozial-investiven Staates. Das Argument, die zu erwartenden Steuereinnahmen von Kindern aus MAR rechtfertigten die staatlichen „Investitionen“ in neugeborene Kinder, war dann letztlich das vereinende Argument hinter der von einer breiten parlamentarischen Mehrheit getragenen Rückkehr zur Vollfinanzierung im Jahr 2012.

Die Regulierungslage in **Norwegen** unterscheidet sich nicht grundsätzlich von den anderen Ländern im Norden, ist aber in einigen Bereichen deutlich restriktiver. So ist zwar seit 2009 der staatlich finanzierte Zugang auch für lesbischer Paare zur MAR in Kraft, allerdings sind allein-stehende Frauen, anders als in den anderen Nordischen Ländern, nicht berechtigt mit Hilfe der MAR schwanger zu werden. Außerdem ist auch die Eizell- und Embryospende nicht zulässig, selbst dann nicht, wenn es sich um überzählige Zellen aus nicht mehr weitergeführten IVF-Projekten handelt. Das Hauptargument der Gegner_innen der Eizellspende in Norwegen besteht darin, dass die Abwesenheit der genetischen Verbindung zwischen Frau und Kind als problematisch angesehen wird. Zudem stelle der, mit der Spende verbundene, hormonelle und operative Eingriff ein medizinisches Risiko für Frauen dar. Im Mai 2018 fand sich für diese und weitere Reformvorhaben im Parlament (*Storting*) zwar eine einfache Mehrheit unter den Abgeordneten, die Umsetzung scheiterte aber an dem Widerstand

6 Finnland ist eines der wenigen Länder, in denen im relativ unregulierten Zustand vor der umfassenden Gesetzesreform einige wenige Kinder aus (altruistischer) Leihmutterchaft geboren wurden, was dann ab 2006 gesetzlich ausgeschlossen wurde.

7 Beispielsweise sind die drei wichtigsten Ballungsgebiete Schwedens jeweils weniger als 6 Stunden mit dem Zug von Kopenhagen entfernt.

8 Die Formulierung im Gesetzestext sah vor, dass MAR von approbierten Mediziner_innen vorgenommen wird. Ferner wurde die Zuwiderhandlung gegen die Bestimmungen im Gesetz und die damit verbundenen Strafen jedoch nur auf Ärzt_innen beschränkt. Da in Dänemark aber auch Hebammen als approbierte Mediziner_innen gelten, bestanden keine rechtlichen Möglichkeiten, die von der Hebamme Nina Stork gegründete und betriebene Storkklinik in ihrem Betrieb einzuschränken.

der Regierungspartei *Høyre* (Konservative Partei, H) und der sie unterstützenden *Kristelig Folkeparti* (Christliche Volkspartei, KrF). Lediglich für Jugendliche, die ihre genetische Abstammung erfahren wollen, wurde die Altersgrenze von 18 auf 15 Jahre herabgesetzt. Die (seit dem Jahr 2009) ungebrochene Regierungsbeteiligung der Konservativen und die entweder direkte oder indirekte Einbindung der KrF in die Regierungsarbeit mag hier als Erklärung für ein Verharren in einem verhältnismäßig restriktiven Regulierungszustand dienen.

Entwicklung der medizinisch assistierten Reproduktion in Schweden

Schweden wurde gemeinhin eine Pionierstellung bei Gleichstellung von Frauen und LGBTQI, nicht-Diskriminierung und dem Sozialstaatsprinzip zugeschrieben. Im Bereich der MAR hingegen traf dies jedoch nur bedingt zu. Trotzdem bietet Schweden eine interessante Perspektive auf Regulierungsverläufe, da in den letzten 10 Jahren umfassende Reformen vorgenommen wurden, die zu Debatten in einem zeitnäheren Diskursumfeld geführt haben, welche auch für Gegenwartsdiskurse außerhalb des Nordens von Interesse sein dürften.

Nach der ersten Geburt eines Kindes aus künstlicher Befruchtung im Jahr 1982 dauerte es sechs Jahre bis die MAR gesetzlich reguliert wurde. Dieses Gesetz kann durch eine zeittypische, restriktive Ausgestaltung charakterisiert werden, da verheirateten und in eheähnlicher Gemeinschaft⁹ lebenden heterosexuellen Paaren ausschließlich nach einer medizinischen Indikation der Zugang zu MAR gewährt wurde. Mit der Legalisierung der Samen- und Eizellspende wurde im Jahr 2003 ein erster Meilenstein erreicht, der darin bestand, dass eine genetische Abstammung von beiden Erzeuger_innen nicht mehr als zwingend für MAR angesehen wurde. Dies führte in Kombination mit einer inklusiven Familienstandsgesetzgebung für gleichgeschlechtliche Paare und die damit verbundene rechtliche Gleichbehandlung bei Adoptionen durch homo- und heterosexuelle Paare – zu einer Öffnung der MAR für lesbische Paare. Wegen des Verbots der *double donation*, das heißt der Embryospende,

wurden schwule Paare allerdings – trotz eines nicht existierenden expliziten Verbots von Leihmutterschaften – faktisch von der MAR in Schweden ausgeschlossen.

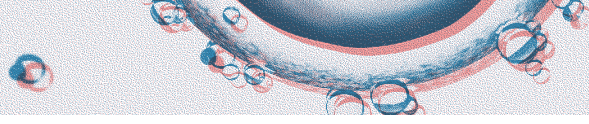
Im Jahr 2016 schließlich wurden auch alleinstehende Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch in das Recht auf öffentlich finanzierte MAR inkludiert.

Im Folgenden soll ein Fokus auf Diskurse und die Diskursformationen um die Eizellspende, die 2019 eingeführte Embryospende und das Thema Leihmutterschaft erfolgen, denn diese Themen und Diskurse sind inhärent miteinander verwoben und stellen einen typischen, graduellen Reform- und Diskursverlauf dar.

Reform 2003/04 – Legalisierung der Eizell- und Samenspenden

Der staatliche medizinethische Rat (*statens medicinsk-etiska råd*, SMER) wurde auf Betreiben des Gesundheitsministeriums 1994 aktiv und sollte unter anderem die Frage nach der Zulässigkeit von IVF mit gespendeten Eizellen beantworten. Ein Jahr später wurde der Bericht veröffentlicht und seine Ergebnisse nahezu unverändert in einem längeren Politikformulierungsprozess im Gesundheitsministerium aufgenommen. Im Jahr 2003 wurde dann mit Inkrafttreten die lange währende Ungleichbehandlung von Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch beendet und auch die Eizellspende auf Grundlage einer medizinisch diagnostizierten Infertilität der Frau zugelassen. Wie bei der anonymen Samenspende wurde reguliert, dass die Identität der Spender_in der Empfänger_in und umgekehrt nicht mitgeteilt, jedoch in einer Datenbank hinterlegt wird. Das ermöglicht dem so entstandenen Kind bei Bedarf mit dem Erlangen der Volljährigkeit den genetischen Ursprung zu erfahren – sofern es dies wünscht. Außerdem dürfen, wie bei der Samenspende, nicht mehr als 6 Kinder von ein und derselben Spender_in gezeugt werden. Ferner muss das verantwortliche medizinische Personal die Eignung für die Elternschaft der Empfänger_in und gegebenenfalls ihrer Partner_in oder ihres Partners feststellen, bei Bedarf ein Beratungsgespräch bei einem Psychologen anbieten und darauf hinweisen, dass es auch andere Lösungen wie zum Beispiel Adoption gibt, um die ungewünschte Kinderlosigkeit zu überwinden. Um eine staatliche Leistungskontrolle und einen landesweiten Zugang gewährleisten zu können, durfte die Behandlung mit gespendeten Ei- oder Samenzellen mit Inkrafttreten

⁹ Die zur Ehe rechtlich fast gleichwertige Stellung der im Deutschen am besten als „eheähnlichen Gemeinschaft“ oder wörtlich als „zusammenwohnend“ übersetzte Bedeutung des Schwedischen *sambo*, kennzeichnet den grundsätzlich offeneren Umgang mit zwischenmenschlichen Formen des Zusammenlebens jenseits der Ehe.



der Reform nur in öffentlichen Universitätskrankenhäusern stattfinden, was erst für Inseminationen und dann im Jahr 2019 für die IVF aufgehoben wurde.

Eine Grundsatzfrage bei der Spende von genetischem Material ist, wie eine Kommerzialisierung vermieden und gleichzeitig eine ausreichende Menge von Spendersamen und -eizellen bereitgestellt werden kann. Um eine Kommerzialisierung komplett auszuschließen, wurden zunächst keine Aufwandsentschädigungen an die Spender_innen gezahlt, was sich aber im Laufe der Zeit geändert hat. Indes wurde aber nie der Rahmen einer „Aufwandsentschädigung“ verlassen. Heute variiert die gezahlte Summe allerdings deutlich zwischen den jeweiligen Regionen Schwedens. Mit dem gestiegenen Bedarf durch die Öffnung der MAR für lesbische Paare und später für Single-Frauen wurde noch deutlicher, dass in den Regionen, in denen eine höhere Aufwandsentschädigung für Spender_innen gezahlt wird, auch geringere Wartezeiten für die Behandlungen anfallen. Sprich, je niedriger die Aufwandsentschädigung, desto länger die Wartezeiten für Menschen, die eine Spende für den Versuch benötigen, um eine ungewollte Kinderlosigkeit mittels MAR zu beenden.¹⁰

Nachdem der SMER die Eizellspende aus medizinischen Gründen in ihrem Abschlussbericht befürwortete, wandten sich einige gewichtige Instanzen, wie die *Svenska barnläkarföreningen* (Schwedische Vereinigung der Kinderärzte), der *Vårdförbundet* (Gewerkschaft der Pflegeberufe) oder der *Barnombudsmannen* (Kinderobmann) gegen die Ergebnisse des Berichts und argumentierten im Sinne des Kindeswohls, dass die medizinischen und insbesondere langfristigen psychosozialen Folgen bislang relativ unerforscht seien und daher von der Eizellspende abgesehen werden sollte. Die frauenpolitischen Gruppierungen der Parteien, traditionell wichtige Instanzen im feministischen Diskurs, begrüßten hingegen die Bestätigung des SMER in Bezug auf die Gleichstellung zur Samenspende und das Selbstbestimmungsrecht von Frauen bei der Reproduktion.

In der Debatte über das Gesetz bestand weitgehend Einigkeit unter den im *Riksdag* vertretenen politischen Parteien. Einzig die *Kristdemokraterna* (Christdemokraten, KD) stellten sich gegen die Reform. Sie lehnten grundsätzlich Befruchtungen mit gespendetem Genmaterial – sowohl Spermien als auch Eizellen – mit der Begründung ab, dass Kindeswohl und Familienkonstellationen in Gefahr seien.

Die Sozialausschussmitglieder der regierenden *Socialdemokraterna* (Sozialdemokraten, S), von denen das Gesetz in den *Riksdag* eingebracht wurde, wussten eine breite parlamentarische Mehrheit hinter ihrem Gesetzesvorschlag. Sie betonten in einer Unterstützungsnote neben der Diskriminierungsfrage die Klassenfrage, indem sie darauf hinwiesen, dass die Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches im Ausland nur finanziell wohlhabenderen Frauen vorbehalten bleiben würde, wenn das Gesetz nicht geändert werde. Zudem wurde auf die niedrige Geburtenrate in Schweden verwiesen, der mit Hilfe der Technologie etwas entgegengesetzt werden könne. Die *Miljöpartiet* (Die Grünen, MP) pflichtete ebenso wie die *Vänsterpartiet* (Linkspartei, V) der Regierung bei, wobei letztere das Gegenargument von KD über die fehlende genetische Verwandtschaft als nicht zulässig disqualifizierte, da ansonsten auch eine „konventionelle“ Adoption ebenso nicht vertretbar wäre.¹¹ Die Oppositionsparteien *Moderaterna* (Die Moderaten, M), *Folkpartiet* (Volkspartei, FP) und *Centerpartiet* (Zentrumspartei, C) unterstützten die Gesetzesinitiative der Regierung. Allerdings wollte die im ländlichen Raum verankerte C herausstellen, dass eine landesweit einheitliche Regelung über Zugang, Anzahl der Versuche und Altersgrenzen getroffen werden sollte, sodass keine unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen für Patient_innen entstünden. Die M wollten zudem darauf hingewiesen haben, dass die Begrenzung auf öffentliche Universitätskrankenhäuser voraussichtlich den Zugang für Patient_innen erschweren würde, da erhebliche Wartezeiten in der öffentlichen Gesundheitsversorgung angenommen wurden. Die Forderung, die finanzierte Behandlung auch auf private Kinderwunschkliniken auszuweiten deckte sich mit dem allgemeinen Liberalisierungs- und Privatisierungsprojekt in der Gesundheitsversorgung, wie es in den darauffolgenden zwei Legislaturperioden bürgerlicher Regierung durchgeführt wurde. Nichtsdestotrotz sind die von C und M antizipierten Probleme genauso eingetreten und nur bedingt behoben worden.

¹⁰ Die föderale Struktur im Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung Schwedens produziert höchst ungleiche Ergebnisse in der faktischen Zugänglichkeit. So beträgt die Wartezeit auf Behandlung in südschwedischen Skåne gegenwärtig lediglich 3 Monate wohingegen man in Göteborg eine Wartezeit von über 4 Jahren in Kauf nehmen muss. Diese Unterschiede werden vielfach auf die ungleiche Mittelzumessung für die reproduktionsmedizinischen Abteilungen der öffentlichen Universitätskrankenhäuser zurückgeführt.

¹¹ Interessanterweise sprachen sich die Ausschussmitglieder der Linkspartei zu diesem Zeitpunkt recht wohlwollend in Bezug auf die altruistische Leihmutterchaft aus und forderten die Einsetzung einer gesonderten Kommission, die diese Frage behandeln sollte.

Embryospende und Leihmutterchaftsdebatte – Die Reform 2019

Springen wir vom Jahr 2003 in das Jahr 2019. In der Zwischenzeit wurden einige Meilensteine erreicht, die Schweden zu einem der inklusivsten MAR Regime weltweit gemacht haben. 2005 wurde unter einer S-Regierung das Recht für lesbische Paare auf öffentlich finanzierten Zugang zur MAR eingeführt und unter einer S-MP-Regierung 2016 auf alleinstehende Frauen ausgeweitet. In der gleichen Legislaturperiode stand ein weiteres wegweisendes Gesetz auf der Agenda: Zum Einen wurde die Ausweitung der öffentlich finanzierten Behandlungen auf private reproduktionsmedizinische Zentren (auch für IVF) erweitert, und dadurch die Schwierigkeiten beim faktischen Zugang zur MAR aufgrund langer Wartezeiten im öffentlichen Gesundheitssystem verringert. Zum anderen wurde endlich die langwährende Diskriminierung von Trans- und Intersexuellen beendet, indem die Gesetze im Bereich der Familiengesetzgebung auf das individuelle Gender angepasst wurden.¹²

Die Reform 2019 entstand, ebenso, wie die Reform zur Eizellspende aus einer parteiübergreifenden Initiative die dann vom damals bürgerlich geführten Gesundheitsministerium 2012 beim SMER in Auftrag gegeben und 2013 vorgelegt wurde.¹³ Ziel der Studie war es, die medizinethische Grundlage für zukünftige Reformen und die Umsetzung zu liefern und ferner die gesellschaftliche Debatte über die betreffenden Themen zu stimulieren. Hierbei wurde, neben den beiden oben aufgeführten Punkten, die Frage nach der Legalisierung der Embryospende bzw. *double donation* aus medizinischen Gründen und die der altruistischen Leihmutterchaft unter strengen Voraussetzungen in einem Mehrheitsvotum innerhalb der Kommission positiv beschieden. Es wurde von einem Selbstbestimmungsrecht von Frauen über ihren Körper ausgegangen, um Leihmutter, insbesondere für Nahestehende oder Familienangehörige werden zu können. Prüfverfahren, Beratung und psychologische Unterstützung wurden als weitere Voraussetzungen genannt.

Das Minderheitsvotum in diesem Gremium verhielt sich negativ zu jeder Form von Leihmutterchaft, da diese gegen fundamentale Prinzipien des *menniskovärdet* (in etwa Menschenwürde) verstoße, es zu wenig wissenschaftliche Erkenntnisse zu den psychosozialen Folgen für Leihmütter und Kinder gebe und die altruistische Leihmutterchaft ein Einfallstor für kommerzielle Leihmutterchaft sei.

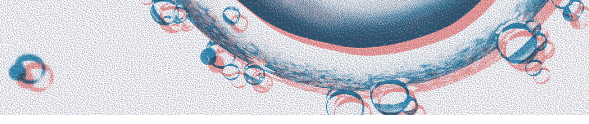
Der auf die Empfehlungen des SMER aufbauende Reformvorschlag der S-MP-Regierung und der im Jahr 2018 letztlich unverändert angenommene Gesetzestext orientierte sich stark an den Empfehlungen des SMER, wich allerdings im Bereich der Leihmutterchaftsfrage grundlegend von den Empfehlungen im Mehrheitsvotum ab. Hierbei wird ein Schwedisches Spezifikum deutlich: Da Leihmutterchaft (altruistisch und kommerziell) in Schweden nicht ausdrücklich verboten war und ist, bedeutete die Legalisierung der Embryospende eine medizinethisch und medizintechnisch grundsätzlich denkbare Legalisierung von Leihmutterchaften durch die Hintertür. Medizinethisch, da nun eine genetische Verbindung zu zumindest einem Elternteil nicht mehr gegeben sein musste; und medizintechnisch, da die Praxis des Embryotransfers zu den Standardprozeduren der MAR gehört. Dass die Leihmutterchaft jedoch faktisch ausgeschlossen blieb, ist dem Umstand zuzuschreiben, dass eine Embryospende, wie die Ei- oder Samenspende, niemals „gerichtet“ stattfinden kann – sprich eine Embryospende eines Paares unter Kenntnis der Empfänger_in in Schweden weiterhin nicht möglich ist. Weshalb die Leihmutterchaft bei gleichzeitig existierendem inner- und außerparlamentarischem Druck allerdings nicht im Zuge der Gesetzesnovelle grundsätzlich verboten wurde, ist nicht abschließend zu beantworten. Vermutlich wird es darauf zurückzuführen sein, dass zudem ein Bestandteil der Gesetzesnovelle war, die mögliche Anerkennung der schwedischen Elternschaft von im Ausland geborenen Kindern aus Leihmutterchaft im Sinne des Kindeswohls grundsätzlich zu erleichtern.¹⁴ Die Anerkennung dieser reproduktiven *cross-border* Realität¹⁵

12 Zudem wurde der bis dahin existierende Sterilisations- bzw. Kastrationszwang bei einer Geschlechtsumwandlung endlich abgeschafft und reproduktionsfähigen MtF oder FtM das Recht gegeben, in der Geburtsurkunde entsprechend ihres Genders als „Vater“ bzw. „Mutter“ eingetragen zu werden.

13 Die Ergebnisse wurden aber erst 2018 unter der S-MP Regierung wegen des bis 2015 blockierenden Partners in der bürgerlichen Regierungskoalition, KD, umgesetzt. Es hätte die bürgerliche Koalition in deutliche Schwierigkeiten gebracht, wenn sich die anderen drei bürgerlichen, die Ergebnisse unterstützenden, Regierungsparteien die existierende parlamentarische Mehrheit durch die rot-rot-grünen Oppositionsparteien organisiert hätten.

14 Das höchste Gericht Schwedens (*Högsta Domstolen*) gestand im Juni 2019 einer Schwedin die Elternschaft eines in den USA aus Leihmutterchaft geborenen Kindes zu, indem es menschenrechtlich argumentierend das Kindeswohl und dessen Recht auf Eltern, sowie die Bindung an die Mutter als höherstehend bewertete, als das vom Gesetz intendierte faktische Verbot der Leihmutterchaft in Schweden. Von dieser einzelfallbezogenen Bestätigung der vielfach geltenden Rechtsauffassung schwedischer Gerichte werden weitreichende Folgen für die Anerkennung der Elternschaft für Kinder erwartet, die durch Leihmutterchaftsarrangements im Ausland geboren wurden.

15 In den Jahren 2007 bis 2012 sind in Schweden etwa 100 Verfahren zur Adoption von Kindern aus Leihmutterchaftsarrangements im Ausland bearbeitet worden. Seitdem ist die Anzahl stetig gestiegen, so dass sich mittlerweile diese Zahl auf mehr als 300 *pro Jahr* erhöht hat.



bei einem gleichzeitig ausdrücklichen, neuen Verbot der Leihmutterschaft hätte höchst widersprüchlich gewirkt.

Gegen die „ungerichtete“ Embryospende aus medizinischen Gründen sprachen sich in den parlamentarischen Beratungen insbesondere die KD und die *Sverigedemokraterna* (Rechtspopulistische Partei, SD) aus. Hierbei war die Hauptargumentationslinie das schon aus der Debatte um die Eizellspende bekannte Ressentiment, dass die nicht-normativen Abstammungsverhältnisse unabsehbare psychosoziale Folgen für Kinder und Kernfamilie haben würden. Die anderen Parteien des *Riksdag* waren insbesondere aus der medizinischen Notwendigkeit heraus für die Einführung dieser Möglichkeit. Zudem wurde vorgebracht, dass man die wenigen Menschen, die überhaupt für eine solche Behandlung in Frage kommen würden, indirekt ans Ausland verweisen würde, was sowohl für die Frauen als auch für die so entstehenden Kinder noch unübersehbare psychosoziale Folgen haben würde, als dies von den Gegner_innen der Reform befürchtet werde. Zudem konnten die religionsethisch motivierten Gegner_innen mit *pro-life* Einstellungen, für welche das Leben mit der Verschmelzung von Samen- und Eizelle beginnt, durch das medizinisch-pragmatische Argument effektiv gekontert werden, dass die vielen in der Cryokonservierung befindlichen, befruchteten Eizellen bzw. Embryos so zu einer Verwendung kommen würden und nicht mit Ablauf der Lagerungsfrist der Zerstörung zugeführt werden müssten.

Bei der Debatte über die Leihmutterschaft ließen sich zwei verschiedene Lager pro und contra erkennen. Grundsätzlich wurden *kommerzielle* Leihmutterschaften sowohl im In- als auch im Ausland mehrheitlich abgelehnt, da sie eine unzulässige Kommerzialisierung menschlicher Körper darstellen. Insofern wurde darüber debattiert, ob und wenn ja, inwiefern *altruistische* Leihmutterschaft in Schweden erlaubt und für schwedische Staatsbürger_innen im Ausland erleichtert werden solle.

Die Sozialdemokraten sprachen sich deutlich gegen die Legalisierung von altruistischer Leihmutterschaft aus und begründen dies damit, dass die individuelle Entscheidung ein Kind auszutragen frei von äußerem und innerem Druck und Erwartungshaltungen sowie vermeidlich versteckten ökonomischen Interessen zu sein habe. Selbst bei gründlichster Prüfung könne dies nicht garantiert werden, wie beispielsweise selbst – oder gerade – bei einer altruistischen Leihmutterschaft für eine nahe Verwandte. Zudem seien, laut der späteren EU-Spitzenkandidatin und damaligen Sozialstaatsministerin Heléne Fritzon, die möglichen Konflikte

bei einem einseitigen (und in jedem Fall für die Leihmutter im Sinne des Selbstbestimmungsrechts zwingend zu ermöglichenden) Rücktritts von einer altruistischen Leihmutterschaft sowohl für die Beteiligten als auch insbesondere für das Kind nicht absehbar. Auch der sozialdemokratische Ministerpräsident Stefan Löfven schloss grundsätzlich aus, dass es sich um eine genuine Freiwilligkeit der Leihmutter handeln könne.

Die Linkspartei stellte sich, anders als 15 Jahre zuvor, ebenso wie S deutlich gegen eine Legalisierung von Leihmutterschaften im In- und Ausland. Die Ablehnung zielte vor allem auf die globale Perspektive, die eine strukturell diskriminierende und ausnutzende Verquickung von Klasse, Geschlecht und Ethnizität zuspitze, so Reichstagsmitglied Karin Rågsjö bei einer Debatte im Juni 2018. Es sei eben nicht die weiße, wohlhabende Schwedin, die die reproduktiven Funktionen ihres Körpers für ökonomisch prekäre *People of Colour* beispielsweise aus Indien zur Verfügung stelle, sondern umgekehrt.

Zwar basierten die Christdemokraten ihre Gründe für die Ablehnung der Leihmutterschaft im In- und Ausland weniger auf einem intersektionalen Feminismus, sondern eher auf einer christlich-fundamentalen Ideologie. Trotzdem sind die Gegenargumente nahezu gleichlautend mit denen von V, was in der politischen Debatte Schwedens höchst selten zu sehen ist.

Ähnlich wie die KD vertreten die rechtspopulistischen SD ein essentialistisch-naturalistisches Frauenbild, da sie ein Weggeben des Kindes nach der Geburt als „unnatürlich“ ansehen. Darüber hinaus sind die SD die einzigen parteipolitischen Akteure, die ein Verbot der Leihmutterschaft für schwedische Staatsbürger_innen im Ausland verwirklicht sehen wollen. Zudem soll das Kindeswohl laut SD in diesem Zusammenhang nicht mehr als rechtliches Schlupfloch herangezogen werden können (siehe Fußnote 14).

Die außerparlamentarische Dachorganisation *Sveriges Kvinnolobby* (Schwedens Frauenlobby, SKL), welche 45 verschiedenste, parteiungebundene Frauenverbände vereint, ist im öffentlichen Diskurs über ein grundsätzliches Verbot der Leihmutterschaft in Schweden und auch international nicht zu überhören. Mit einer eigenen, über die Verbandsgrenzen hinausgehenden Initiative *Feministisk nej till surrogatmödrarskap* (Feministisches Nein zur Leihmutterschaft) und klassischer politischer Lobbyarbeit, sowie mit öffentlichkeitswirksamen Straßenaktionen und Präsenz in den Sozialen Medien wurde die Fundamentalopposition aus feministischer Perspektive effizient vertreten. Das dürfte

sowohl bei S zu einer Festigung der Ablehnung und bei V zu einer Umkehr von einer offeneren Beantwortung der Frage geführt haben. Die Hauptargumente der Initiative sind, dass jedwede Leihmutterschaft einen Verstoß gegen die Menschenrechte von Frauen und Kindern darstelle und es kein Menschenrecht auf eigene Kinder gebe, kommerzielle Leihmutterschaft den Straftatbestand des Kinderhandels erfülle und es aus klassenpolitischer Sicht zu einer Ausnutzung marginalisierter und armer Frauen zumeist in Ländern des globalen Südens führe. Zusätzlich wurde von der SKL die internationale Kampagne *Stop Surrogacy Now* gegründet, um auf das globale Geschäft mit jedweder Form der Leihmutterschaft aufmerksam zu machen, um somit in Kombination mit der nationalen Initiative eine ganzheitliche Strategie zu fahren.¹⁶

Die Moderate Partei sowie die frauenpolitischen Sprecherinnen innerhalb der Partei haben sich 2018 offen für die Legalisierung der altruistischen Leihmutterschaft in Schweden ausgesprochen. Sie führten die medizinischen Gründe für eine Leihmutterschaft an, wie beispielsweise eine fehlende Gebärmutter, und verweisen zudem auf gleichgeschlechtliche männliche und LGBTQI-Paare, die über diesen Weg ihre ungewollte Kinderlosigkeit beenden können. Gleichzeitig verweisen sie auf die fortgeschrittene Regulierung und gesellschaftliche Akzeptanz von MAR für lesbische Paare und alleinstehende Frauen und die kommende Legalisierung der Embryospende 2019. Es wird zudem herausgestellt, dass die Gebärmuttertransplantation in Schweden legal sei und durchgeführt werde. Die generelle Argumentationsweise zielt auf das Selbstbestimmungsrecht der Frau über ihren Körper ab. Wenn Frauen sich frei entscheiden dürften, ihre Gebärmutter für eine Organtransplantation zu spenden, warum sollte ihnen das Recht auf eine Leihmutterschaft verwehrt werden – zumal diese im Vergleich zur Organtransplantation reversibel sei, sprich auch noch eigene Kinder geboren werden könnten. Sie unterstellen interessanterweise den feministischen Gegner_innen der altruistischen Leihmutterschaft, dass sie ein antifeministisches Argument reproduzieren würden, indem sie hervorheben, dass die Anzweiflung eines genuinen Selbstbestimmungsrechts von Frauen ein patriarchales Argument sei. Um die Zweifel am altruistischen Charakter einer Leihmutterschaft

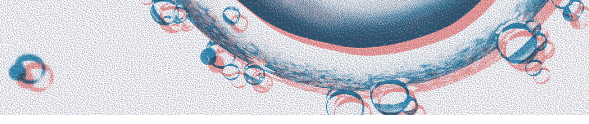
zu beseitigen, schlugen Diskutant_innen von M eine strikte und gründliche Prüfung durch eine offizielle (staatliche) Stelle vor, die beurteilt, ob die Übereinkunft zwischen Leihmutter und biologischen Eltern neben den psychologischen und medizinischen Aspekten auch wahrlich altruistischer Natur sei. Zudem wurde auf die zunehmende Anzahl von Ländern verwiesen, die eine altruistische Leihmutterschaft legalisiert haben, was bei am Kindeswohl orientierter Rechtsprechung und gleichzeitiger, historisch bewiesener Mobilität von Schwed_innen zu einem Aufrechterhalten einer paradoxen Situation beitrage. Diese Argumente richteten sich auch gegen die außerparlamentarischen Gegner_innen der SKL als lauteste Fürsprecher_innen der nationalen und globalen Gleichstellung und Frauenrechte. In dem SKL sich gegen eine Regulierung der Leihmutterschaft in Schweden ausspräche, trieben sie die Menschen in Länder, die ein wesentlich schlechteres Regulierungsumfeld aufwiesen, was wiederum vollkommen konträr zur Agenda der SKL stünde.

Die Liberale Partei (FP bzw. L) hat die größte Überschneidung mit M und hat mit Barbro Westerholm eine langjährige und prominente Fürsprecherin der altruistischen Leihmutterschaft in ihren Reihen. Sie machte sich schon früh für die Legalisierung mit hohen Rechtssicherheits- und Prüfstandards in Schweden stark und verwies auf andere Länder der Europäischen Union, die in ihren Augen ein Höchstmaß an Schutz für die Frauen und Kinder anstrebten. In einem Beitrag über die seit 2019 legalisierte Embryospende thematisiert sie ein Szenario, in welchem heterosexuelle Paare zwar cryokonservierte Embryonen haben, diese aber aufgrund von medizinisch bedingter Unfruchtbarkeit nicht austragen können. In diesem Fall könne ihnen durch das bestehende Verbot der Leihmutterschaft in Schweden ihr Kinderwunsch nicht erfüllt werden. Zudem würden die Regelungen der anonymen Embryospende ihnen das Recht am eigenen genetischen Material verwehren. Was sie allerdings nicht sagt ist, dass eben diese Regelungen zur praktischen Verhinderung einer versteckten Leihmutterschaft in Schweden gedacht sind.¹⁷

Die Zentrumspartei schließt sich in den wesentlichen Argumentationsmustern M und L an und will den Anerkennungsprozess für die Elternschaft in Schweden durch eine Reform der entsprechenden Gesetze vereinfachen und dadurch beschleunigen.

16 Allerdings darf hierbei nicht unerwähnt bleiben, dass sich in beiden Initiativen auch Einzelpersonen und Organisationen am Gründungsauftritt beteiligt haben, deren Ablehnung der Leihmutterschaft eher aus nativistisch-essentialistischen oder fundamental-christlichen Gründen, als aus einer (links-)feministischen Kritik an patriarchalen Ordnungen stammt, wodurch letztlich gemeinsame Sache mit Homosexuellenfeind_innen und Abtreibungsgegner_innen gemacht wurde.

17 Zudem lässt sich durch die Co-Autorenschaft mit einem Vertreter eines Vereins pro Leihmutterschaft (*Föreningen för Surrogatmödrarskap*) – der weit über diesen konstruierten Einzelfall hinausgehende Forderungen in den Statuten stehen hat – erahnen, dass die Legalisierung der Embryospende von den Befürworter_innen der Leihmutterschaft als mögliches Einfallstor gesehen wird.



Die Grünen sind intern in der Frage tief gespalten. Als Koalitionsmitglied in einer rot-grünen Regierung mit S, haben sie sich gegen eine Legalisierung der Leihmutterschaft ausgesprochen. Teile der Partei teilen zudem ebenso den offiziellen Standpunkt von S bzw. schließen sich der Kritik über die zweifelhafte Freiwilligkeit in jedwedem Konstrukt an. Gleichzeitig gibt es einen Teil der Partei, der die liberal-freiheitliche Auffassung vertritt, dass unter strengen Voraussetzungen die altruistische Leihmutterschaft in Schweden zu legalisieren sei. Mit dem Argument der faktischen Realität von im Ausland und unter zweifelhaften Bedingungen zustande gekommenen Kindern aus Leihmutterschaft versucht diese Gruppe, in das parteiinterne Lager der strikten Gegner_innen herüberzureichen. Einig sind sich beide Lager hingegen in der Vereinfachung der Anerkennung der Elternschaft für im Ausland geborene Kinder aus Leihmutterschaft im Sinne des Kindeswohls.

Eine solche zwiegespaltene Position, wie bei den Grünen vertritt auch der *Barnombudsmannen*, welcher sowohl aktuelle Fälle von Kindeswohl, als auch zukünftige Regelungen mit Kindeswohlbezug in seine Stellungnahmen einbezieht.

Schweden als Vorbild für Länder mit Reformbedarf? Schritt-für-Schritt oder die eine große Reform?

Wie an den Debatten um die Leihmutterschaft in Schweden zu sehen ist, spielen sich Reformen von Reproduktionsmedizinengesetzen in komplexen, miteinander agierenden Themenfeldern ab. Hier treffen sich, um nur einige zu nennen, gesellschaftlicher Wertewandel, technologische Innovation, medizinisch und sozial bedingte unerfüllte Kinderwünsche von erwachsenen Individuen und angenommenes Kindeswohl, Normen über Abstammung und Zusammenleben, staatliche Regulierungsbestrebungen und privatwirtschaftliche Profitinteressen, liberaler und intersektionaler Feminismus, sowie nationale und internationale Regulierungen.

Grundsätzlich charakterisiert sich die Regulierungs- und damit auch die Diskurshistorie Schwedens, im Gegensatz zum Nachbarland Finnland, als *dynamische Schritt-für-Schritt Entwicklung* hin zur Inklusion immer größerer Bevölkerungsgruppen in die staatlich finanzierte MAR. An den hier beschriebenen Reform- und Debattenverläufen lässt

sich beispielsweise gut erkennen, dass sich eine verbindende Linie von der Legalisierung der Eizellspende über die Embryospende zur Leihmutterschaftsdebatte ziehen lässt.

Was bedeutet dies für mögliche Reformen restriktiver Regulierungsregime in anderen Kontexten? Sollte besser alles auf einmal reformiert werden oder ein Schritt-für-Schritt Ansatz wie in Schweden gewählt werden?

Diese Frage ist natürlich nicht abschließend zu beantworten. Allerdings zeigt der Fall Schwedens auch, dass, auch wenn Schweden im internationalen Vergleich kein krasser Nachzügler ist, die Regulierungsvorhaben immer gegenüber den reproduktiven und medizinischen Möglichkeiten und der normenverschiebenden gelebten Realität hinterherhinken. Oftmals waren sie eine Reaktion auf die Befriedigung der Nachfrage im Ausland. Daher stellt sich die Frage, ob bestehende, restriktive Regulierungsregimes nicht gut daran täten, die reproduktiven Realitäten anzuerkennen und auf einen Schlag breite Gruppen zu inkludieren, anstatt in einem langfristigen und für viele mit erheblichen persönlichen und finanziellen Härten verbundenen Schritt-für-Schritt Prozess die Augen vor der Realität zu verschließen.

Eine große Reform ist zudem im Hinblick auf wechselnde parlamentarische Mehrheiten in bestehenden restriktiven Regimen zu bevorzugen. Schweden zeigt, dass bedeutende inkludierende und insbesondere staatlich finanzierte Reformvorhaben in den Jahren rot-grüner Regierungsbeteiligungen vorangebracht wurden, in denen die befürwortenden liberalen Parteien des bürgerlichen Spektrums nicht an die Veto-Position eines christdemokratischen oder rechtspopulistischen Mehrheitsbeschaffers gebunden waren. Im Hinblick auf den rechts-konservativ-autoritären *Rollback* in Europa, die damit schwindenden parlamentarischen, progressiven Mehrheiten und die sich ebenso verschiebenden Diskurshegemonien in Politikfeldern wie Familie, Reproduktion, Gleichstellung oder Wohlfahrtsstaatsuniversalismus, gilt es, die bestehenden *Gelegenheitsfenster* (siehe beispielsweise die „Ehe für Alle“ in Deutschland) zu nutzen. Anstatt eine Scheibchentaktik zu fahren, sollte ein umfassender, universalistischer, progressiver und inkludierender Reformvorschlag vorgelegt werden, der ein Höchstmaß an Rechtssicherheit für alle Beteiligten bietet. Neben der anspruchsvollen politischen Abstimmung innerhalb und zwischen den Parteien müssen hierbei notwendigerweise auch andere Politikfelder, wie beispielsweise das Familien- und Abstammungsrecht grundlegend angegangen werden. Dies ist nötig, um progressive Reformpakete gegen eventuelle Revisionen verfassungsrechtlichen Ursprungs abzusichern. Andernfalls bietet man ein Einfallstor für die Vereinnah-

mung durch reaktionäre politische Gruppierungen und riskiert im schlimmsten Fall einen Rückschritt bei den individuellen reproduktiven Rechten. Hier gilt es vorzubeugen.

Denn die Beispiele aus den Nordischen Länder zeigen sehr gut: Je länger und stärker die nicht-normativen reproduktiven Realitäten gelebt werden, desto selbstverständlicher sind sie auch für die Gesamtgesellschaft. Das Resultat sind emanzipativere, egalitärere und freiheitlichere Gesellschaftsordnungen.

Zum Autor:

Henri Möllers ist freier Wissenschaftler, war als Projektkoordinator im Nordischen Büro der Friedrich-Ebert-Stiftung in Stockholm tätig und studierte zuvor Politikwissenschaft, Sozialpolitik und Wohlfahrtsstaatsforschung am Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (SOCIUM) der Universität Bremen und in Göteborg. Zurzeit bereitet er sich auf eine Dissertation vor, in der er Reformwege von *morality policies* im Politikfeld der medizinisch assistierten Reproduktion vergleichend untersuchen will.

Impressum

ISBN: 978-3-96250-400-7

1. Auflage 2019

Herausgeberin: Friedrich-Ebert-Stiftung, Forum Politik und Gesellschaft, Hiroshimastraße 17, 10785 Berlin

Autor: Henri Möllers

Redaktion: Dr. Stefanie Elies, Friedrich-Ebert-Stiftung

Redaktionelle Beratung: Sarah Clasen, AWO Bundesverband

Gestaltung: Meintrup, Grafik-Design

Gedruckt auf RecyStar Polar, 100% Recyclingpapier, ausgezeichnet mit dem blauen Umweltengel.

Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung seitens der FES nicht gestattet

© 2019 Friedrich-Ebert-Stiftung, Forum Politik und Gesellschaft