Margo Trappenburg

Universitair docent bij de vakgroep Politieke Wetenschappen van de RUL; gedetacheerd bij de vakgroep Medische Ethiek van de EUR t.b.v. het EG project 'Communicable Diseases, Lifestyles and Personal Responsibility, Ethics and Rights'

Over de regulering van nieuwe medische technologie

Liever geen meisje?

In publieke debatten over medisch ethische kwesties kunnen verschillende dominante patronen van argumenteren worden onderscheiden. Een van de argumenten in de discussie dat 'medici er zijn voor de medische behoeften en niet voor alles dat u verder nog zou willen in het leven', blijkt in het debat over de toelaatbaarheid van geslachtskeuze een belangrijke rol te spelen. De kwestie of de genderkliniek nu wel of niet een medische dienst aanbiedt, is daarbij van groot belang. Een aantal evident niet-medische handelingen wordt eerst gemedicaliseerd om vervolgens vast te stellen dat deze alleen op medische indicatie mogen worden verricht. Dit is een nogal verwrongen constructie.
Tegen de achtergrond van een algemene discussie over belangrijke normen ten aanzien van het gezin en de relatie tussen ouders en kinderen daarin, kan worden getracht een oordeel te vormen over nieuwe vormen van voortplanting.

In het septembernummer van *Filosofie Magazine* beschrijft Daan Rovers de publieke commotie rond de Genderkliniek (officieel de Stichting Gender Preselection) in Utrecht en het wegebben daarvan. Aanvankelijk was de morele verontwaardiging groot, zo constateert Roovers. Het idee dat aanstaande ouders voortaan het geslacht van hun kinderen zelf zouden kunnen bepalen ging velen te ver. Na een gênant televisie-optreden van een medewerker van de Utrechtse kliniek waaruit overduidelijk bleek dat deze nauwelijks op de hoogte was van de jongste wetenschappelijke ontwikkelingen, sloeg de verontwaardiging om in meewarigheid. Roovers: 'Daarmee was meteen het hele probleem van de sexeselectie opgelost. Het werkt niet, dus niemand boog zich nog over de vraag of het moreel toelaatbaar was. Je gaat aanstaande moeders immers ook niet verbieden om met een blauw lint onder hun kussen te slapen? Als zij denken dat dit de kans op een zoon verhoogt, moeten ze dat vooral doen.'[1]
De analyse van Roovers lijkt iets te haastig. Het wegzakken van de maatschappelijke verontwaardiging over de Genderkliniek is vooral het niet langer verschijnen van ingezonden brieven en bijdragen op de opiniepagina's van dag- en weekbladen en dat hangt, zou ik zeggen, meer samen met het feit dat op zeker moment alle argumenten wel gewisseld zijn dan met een groeiende waardering voor de eerst zo bekritiseerde praktijk. Dat de Genderkliniek niet alsnog zal worden getroffen door belemmerende regelgeving of een rechtstreeks verbod is bij lange na niet zeker. Onlangs is bij het parlement een Wet op de bijzondere medische verrichtingen ingediend, waarin de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de bevoegdheid wordt toegekend om 'indien gewichtige belangen daartoe aanleiding geven' bepaalde medische verrichtingen te koppelen aan een vergunning. Artikel 3 van hetzelfde wetsontwerp voorziet zelfs in de mogelijkheid van een algeheel verbod: 'Indien een medische verrichting, gezien de maatschappelijke, ethische of juridische aspecten ongewenst is en de omstandigheden van dien aard zijn dat de totstandkoming van een regeling van die verrichting niet kan worden afgewacht, kan bij algemene maatregel van bestuur worden bepaald dat het verboden is zodanige medische verrichting uit te voeren.'[2] Blijkens de memorie van toelichting heeft de minister hierbij met name gedacht aan 'geslachtskeuze om niet medische redenen' en aan 'bepaalde IVF toepassingen die mogelijk risico's voor het nageslacht met zich brengen'.[3] In ander verband gaf de minister te kennen dat zij de problematiek van de vrije geslachtskeuze wilde regelen in een toekomstige Wet op de fertilisatietechnieken, die vermoedelijk in de loop van 1997 zal worden ingediend.[4]

In dit artikel zal nader worden stilgestaan bij de aanvaardbaarheid van technieken van geslachtsselectie. Daarbij gaat het niet alleen om de techniek van zaadselectie zoals die wordt gepraktizeerd in de Genderkliniek, maar ook om het ver-

1. Daan Roovers, *Liever een jongetje. De zegetocht van de Genderkliniek*, Filosofie Magazine, jrg. 5, nr. 7, sept. 1996, p. 24-27, p. 24.
2. TK 1995-1996, 24788, nr. 1 (Wet op de bijzondere medische verrichtingen).
3. TK 1995-1996, 24788, nr. 3.
4. TK 1995-1996, 24238 nr. 3, Brief van de minister van VWS, 20 oktober 1995, Geslachtskeuze.

schijnsel van de selectieve abortus op basis van geslacht.[5] Allereerst wordt een overzicht gegeven van veel gebruikte manieren van redeneren in publieke debatten over medisch-ethische kwesties. Bij elk van deze redeneerpatronen hoort een bepaald type regulering. Vervolgens zal worden nagegaan in hoeverre elk van deze redeneringen wordt gebruikt in het debat over de toelaatbaarheid van geslachtskeuze. Ten slotte zal worden geprobeerd de Wet op de bijzondere medische verrichtingen en de Wet op de fertilisatietechnieken in te passen in de typologie van redeneerpatronen en daaraan gekoppelde vormen van regulering. Op basis daarvan wordt een voorlopig oordeel gevormd over beide vormen van regulering.

Redeneerpatronen

Grofweg kunnen er in publieke debatten over medisch-ethische kwesties (orgaandonatie, genetische manipulatie, experimenten met embryo's) vier dominante manieren of patronen van argumenteren worden onderscheiden.[6]

Juridiseren
Het eerste redeneerpatroon is *juridisch*: men zoekt aansluiting bij regels en principes in het bestaande recht en tracht aldus een antwoord te vinden op de vragen die door de moderne medische technologie worden opgeroepen. Neem bijvoorbeeld de veel besproken vraag of er mag worden geëxperimenteerd met embryo's die overblijven na een (geslaagde) reageerbuisbevruchting. Aanhangers van de juridische redeneerwijze zullen deze vraag willen beantwoorden op basis van datgene wat er in het Burgerlijk Wetboek en in de Wet afbreking zwangerschap bepaald is omtrent de status van een embryo. Het feit dat de Wet afbreking zwangerschap pas ingaat op het moment dat een zwangerschap wordt geconstateerd, dat wil zeggen, doorgaans twee weken na de conceptie, kan er dan bijvoorbeeld toe leiden dat het experimenteren met embryo's tot aan die termijn van twee weken toelaatbaar wordt verklaard.[7]

Schade-principe
Het tweede redeneerpatroon is *liberaal-filosofisch*. Men gaat uit van de autonomie en de keuzevrijheid van volwassen, wilsbekwame personen en van het zogeheten schade-principe zoals dat is verwoord door John Stuart Mill: 'the sole end for which mankind are warranted, individually or collectively, in interfering with the liberty of action of any of their number is self-protection (...) the only purpose for which power can be rightfully exercised over any member of a civilized community, against his will, is to prevent harm to others. His own good, either physical or moral, is not a sufficient warrant.'[8] Gedrag mag pas aan banden worden gelegd als het ondubbelzinnig schadelijk is voor andere personen. Kenmerkend voor deze manier van redeneren is de scheiding die wordt aangebracht tussen het eigen morele oordeel over de toelaatbaarheid van deze of gene techniek enerzijds en het antwoord op de vraag of deze techniek op morele gronden verboden zou moeten worden aan de andere kant: men is zelf van mening dat het aborteren van een gewenst kind vanwege een te verwachten handicap slecht, dubieus of zondig is, maar men wil deze overtuiging niet dwingend opleggen. Zelf zou men niet voelen voor postmenopauzaal moederschap, maar men kan het billijken dat andere vrouwen van middelbare leeftijd daar anders over denken.

Gedrag mag pas aan banden worden gelegd als het ondubbelzinnig schadelijk is voor andere personen.

Arbeidsdeling
Het derde patroon is, zou je kunnen zeggen, dat van de *arbeidsdeling op normatieve gronden*. De algemene gedachte hier is dat het maatschappelijk leven bestaat uit een x aantal velden, domeinen of rechtvaardigheidssferen. In elke sfeer gelden andere morele normen: wat op de markt of in de winkel is toegestaan, is ontoelaatbaar in de rechtszaal of het parlement. Kiezen voor deze manier van redeneren betekent dat men morele dilemma's probeert op te lossen door de grenzen van de verschillende sferen in herinnering te roepen of te herijken. Men betoogt bijvoorbeeld dat medici moeten voorzien in medische behoeften; artsen zijn geen handelaars, zij zijn er dus niet om zogeheten 'wens-geneeskunde' te praktizeren. Neem de reageerbuisbevruchting. Onvruchtbaarheid kan (met enige goede wil misschien) worden begrepen als een pathologische aandoening. Voor vrouwelijke onvruchtbaarheid na de overgang geldt dat niet; die is een natuurlijk gegeven, desnoods een fout van de natuur, maar geen reden voor medisch ingrijpen. Ergo: IVF voor de over-

5. Het is tegenwoordig mogelijk om door prenataal onderzoek het geslacht van een ongeboren kind vast te stellen. In theorie is het daarmee ook mogelijk een zwangerschap te laten beëindigen omdat het kind niet het gewenste geslacht heeft. Dit schijnt in Nederland nauwelijks voor te komen. In andere landen, met name in India en China, heeft de praktijk van de geslachtsspecifieke abortus merkbare demografische gevolgen. Vgl. Jodi Danis, *Sexism and 'the Superfluous Female': Arguments for Regulating Pre-Implantation Sex-Selection*, Harvard Women's Law Journal, jrg. 18, 1995, p. 219-264.
6. Zie voor een uitgebreide bespreking van deze redeneerpatronen: M.J. Trappenburg, *Soorten van gelijk. Medisch-ethische discussies in Nederland*, diss. RUL 1993, Tjeenk Willink, Zwolle, m.n. hfdst. 6 en 7. In mijn proefschrift wijken de etiketten van de redeneerpatronen iets af van de hier gebruikte termen. Strikt religieuze redeneringen (techniek x druist in tegen de wil van de Heer, is in strijd met het Bijbels gebod etc.) blijven hier buiten beschouwing. De praktijk leert dat deze argumenten in Nederland nooit meer afzonderlijk kunnen leiden tot regelgeving. Wetten invoeren met als argument dat zij overeenstemmen met Gods woord, Zijn wil of wat dies meer zij komt in een geseculariseerde samenleving als de onze niet voor. Wel spelen dergelijke overwegingen indirect een rol (wij moeten respect hebben voor of ruimte geven aan deze of gene religieuze overtuiging). Zie over het geseculariseerde karakter van de Nederlandse gezondheidsethiek ook: H. Zwart, *Ethische consensus in een pluralistische samenleving*, diss. KUN, Thesis Publishers, Amsterdam 1993.
7. Zie bijvoorbeeld H.J.J. Leenen, *Handboek Gezondheidsrecht. Deel I. Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, 3e. dr., Samsom/Tjeenk Willink, Alphen a/d Rijn 1994, hfdst. 7.
8. John Stuart Mill, *On Liberty*, ed. with an introduction by Gertrude Himmelfarb, Penguin Books, Harmondsworth 1974 (1859), p. 68.

gang ja, IVF na de overgang nee, want daar is geen therapeutisch doel mee gediend. Of neem de vraag of het, gesteld dat dit mogelijk zou zijn, ooit verantwoord kan zijn om veranderingen aan te brengen in het genetisch patroon van het nageslacht. Aanhangers van het derde redeneerpatroon zullen zeggen: ja, dat is toelaatbaar voor zover het gaat om een genetische ingreep ter voorkoming van een ernstige ziekte of handicap. Gaat het om eugenetisch ingrijpen (dat tot doel heeft het kind extra mooi, extra handig of extra intelligent te doen zijn), dan mag het niet.

Gaat het om eugenetisch ingrijpen (dat tot doel heeft het kind extra mooi, extra handig of extra intelligent te doen zijn), dan mag het niet.

Cultuurkritiek

Het vierde redeneerpatroon is *cultuur-sociologisch* of *cultuur-filosofisch* van aard. Men wijst op de mogelijke grootschalige gevolgen van medisch-ethische kwesties of men beschouwt die kwesties als symptomen van een veel dieper liggend probleem. Zo wordt bijvoorbeeld de vraag om post-menopauzaal moederschap uitgelegd als een symptoom van een breed cultureel fenomeen: wij kunnen in onze cultuur niet langer omgaan met grenzen. 'Voor een aantal dingen in het leven is er een bepaalde tijd. (...) Er is een tijd om kinderen te krijgen en er is een tijd om dat, gelukkig of helaas, niet meer te kunnen. (...) De vraag is dan natuurlijk wel wat mensen beweegt om zo uitdrukkelijk uit de fase te willen lopen. Wat dat betreft komt de gedachtenvorming over IVF bij oudere vrouwen bepaald niet uit de lucht vallen. Het heeft alles te maken met het toenemende onvermogen om met grenzen en eindigheid om te gaan. Hoe meer de droom van de eeuwige jeugd en van onbegrensde mogelijkheden wordt aangejaagd door de reclame, des te moeilijker zal het worden om zich te schikken in de beperkingen die aan het leven nu eenmaal eigen zijn.'[9] Technieken als de reageerbuisbevruchting, prenatale diagnostiek, maar ook anticonceptie zouden getuigen van een maakbaarheidsideaal: kinderen krijgen wanneer u ze wenst en net hoe u ze hebben wilt.[10] Een oplossing van het schijnbare probleem (bijvoorbeeld een antwoord op de vraag of er een lijst moet komen met aandoeningen waarvoor prenatale diagnostiek wel en niet geïndiceerd is, of een lijst van aandoeningen waarvoor men een ongeboren kind wel of niet mag laten aborteren) doet niets af aan het echte probleem, dat immers veel dieper ligt, ergens aan de wortel van de moderne maatschappij.

Oplossingsstrategieën

Regulering

De vier redeneerpatronen leiden tot verschillende soorten normering of regulering met elk hun eigen voor- en nadelen. Het juridische redeneerpatroon leidt vaak tot een herwaardering van bestaande regelgeving. Wetten die niet zijn gemaakt met een ultra-modern medisch-ethisch dilemma in het achterhoofd blijken toch in staat om dat dilemma bevredigend op te lossen, zoal niet direct, dan toch zeker na toepassing van inventieve methoden van wetsinterpretatie (toepassing naar analogie bijvoorbeeld). De voordelen van deze manier van reguleren zijn evident: het gevoel dat de technologie voortschrijdt in een ongereguleerd moreel vacuüm wordt minder sterk; men hoeft zich niet het hoofd te breken over heel nieuwe regelgeving en men kan ten volle profiteren van het gezag van het bestaande rechtssysteem. Nadelen zijn er ook. Naarmate de regulering met behulp van bestaand recht meer creativiteit en inventiviteit vereist, is zij gemakkelijker onderuit te halen. De boven aangeduide positief-rechtelijke oplossing voor de problematiek van de embryo-experimenten is bijvoorbeeld finaal weggeschreven door ethicus-jurist Wibren van der Burg in een artikel met de veelzeggende titel *De juridische status van het embryo: een op drift geraakte fictie.*[11]

Keuzevrijheid

Aanhangers van de liberaal-filosofische redeneerwijze komen doorgaans uit op het standpunt dat regulering van bepaalde medisch-ethische kwesties niet nodig of zelfs onwenselijk zou zijn. Doorgaans betoogt men dat autonome volwassen mensen zelf (moeten) kunnen beslissen over de morele vragen die zich opdringen. Dus: vrouwen kunnen het beste zelf (of in samenspraak met hun partner) beslissen of zij hun ongeboren kind onderwerpen aan prenataal onderzoek en zij kunnen het beste zelf beslissen of zij bij een negatieve uitslag hun zwangerschap willen afbreken. Wel of geen reageerbuisbevruchting en wanneer en hoe vaak is een keuze die primair zou moeten worden gemaakt door de betrokken vrouw en wel of geen medische levensbeëindiging (stoppen met een behandeling of actieve euthanasie) is evenzo een zaak voor de betrokken patiënt. De problemen in dit model schuilen enerzijds in die vragen die gaan over wilsonbekwame personen (zwaar gehandicapte pasgeborenen, zwakzinnigen), anderzijds in de financiële kant van de zaak. Als de vrouw zelf degene is die beslist over abortus, IVF, eiceldonatie of prenatale diagnostiek, wie is dan degene die voor al deze zaken betaalt? Met name waar de autonome persoon of patiënt ziekenfondsverzekerd is, kan toch met enig recht worden volgehouden dat de maatschappij of de politiek iets te zeggen zou moeten hebben over de omvang van het aangeboden verstrekkingenpakket. Het aanbieden van voorzieningen buiten dat pakket om betekent niet dat zij beschikbaar zijn voor wie daarvoor kiest, maar dat zij een privilege worden dat men zich moet kunnen permitteren.

9. H.J. Veltkamp, *Een onbehagen dat niet verdwijnt*, Trouw, 11 mei 1996, p. 11.
10. H.A.M.J. ten Have, *De achterliggende vragen*, in: André Kalden & Peter Beker (red.), *Het perfecte kind. Kunstmatige voortplanting in Nederland*, Stubeg, Hoogezand 1993, p. 115-134.
11. W. van der Burg, *De juridische status van het embryo: een op drift geraakte fictie*, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, jrg. 18, nr. 7, 1994, p. 386-401.

Zelfregulering
Redeneren volgens het derde patroon leidt veelal tot een oplossing die heil verwacht van zelfregulering en beroepsethiek, al dan niet gecombineerd met aanvullende regelgeving. Men wijst erop dat artsen zich niet zullen laten verleiden tot het aborteren van ongeboren kinderen om niet-pathologische redenen (verkeerde huidskleur, aanleg voor kaalhoofdigheid) en dat zij zich niet zullen wagen aan post-menopauzale IVF voor vrouwen van middelbare leeftijd; de gemiddelde arts neemt zijn vak serieus en houdt zich niet bezig met dergelijke flauwekul. En mocht een enkele niet-gemiddelde arts daar anders over denken, dan zal deze daarvoor tuchtrechtelijk op de vingers worden getikt. Ook aan deze strategie kleven nadelen. Regelmatig wordt erop gewezen dat de gezondheidszorg geen duidelijk afgebakend veld is: er bestaan tal van geaccepteerde medische oplossingen voor niet-medische problemen. Denk aan plastische chirurgie om kosmetische redenen, sterilisatie, kunstmatige inseminatie voor lesbische paren en alleenstaande vrouwen.[12] Als al deze uitzonderingen op de 'medische logica' of op de 'grenzen van de medische sfeer' worden toegestaan, waarom zou men bij nieuwe medisch-ethische dilemma's dan opeens krampachtig vast willen houden aan diezelfde grenzen?

Wat de eerste drie manieren van redeneren en reguleren gemeen hebben, is dat zij zich lenen voor uitvoerige, scherpe en gedetailleerde debatten. Het positieve recht leent zich voor langdurige discussies over de juiste interpretatie daarvan, zowel door gezondheidsjuristen als door ethici en moraal-filosofen die er van iets verder af tegenaan kijken. De juiste toepassing van het schade-principe en de leer van de autonome patiënt is bij ieder nieuw medisch-ethisch dilemma voer voor filosofen: wanneer kan een bepaald effect als schade worden aangemerkt? Zijn patiënten wel autonoom? Is datgene wat er uitziet als een bewuste keuze van een wilsbekwaam individu niet in feite de door de technologie gedicteerde keuze van een hulpeloze patiënt?[13] De beroepsethiek van medici is onderwerp van beraad in medische kring. De derde manier van redeneren leent zich bovendien voor maatschappelijke discussies over de vraag of het wenselijk is bepaalde verschijnselen te 'medicaliseren'. Als prenatale diagnostiek alleen is toegestaan voor afwijkingen die door artsen als voldoende ernstig worden aangemerkt, is dat dan een wenselijke check op de toepassing van deze techniek of is het een verdergaande medicalisering van de zwangerschap en een ongewenste machtsuitbreiding van de medische stand?

De echte kwesties in de samenleving
Anders ligt dat met het vierde redeneerpatroon. Beschouwingen daarop gebaseerd kunnen uitmonden in allerlei pleidooien voor bewustwording, cultuurverandering of herbezinning op normen die in het verleden werden gehanteerd. Neem bijvoorbeeld een verhaal waarin wordt betoogd dat de wereld waarin wij leven heel anders is dan de wereld van vroeger. Allerlei zaken die vroeger vanzelfsprekend waren zijn nu vragen waarover men zelf een beslissing moet nemen. Het is niet meer vanzelfsprekend dat je gaat trouwen, dat je kinderen krijgt, dat je zelf voor die kinderen zorgt en je baan daarvoor opgeeft. Over al die dingen moet tegenwoordig worden nagedacht. In een mooie omschrijving van Anthony Giddens: 'The self becomes a reflexive project and, increasingly, the body also. Individuals cannot rest content with an identity that is simply handed down, inherited or built on a traditional status. A person's identity has in large part to be discovered, constructed, actively sustained. Like the self, the body is no longer accepted as 'fate', as the physical baggage that comes along with the self. We have more and more to decide not just who to be, and how to act, but how to look at the outside world.'[14] Analyses in het vierde redeneerpatroon zijn vrijwel altijd juist, of 'in de kern juist maar wel erg negatief getoonzet' dan wel 'ietwat overtrokken'.

Als de vrouw zelf degene is die beslist over abortus, IVF, eiceldonatie of prenatale diagnostiek, wie is dan degene die voor al deze zaken betaalt?

De link tussen de analyse en enigerlei gepresenteerde remedie kan echter allerlei vormen aannemen. Een voorbeeld. Analyse: Waar men vroeger automatisch leefde met grenzen (de biologische grens van de menopauze, de grens van het levenseinde dat niet door allerlei medische kunstgrepen kon worden uitgesteld, morele grenzen gesteld door het religieuze leergezag of door de Bijbel) daar leven wij nu in het land van de onbegrensde mogelijkheden. Akkoord. Het lijkt mij een wat erg zonnige analyse van het leven in het hier en nu (zelf loop ik toch heel regelmatig tegen grenzen aan), maar vooruit, er zit toch duidelijk iets in. Wat doen we eraan? Weer leren luisteren naar de natuur en biologische gegevenheden accepteren als evenzovele slagen van het noodlot? Dat kan een oplossing zijn. Een x aantal medische technieken verbieden zodat het scala der keuzemogelijkheden althans een beetje wordt ingeperkt? Dat is misschien ook een remedie. In een recent interview pleit Heleen Dupuis voor een diepgravende bezinning op 'de echte kwesties in de samenleving'. De gevallen waar zij zich normaal gesproken over uit moet spreken (zij noemt het voorbeeld van een zwaar gehandicapte pasgeborene wier arts besluit te stoppen met behandelen) zijn niet de vragen waar het echt om draait: 'Laten we liever naar de echte morele kwesties in de samenleving kijken en ons niet blind-

12. Vgl. bijvoorbeeld Guido de Wert, *De grenzen van het moederschap*, Trouw, 4 juni 1994.
13. Vgl. Dorien Pessers, *Recht op een gezond kind*, de Volkskrant, 20 augustus 1996, p. 9: 'De medische ethiek van de patintensoevereiniteit is niets anders dan een gemakzuchtige analogie met de consumentensoevereiniteit. Beide leerstukken doen in valsheid niet voor elkaar onder. Ze leveren een pseudo-vrijheid op. Van mensen wordt verwacht dat zij een positie innemen in een professioneel en commercieel veld dat zij niet overzien en waarin zij de gevolgen van hun eigen handelen niet zelf kunnen bepalen.'
14. Anthony Giddens, *Beyond Left and Right. The Future of Radical Politics*, Polity Press, Oxford 1994, p. 82.

staren op dit soort mini-issues. (...) Een generalistische visie op het hele gebeuren in de samenleving, die alle factoren goed kan meenemen, is niet eenvoudig. De feitenkennis die je nodig hebt om überhaupt een oordeel te kunnen vormen over wat er aan de hand is, over een bepaald stuk van onze samenleving is al zo gigantisch. Maar juist daarom moet iedereen zich leren afvragen: Wat willen we nou echt met onze maatschappij? Wat vinden we nou belangrijk? Het is belangrijk om daarover *common-sense* ideeën te ontwikkelen en in debat te gaan. Ook op dat gebied moet iedereen *know-how* ontwikkelen en methodes daarvoor kun je leren.'[15] Ik ben minder optimistisch dan Dupuis over ons vermogen om methodes te leren om alomvattende problemen te lijf te gaan. Het is moeilijk om systematisch te redeneren op basis van de cultuursociologische analyses van het vierde redeneerpatroon en oplossingen te verzinnen voor zeer diep liggende problemen. Het vierde redeneerpatroon kan uitlopen op:
- betrekkelijk willekeurige ad hoc maatregelen (laten we in ieder geval maar iets verbieden; het geeft niet eens zoveel wat, om een daad te stellen);
- blauwdrukken ter grootscheepse hervorming van de samenleving die sinds lange tijd terecht in een kwade reuk staan;
- enigerlei utilitaristische filosofie met alle nadelen vandien (hoe weeg je de nadelen van een 'consumptiemaatschappij' of een 'maakbaarheidsideologie' af tegen het individuele leed van personen?);
- gratuite oproepen tot mentaliteitsverandering.

Voor of tegen een vrije geslachtskeuze

Terug naar het debat over vrije geslachtskeuze en de Genderkliniek. Het Rathenau Instituut, een soort adviesorgaan van het Nederlandse parlement[16] liet onderzoeken wat gewone burgers vinden van deze nieuwe mogelijkheden. Men legde een willekeurige verzameling burgers een schriftelijke enquête voor en liet daarnaast door leden van verschillende bevolkingsgroepen (Surinamers/Antillianen, Turken, Marokkanen en Nederlanders) kringgesprekken voeren over deze materie. Met name uit de verslagen van deze kringgesprekken kan worden afgeleid welke argumenten door gewone burgers worden gebruikt bij de beoordeling van dit soort nieuwe technologie.[17] Het brede publieke debat is gevoerd door de Gezondheidsraad (het rapport van de Raad over deze materie verscheen in de periode waarin de Genderkliniek nieuws van de dag was) en door de schrijvers van ingezonden stukken op de opiniepagina's van kranten.[18] In de discussie kunnen sporen van alle vier de redeneerpatronen worden teruggevonden.

Non-discriminatiebeginsel
Het juridische patroon wordt relatief weinig benut. In het rapport van de Gezondheidsraad wordt de vraag gesteld of vrouwen die zwanger zijn van een kind dat niet het geprefereerde geslacht heeft het recht hebben het kind te laten aborteren. Constitueert dit een noodsituatie in de zin van de Wet afbreking zwangerschap? De Raad constateert dat dit wellicht een enkele keer het geval zal zijn; denk aan allochtone vrouwen die geconfronteerd zullen worden met sociale uitstoting als zij niet in staat zijn een zoon te baren.[19] Een ander juridisch argument kan worden aangetroffen in een hoofdredactioneel commentaar in *Trouw*, dat overigens een treffende combinatie vormt van verschillende redeneerpatronen tegelijk. De auteur probeert houvast te zoeken bij het non-discriminatie-beginsel: 'het voert te ver wanneer de 'autonome' mens de natuur van de natuur gaat aantasten, daarmee vooralsnog onoverzienbare problemen over zich afroept en dat alles vanwege een toevallige voorkeur voor een jongen of meisje, terwijl artikel 1 van de Grondwet juist een gelijke behandeling van de sexen voorschrijft.'[20] In de door het Rathenau Instituut opgetekende gesprekken tussen gewone burgers spelen juridische redeneringen geen rol van betekenis.

Liberale argumenten
Anders ligt dat met het liberaal-filosofische redeneerpatroon. In de gespreksprotocollen van de Nederlandse groep ondervraagden vinden we duidelijk het liberale onderscheid terug tussen enerzijds het eigen morele oordeel en anderzijds de vraag of de overheid deze technologie aan banden zou moeten leggen. 'Ik ben er tegen. Ik zie na negen maanden wel wat ik krijg. Maar als mensen kunnen kiezen, waarom zou je ze niet die keuze geven. Ik ben niet voor restricties tegen deze kliniek.' 'Je hebt niet het recht de mensen deze keuze te verbieden. Ik zelf vind het niet moreel verantwoord, maar dat bepaal ik niet!'[21] 'Ik ben tegen. Mensen kunnen het niet aan als de keuze niet uitkomt. Aan de andere kant wil ik niets verbieden. Mensen moeten maar

15. Maartje den Breejen en Rene Gude, *Denkfout. Heleen Dupuis over het nut van filosofie-onderwijs*, Filosofie Magazine, jrg. 5 nr. 7, sept. 1996, p. 36-38, p. 37.
16. Het Rathenau Instituut omschrijft zijn eigen status als volgt: 'Het Rathenau Instituut (voorheen NOTA, Nederlandse Organisatie voor Technologisch Aspectenonderzoek) is een onafhankelijke organisatie die tot taak heeft maatschappelijke en politieke oordeelsvorming te ondersteunen rond vraagstukken die te maken hebben met wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen. Het Rathenau Instituut richt zich met de resultaten van zijn projecten tot het Nederlandse parlement.'
17. *Geslachtskeuze om niet-medische redenen. De mening van de Nederlandse bevolking*, onderzoek in opdracht van het Rathenau Instituut, uitgevoerd door Veldkamp Marktonderzoek, februari 1996. In het vervolg van dit artikel wordt vooral gerefereerd aan het protocol van het kringgesprek van de Nederlandse groep, die immers (veel meer dan de andere groepen) representatief mag worden geacht voor de publieke discussie in de Nederlandse samenleving. Uit de gesprekken van de allochtone groepen blijkt grofweg het volgende: met name in Turkse en Marokkaanse (veel meer dan in Surinaams-Antilliaanse) kringen bestaat, zeker bij de oudere generaties, nog steeds een nadrukkelijke voorkeur voor zoons. Men staat echter zeker niet onverdeeld positief tegenover de techniek van bewuste geslachtskeuze. Het gebruik daarvan wordt gezien als indruisend tegen de wil van Allah en/of de imam en als iets waar je met vrienden en kennissen zeker niet hardop over zou durven praten. In de Turkse groep is men van oordeel dat er in Turkije heel duidelijk een markt zou zijn voor een instituut als de Genderkliniek.
18. Mijn krantenarchiefje over de Genderkliniek is helaas beperkt tot *Trouw, de Volkskrant* en *NRC-Handelsblad*.
19. Gezondheidsraad: Beraadsgroep Gezondheidsethiek en Gezondheidsrecht, *Geslachtskeuze om niet-medische redenen*, Den Haag, Gezondheidsraad, 1995 (publikatie nr. 1995/11), p. 36.
20. NN, *De kinder-loterij*, Trouw, 17 juni 1995, p. 9.
21. Rathenau Instituut, a.w., p. 46.

doen wat ze willen.'[22] Ook in de kranten en in het rapport van de Gezondheidsraad komt het liberale redeneerpatroon naar voren. Er wordt geïnventariseerd of toepassing van geslachtskeuze schadelijk is en zo ja voor wie dan. Voor het toekomstige kind? Voor vrouwen in het algemeen?[23] Rita Kohnstamm ziet niet in waarom mensen niet zouden mogen krijgen wat hun liefste wens is als zij daar verder niemand schade mee berokkenen: 'Maar doe je er inderdaad geen kwaad mee? Ik kan niets specifieks bedenken. Sommige mensen zeggen dat je hiermee in de hand werkt, dat een kind door zijn ouders niet onvoorwaardelijk wordt gewaardeerd, maar alleen omdat het precies is wat zij wensen. (...) Het lijkt me vergezocht en een onderschatting van de natuur, die zulke onverwachte dingen doet met mannen en vrouwen die ouders worden.'[24] Een speciale variant op de vraag of er bij toepassing van bewuste geslachtskeuze sprake is van schade, is de vraag of er kan worden gesproken van sexisme. Ook hierover zijn de meningen verdeeld. Desgevraagd verklaart 67 procent van de ondervraagden die de schriftelijke vragenlijst van het Rathenau Instituut kregen voorgelegd het (geheel of gedeeltelijk) eens te zijn met de stelling dat bewuste geslachtskeuze ontoelaatbaar is, omdat het hebben van een voorkeur voor een zoon of een dochter getuigt van discriminatie.[25] De Gezondheidsraad maakt in haar rapport een zinnig onderscheid tussen geslachtsvoorkeuren die wel en die niet zijn ingegeven door sexistische motieven. Bij de eerste categorie moet men denken aan overwegingen als: wij willen een zoon want hij moet het bedrijf overnemen of: wij willen een dochter want iemand moet ons verzorgen als wij oud en ziek zijn. Bij de tweede categorie horen overwegingen als: wij geven de voorkeur aan een gemengd gezin, zodat onze kinderen met broertjes en zusjes leren omgaan of: ik wil een dochter omdat ik mijzelf als alleenstaande moeder niet goed in staat acht een zoon op te voeden.[26]

Andere argumenten

Het redeneerpatroon van de arbeidsdeling op normatieve gronden treffen we ook aan zowel bij de Gezondheidsraad, als in de kranten, alsook (zij het in veel mindere mate dan het liberale redeneerpatroon) in de kringgesprekken onder burgers van het Rathenau Instituut. De Gezondheidsraad acht geslachtsselectie (hetzij via zaadselectie zoals in de Genderkliniek, hetzij door middel van selectieve abortus als het kind van het verkeerde geslacht blijkt te zijn) aanvaardbaar ter preventie van een geslachtsgebonden erfelijke ziekte of handicap. Geslacht als zodanig is echter geen ziekte en louter de wens om te weten of men zwanger is van een jongetje dan wel een meisje is dan ook geen aanvaarde indicatie voor prenatale diagnostiek.[27] De respondenten van het Rathenau Instituut verklaarden ongeveer hetzelfde: 'Als het om een ziekte gaat is het prima. Maar niet om uiterlijke kenmerken.'[28] En: 'Ik vind het zinloos. Het is geldverspilling. Ze zouden zich meer moeten verdiepen in deze toepassing op medische gronden.'[29] In de krant wordt de mening geciteerd van H. van Gerven, lid van de Socialistische Partij, die van oordeel is dat 'handel en zorg gescheiden moeten blijven: een kind krijg je, dat koop je niet.'[30]

Kinderen op bestelling

Tenslotte wordt veelvuldig gewezen op de culturele en maatschappelijke veranderingen die ons te wachten staan als een praktijk als de vrije geslachtskeuze vaste voet aan de grond zou krijgen. Veel van de ondervraagden die van het Rathenau Instituut een schriftelijke vragenlijst kregen toegestuurd maakten gebruik van de mogelijkheid zelf nog opmerkingen te maken over de kwesties die aan de orde kwamen in de vragenlijst. Opmerkingen als 'Als deze technieken zo doorgaan, hebben we dan nog mannen en vrouwen nodig om kinderen te verwekken. Griezelige gedachte!', 'Ik vind dat mensen niet moeten gaan knoeien met onnatuurlijke dingen. Mensen zijn tegenwoordig nergens tevreden mee, ze gedragen zich net als kinderen van de moderne opvoeding: alles moet kunnen, als het niet mag, krijg je een grote mond toe' en 'De mens grijpt al te veel in de natuur in. Denk aan het uitsterven van planten- en diersoorten, kappen regenwoud, bioindustrie, enz. Dit moet een halt worden toegeroepen' getuigen van een duidelijke vrees voor de kwalijke invloed van de techniek in het (maatschappelijk) leven.

Rita Kohnstamm ziet niet in waarom mensen niet zouden mogen krijgen wat hun liefste wens is als zij daar verder niemand schade mee berokkenen

De Gezondheidsraad bespreekt een aantal mogelijke visies op de techniek van de geslachtskeuze, onder andere de visie van diegenen die het menselijk streven om zich los te maken van natuurlijke beperkingen met een kritisch oog bezien. 'Zij zien daarachter het najagen van iets dat uiteindelijk een illusie zal blijken te zijn, namelijk die van de maakbaarheid van het leven en de absolute beheersing van het bestaan. Een illusie, zeggen zij, die ons er van afhoudt onze menselijkheid te vinden in de confrontatie met de kwetsbaarheid en de eindigheid van onze existentie.'[31] Regelmatig valt in de krant de mening te beluisteren dat wij met dit soort technieken op weg zijn naar een maatschappij waarin kinderen op bestelling worden geleverd. SP-kamerlid Marijnissen in *NRC-Handelsblad*: 'Ik gun iedereen zijn vrijheid, maar straks krijgen we een bestellijst met de vraag naar drie kinderen met blauwe ogen en een met bruine ogen. Zo worden vrouwen gereduceerd tot een soort baarmoeder. Ik moet daar niet aan denken.'[32]

22. Ibid. p. 49.
23. Gezondheidsraad, a.w., p. 28-30.
24. Rita Kohnstamm, *Een meisje of een jongen?*, NRC Handelsblad, 17 juni 1995, p. 9.
25. Rathenau Instituut, a.w., p. 17.
26. Gezondheidsraad, a.w., p. 28.
27. Gezondheidsraad, a.w., p. 34.
28. Rathenau Instituut, a.w., p. 46.
29. Ibid. p. 49.
30. NN, *Voor de 'kinderkieskliniek': wilt u sper-pa of sper-ma?*, Trouw, 20 juni 1995, p. 9.
31. Gezondheidsraad, a.w., p. 31.
32. Arjen Schreuder, *Klinische kinderkeuze wekt vooral 'intuïtief onbehagen'*, NRC-Handelsblad, 20 juni 1996, p. 1-2.

Regulering van vrije geslachtskeuze

Zoals eerder werd beschreven overweegt minister Borst-Eilers een tweetal manieren om op te treden tegen de praktijk van bewuste geslachtskeuze. Enerzijds is er de toekomstige Wet op de fertilisatietechnieken, anderzijds is er het wetsontwerp Bijzondere medische verrichtingen. In de terminologie van dit artikel kunnen beide wetten worden gekarakteriseerd als illustraties van de paradoxen die zich kunnen voordoen bij type 3-regulering.

Zaadselectie om niet-medische redenen verklaren we tot medische handeling en vervolgens bepalen we dat het alleen mag plaatsvinden om medische redenen.

Wel of geen medische dienst

Een van de belangrijkste vragen over de rechtmatigheid van de Utrechtse Genderkliniek was de kwestie of de kliniek nu wel of niet een medische dienst aanbood. De Utrechtse kliniek meende aanvankelijk zelf van wel; de techniek van zaadselectie was ook (misschien zelfs vooral) bedoeld om echtparen met een genetisch risico op een geslachtsgebonden aandoening een grotere kans op een gezond kind te bezorgen. Daarbij moet worden gedacht aan gevallen als dit: mevrouw A is draagster van de ziekte van Duchenne, hetgeen betekent dat zij vijftig procent kans heeft dat haar zoons door deze ernstige ziekte worden getroffen. Dochters van mevrouw A zijn gezond, zij het dat zij, net als mevrouw A zelf draagster zullen zijn van de ziekte. Voor mensen als mevrouw A biedt het klinisch-genetisch centrum de mogelijkheid van prenatale diagnostiek gevolgd door abortus als de foetus het zieke gen blijkt te hebben, of, indien dat nog niet is vast te stellen, abortus indien de foetus van het mannelijk geslacht blijkt te zijn. Zo'n selectieve abortus (abortus van een gewenst kind) is een zeer belastende ingreep. Mevrouw A zou het wellicht veel prettiger vinden de kans op een meisje al bij de bevruchting sterk te vergroten.

Doordat de kliniek deze ondubbelzinnig medische verrichting aanbood viel zij automatisch onder het geneeskundig toezicht en had zij kunnen vallen onder de door minister Borst ingediende Wet op de bijzondere medische verrichtingen. Denkbaar was geweest dat de minister de kliniek zou hebben verboden zaadselectie te praktizeren vanwege de in het wetsontwerp genoemde 'ongewenste ethische, maatschappelijke of juridische aspecten'. Maar daaraan voorafgaand liet zich nog de vraag stellen of de kliniek puur medisch-technisch gezien wel deed wat zij beloofde en dat was niet het geval: de techniek van zaadselectie was veel minder betrouwbaar dan de kliniek voorgaf. Aldus leek de meest logische weg om de kliniek op medisch-technische gronden te sluiten (zoals je een ziekenhuis zou sluiten waar de artsen hun patiënten zouden vertellen dat zij Aids konden genezen met een nieuw wondermiddel). In een brief aan de Tweede Kamer (d.d. 16 juni 1995) verklaarde de minister het volgende: 'Het door het behandelcentrum in Utrecht genoemde slagingspercentage van circa 80% komt (...) niet overeen met de door de Gezondheidsraad aangehaalde literatuur. Het werkelijke 'slagingspercentage' ligt vermoedelijk veel lager. Het aanbieden van deze techniek aan echtparen met een ernstige geslachtsgebonden ziekte in de familie is dan ook volstrekt onaanvaardbaar. (...) Ik heb de Inspectie voor de Gezondheidszorg verzocht zich op de hoogte te stellen van de situatie in het behandelcentrum te Utrecht en mij over zijn bevindingen te rapporteren. De inspecteur heeft een eerste bezoek gebracht aan het behandelcentrum (...) Er blijkt thans niet het personeel noch de apparatuur om de behandeling te kunnen verrichten. (...) Uit het bovenstaande zal het u duidelijk zijn dat het mijn wens is om deze praktijk te voorkomen.'[33] In een latere brief (12 september 1995) wijst de minister erop dat de artsen in de Genderkliniek zouden kunnen worden aangepakt via het medisch tuchtrecht en via het burgerlijk recht (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst). De verrichtingen in de kliniek vallen voorts onder het regime van de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (de Wet BIG, die overigens nog niet in werking is getreden) en onder de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (artikel 18), hetgeen betekent dat zij onderworpen zijn aan een vergunningsvereiste.

Geconfronteerd met al deze obstakels op haar weg kiest de kliniek eieren voor haar geld. Men ziet af van zaadselectie om medische redenen. De techniek zal alleen nog worden aangeboden aan ouders met een kinderwens specifiek gericht op een nakomeling van een bepaalde sexe. Daarmee vervalt het motief om de kliniek vergunningplichtig te maken op grond van hetzij de Wet ziekenhuisvoorzieningen, hetzij de Wet bijzondere medische verrichtingen. Ook voor een algeheel verbod via een algemene maatregel van bestuur op basis van die laatste wet bestaat geen ruimte meer.

Nodeloze medicalisering

We stuiten hier op een vreemde kronkel in het redeneerpatroon van de arbeidsdeling op normatieve gronden. Een van de kerngedachten van dat model is altijd dat men zich zou moeten vasthouden aan de klassieke grenzen van de medische sfeer. Medici zijn er voor medische behoeften, zij zijn er niet voor alles wat u verder nog zou willen in het leven. Er mag eens een uitzondering gemaakt worden (kosmetische chirurgie, sterilisatie), maar het principe moet duidelijk zijn: het dagelijks leven mag niet te zeer worden gemedicaliseerd. Vasthouden aan dat op zich zo redelijke principe heeft evenwel zijn prijs: als we het dagelijks leven (dat deel van het dagelijks leven waarin de Genderkliniek haar werk verricht) niet medicaliseren, hoe moeten we het dan nog normeren? Een gelukkig toeval wil dat het verrichten van handelingen met eicellen en zaadcellen, gericht op het totstandbrengen van een kunstmatige zwangerschap, krachtens de Wet BIG is voorbehouden aan artsen en dat artsen op hun beurt vallen onder het medisch tuchtrecht, zodat de Gender-

33. TK 1994-1995, 24238 nr. 1, Brief van de minister van VWS, 16 juni 1995, Geslachtskeuze.

kliniek toch niet volledig haar eigen koers kan varen. Zouden wij echter vast willen houden aan het uitgangspunt dat nodeloze medicalisering moet worden vermeden, dan valt toch veel te zeggen voor de gedachte dat knutselen met geslachtscellen zonder medische aanleiding niet *a priori* als medische aangelegenheid kan worden beschouwd. Naar mijn idee ondergraaf je het centrale idee van de type 3 normering als je een aantal evident niet-medische handelingen eerst medicaliseert om vervolgens vast te stellen dat deze handelingen alleen op medische indicatie mogen worden verricht. (Zaadselectie om niet-medische redenen verklaren we tot medische handeling en vervolgens bepalen we dat het alleen mag plaatsvinden om medische redenen.) De kans bestaat dat deze strategie ook wordt gevolgd in de toekomstige Wet op de fertilisatietechnieken, die zich zal uitstrekken over *in vitro* fertilisatie, pre-implantatie diagnostiek, het bewaren van afstammingsgegevens van donoren van geslachtscellen, het bewaren en gebruiken van embryo's enzovoort.[34] Een aantal van deze technieken lijkt een medisch karakter te hebben. Bij andere is dat veel minder of zelfs helemaal niet het geval (draagmoederschap). Zou men al deze handelingen willen voorbehouden aan artsen (draagmoederschap mag alleen onder medisch toezicht) om vervolgens vast te leggen dat een en ander alleen om medische redenen mag plaatsgrijpen (draagmoederschap mag alleen als de wensmoeder medisch gezien niet in staat is kinderen te baren; het mag niet als de werkende vrouw alleen maar geen tijd heeft om zwanger te zijn), dan lijkt dat een nogal verwrongen constructie.

Tenslotte

Het zou een goede zaak zijn om bij het verdere redeneren op basis van het idee van de arbeidsdeling op normatieve gronden explicieter na te denken over de normering van die terreinen des levens die niet-medisch zijn en het ook liever niet moeten worden. De medische sfeer is niet het enige terrein waarop wij sturende noties bezitten. Handelingen die worden verricht op andere gebieden vinden niet plaats in een ongenormeerde ruimte, die zijn in veel gevallen onderworpen aan impliciete normen, die net zo paal en perk-stellend zouden kunnen werken als de medische indicatie. Het expliciteren van gedeelde normen op andere maatschappelijke terreinen dan het medische, zou ons bovendien in staat stellen via een omweg iets meer te doen met de vaak verstandige, maar weinig sturende noties die een rol spelen in het vierde redeneerpatroon. De 'grootscheepse' gedachte dat wij langzaamaan lijken te leven in een consumptiemaatschappij waarin we zelfs ten aanzien van het eigen nageslacht wensenlijstjes op tafel mogen leggen, mits we bereid zijn te betalen en dat we weer terug zouden moeten naar een maatschappij waarin berusting, acceptatie en respect voor de grenzen van de natuur een belangrijke rol spelen zou kunnen worden omgebogen naar de volgende vraag: Wat zijn in onze samenleving belangrijke normen ten aanzien van het gezin, in het bijzonder de relatie tussen ouders en kinderen? Komen deze normen op de tocht te staan door allerlei varianten van kunstmatige voortplanting? De vraag hoe wij denken over ouders en kinderen is gemakkelijker te beantwoorden dan de hierboven geciteerde vraag van Dupuis 'wat we nu eigenlijk willen met onze maatschappij'. Het is natuurlijk niet zo dat Nederlandse burgers het op voorhand allemaal met elkaar eens zijn waar het gaat om *family values*, maar het betreft hier een onderwerp waar we gericht over kunnen spreken. We zouden bijvoorbeeld kunnen beginnen met een aantal ijkpunten: reproductieve vrijheid van aspirant-ouders: in beginsel mag men een gezin vormen als men dat wil en met wie men dat wil. We zouden daaraan toe kunnen voegen dat men ook enige zeggenschap heeft in de manier waarop men ouders wil of denkt te kunnen worden: sommige mensen achten zich niet in staat een zwaar gehandicapt kind groot te brengen en waar dat risico in redelijkheid kan worden voorkomen lijkt daar weinig op tegen. Andere ouders willen hun kind onvoorwaardelijk accepteren, ongeacht handicaps en deze keuze moet niet alleen worden gerespecteerd, maar ook financieel altijd mogelijk zijn. Commerciële noties horen niet thuis in de sfeer van het gezin: kinderen zijn niet te koop of te huur, er wordt geen garantiebewijs bij geleverd. Het gezin moet voor kinderen een veilige plek zijn om groot te worden. Tegen de achtergrond van een algemene discussie over deze ijkpunten zouden we kunnen proberen een oordeel te vormen over de nieuwe vormen van voortplanting die de minister wil reguleren in de Wet op de fertilisatietechnieken. Mij lijkt dat logischer dan alles onderwerpen aan een medisch regime en vervolgens alleen toestaan op medische indicatie en gemakkelijker, praktischer en overzichtelijker dan een en ander plaatsen tegen de achtergrond van een brede discussie over de schaduwzijden van de moderne cultuur.

34. TK 1995-1996, 24238, nr. 3, Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 20 oktober 1995, Geslachtskeuze, p. 1.