

Selbstbestimmung in der genetischen Beratung

Eine Schwangerschaft zu beginnen oder nicht, sie, wenn sie einmal besteht, zu Ende zu bringen oder abubrechen, ist bereits seit längerer Zeit Bestandteil des Entscheidungsspielraums, den Frauen in ihrem Leben haben. Die Möglichkeit, Pränataldiagnostik oder Präimplantationsdiagnostik in Anspruch zu nehmen und über die genetische Ausstattung von Feten bzw. Embryonen einiges in Erfahrung zu bringen, differenziert diesen Entscheidungsspielraum noch weiter. Die Kenntnis von genetischen Merkmalen kann, soweit sie diagnostizierbar sind, zur relevanten Information im Entscheidungsprozeß über Implantation bzw. Abbruch der Schwangerschaft werden. Feten mit genetischen Schädigungen, soweit sie diagnostizierbar sind, können, wenn die Frauen das wollen, getötet werden.

Oberflächlich betrachtet, ist das ein Paradebeispiel für die Erweiterung der Selbstbestimmung von Frauen. Sie kontrollieren, soweit die Diagnosemöglichkeiten reichen, ob sie ein Leben mit einem behinderten Kind führen oder nicht, eine Option, die sie ohne die Techniken und deren Angebot nicht hätten. Die Entscheidungen über Inanspruchnahme der Diagnostik und Konsequenzen der Diagnose fällen die betroffenen Frauen. Es wird kein körperlicher Zwang ausgeübt und niemand wird bedroht.

Nicht nur die Entscheidungsoption und der dafür nötige Service werden angeboten, sondern darüber hinaus auch Beratungsgespräche, zunächst über die Diagnosetechniken, ihre Leistungsfähigkeit und ihre Risiken, später über die medizinische Bedeutung der Ergebnisse. Und die Beratung soll, nach dem Selbstverständnis der humangenetischen Berater wie nach allgemeiner Auffassung, darauf ausgerichtet sein, dass eine Entscheidung im eigenen subjektiven Interesse der Schwangeren zustande kommen kann, d.h. sie soll nicht nach den Gesichtspunkten vermeintlich höherrangiger objektiver Interessen manipuliert werden, sondern im Gegenteil darin unterstützt werden, die Gründe, die sie selbst bewegen, zu klären und gegeneinander abzuwägen, auch wenn sie den Interessen anderer zuwiderlaufen.

Trotzdem wird gerade die Pränataldiagnostik, sowie die - bisher noch nicht praktizierte - Präimplantationsdiagnostik und die mit beiden einhergehende Beratung massiv unter Gesichtspunkten von Freiheitseinschränkung kritisiert. Ich erinnere an den Untertitel eines

Sammelbandes „Weibliche Selbstbestimmung unter humangenetischer Kontrolle“ (Degener/Kobsell 1991), an Wendungen wie „Handlungszwänge im Bereich der Fortpflanzung“ (Beck-Gernsheim 1991), oder an die Rubrizierung als „kultureller Zwang“ (Kettner 1998), die die medizinische Begleitung von Schwangerschaft insgesamt und die sich mit der Pränataldiagnostik etablierenden sozialen Praktiken insbesondere unter den Verdacht stellen, Frauen Freiheit gerade zu nehmen, indem sie sie scheinbar gewähren. In Dr.med.Mabuse Nr.130, 2001, hat Antje Kehrbach die feministische Diskussion als unversöhnliches Gegeneinander in der Bewertung vorgeburtlicher Diagnostik einerseits als Selbstbestimmung und andererseits als weiteren Schritt bei der Unterwerfung der reproduktiven Fähigkeiten der Frauen unter die Herrschaft patriarchaler Verhältnisse beschrieben. Im Zusammenhang mit der PID werden jetzt ähnliche Befürchtungen geäußert (Kolleck 2000). Was entgeht der oberflächlichen Betrachtung, warum entgeht es, und wie soll man diese Zwänge bewerten?

Es gibt eine ganze Menge von Elementen, durchaus disparater Natur, die eine Beratung vor und nach Präimplantationsdiagnostik, vor und nach Pränataldiagnostik (und übrigens auch vor einem Schwangerschaftsabbruch), zu einer Zwangssituation machen. Zwang wirkt der Selbstbestimmung der Frau entgegen. Ich werde mir bekannte Zwangselemente aufzählen und argumentieren, dass keines davon (und auch nicht der ganze Haufen zusammengenommen) ausreicht, um Frauen die Selbstbestimmung in diesen Situationen, d.i. ihre Kompetenz im Sinne ihrer grundsätzlichen Zuständigkeit für diese Entscheidung wie ihre Kompetenz im Sinne von ihrer Fähigkeit zu dieser Entscheidung, abzusprechen. Letztlich spricht das, was an der Situation Zwangscharakter hat oder in diesem Sinne missbraucht werden kann nur dafür, Beratung auszuweiten, sie besser zu kontrollieren und zu supervidieren, nicht dafür, den Frauen die Diagnostik zu verweigern. Soweit die Entscheidung dann immer noch unter Zwang steht, ist es ein Zwang, der nicht rechtfertigt, ihnen die Entscheidung zu entziehen.

Auf zwei Dinge möchte ich vorab hinweisen: Erstens: Ich erleichtere mir die Darstellung, indem ich nur über die betroffenen Frauen spreche. Dabei habe ich nicht übersehen, dass in der Regel solche Entscheidungen von einem Paar gemeinsam getroffen werden. Zweitens: In diesem Vortrag behandle ich nur einen Teilaspekt der normativen Probleme, die mit humangenetischer Diagnostik einhergehen. Ich spreche nicht über Selektion, nicht über Eugenik, nicht über die Diskriminierung behinderter Menschen, und auch nicht darüber, ob Embryonen Würde haben. Wenn ich also zu dem Schluss komme, dass das Selbstbestimmungsrecht der Frauen eindeutig dafür spricht, dass sie über vorgeburtliche Diagnostik und Präimplantationsdiagnostik verfügen dürfen, dann schließe ich hier nicht aus, dass es nicht vielleicht unabhängig von ihrem Selbstbestimmungsrecht übergeordnete

Gründe gibt, die es angeraten sein lassen, das Selbstbestimmungsrecht zu entziehen. Außerdem setze ich eine bestimmte Auffassung vom Wert von Embryonen und Feten voraus, die wiederum auf einer bestimmten Interpretation der gegenwärtigen moralischen Haltung zu Abtreibungen beruht. Das will ich jetzt kurz erläutern.

Die allgemeine Haltung zu Abtreibungen hat sich in der Vergangenheit verändert, auch wenn darüber immer noch keine gesellschaftliche Einigkeit herrscht. Wir nehmen heute weitgehend die Entscheidung für oder gegen eine Abtreibung als eine Entscheidung wahr, die die Schwangere fällen sollte. Alle an ihrer Entscheidung Beteiligten - Ärzte, Berater, Freunde - dürfen die Schwangere nicht unter Druck setzen. Sie sollen ihr nur beistehen. Institutionen sollen ihre Hilfe anbieten, nicht aufdrängen und damit die Schwangere zu beeinflussen suchen. Zu diesem fragilen Konsens gehört, dass so nicht nur der Frau, sondern auch dem menschlichen Leben am besten gedient ist, weil ein Lebensschutz des Fetus nicht ohne unerwünschte Konsequenzen gegen die Interessen der Schwangeren durchgesetzt werden kann.

Die überwältigende Mehrheit der Mitglieder unserer Gesellschaft misst dem entstehenden menschlichen Leben Wert zu, aber nur eine Minderheit den gleichen Wert wie geborenem menschlichen Leben, sonst wäre der Gedanke an Abtreibung den meisten Menschen unerträglich. Erst diese Nachordnung von Lebensschutz hinter Abtreibungswunsch führt dazu, dass es die Schwangere ist, die sich für oder gegen ein Kind entscheidet. Frauen gewinnen auf diese Weise einen Freiheitsspielraum. Damit sind aber auch sie in erster Linie mit der Verantwortung belastet. Die Schwangere selber muss bei einem Abbruch der Meinung sein, dass ihre Gründe stark genug sind, diesen Abbruch zu rechtfertigen, sie muss davon keine unabhängige Instanz überzeugen. Und sie muss im Anschluss mit ihren Schuldgefühlen fertig werden, weil ein Abbruch immer auch einen Wert vernichtet, den entstehenden Menschen. Die Kosten des gewonnenen Freiheitsspielraums bestehen darin, dass kein Schwangerschaftsabbruch ohne Verletzung einer hochrangigen ethischen Norm zu haben ist.

Dieser Grundkonflikt belastet jede Abtreibung - unabhängig davon, ob es sich um eine Entscheidung nach pränataler Diagnostik handelt. Es ist ein Dilemma, in das jede Frau gerät, die über eine Abtreibung nachdenkt. Eine Schwangere, die pränatale Diagnostik erwägt, ist bereits mitten drin in diesem Konflikt und er belastet sie noch einmal besonders, weil sie sich sicher ist, dass sie ein Kind will.

Ich gehe also davon aus, dass es grundsätzlich richtig ist, wenn Schwangere über Beginn, Abbruch oder Fortsetzung ihrer Schwangerschaft selbst entscheiden, und dass der Grund dafür darin besteht, dass der Wert des entstehenden menschlichen Lebens für weniger gewichtig gehalten wird als das Interesse einer Frau, darüber zu bestimmen, ob sie ihr Leben mit oder ohne Kind führen will. Die gängige Praxis bewertet das Selbstbestimmungsrecht der Frauen höher als das Lebensrecht eines Fetus, und diese Praxis, auch wenn sie auf einem Kompromiss beruht, ist weitgehend, wenn auch nicht vollständig, akzeptiert. Das ist eine Voraussetzung, die ich nicht weiter begründe.

Jetzt möchte ich zu den Zwängen pränataler und präimplantiver Diagnostik kommen und der Frage, wie weit sie die Möglichkeiten der Selbstbestimmung berühren. Der Einfachheit halber will ich nicht weiter zwischen verschiedenen Gruppen von Frauen unterscheiden. Kontrafaktisch möchte ich also annehmen, dass nicht nur jede Frau, die schon schwanger ist, sich, wenn sie will, einer Amniozentese oder Chorionzottenbiopsie unterziehen kann, sondern auch jede Frau, die durch IVF versucht, schwanger zu werden, die Option hat, das Embryo testen zu lassen. An dieser Stelle ist klar, nach Voraussetzung, dass die Entscheidung über einen Abbruch immer ein Konflikt (wenn auch kein Dilemma) ist, weil es nicht ohne die Verletzung eines moralischen oder außermoralischen Wertes geht. Keine Alternative ist ohne Verlust zu haben. Aber ein solcher Konflikt ist für sich betrachtet keine Zwangslage, sondern nur ein Konflikt, wie es im Leben viele gibt. Wenn es in der Entscheidung für oder gegen ein behindertes Kind Zwänge gibt, dann muss man sie bei den Faktoren suchen, die auf die Entscheidung zwischen beiden Alternativen einwirken. Also nehmen wir uns die Faktoren vor und untersuchen ihren Zwangscharakter. Die Aufzählung und die Diskussion der Faktoren wird sehr kurz und deshalb etwas krude ausfallen.

Da sind zunächst nachvollziehbare Gründe, die Frauen angeben, wenn sie sich gegen ein behindertes Kind entscheiden:¹

1. Ein behindertes Kind lässt sich nicht mit eigener Berufstätigkeit vereinbaren. Im Beruf voranzukommen ist für Frauen mit gesunden Kindern in der Regel ein schwieriger Balanceakt, wie viel schwieriger erst mit behinderten Kindern, die unter gegebenen Verhältnissen die individuelle Lebensaufgabe ihrer Mütter sind. Je schlechter die sozialen Verhältnisse, unter denen Frauen leben, desto mehr kommt dazu, dass sie mit der Aufgabe ihrer Berufstätigkeit Armut für sich und ihre Familie riskieren.

¹ Eindrücklich hierzu die Interviewausschnitte in dem Aufsatz von Irmgard Nippert in Kettner 1998. Es fällt auf, dass unter den Interviewten Frauen mit Erfahrung im Umgang mit behinderten Kindern – die also die Zukunft besonders realistisch einschätzen können – die gleichen Gründe angeben.

2. Manche Ehen wachsen durch ein behindertes Kind, viele brechen aber auseinander. Dieses Risiko, wenn eine Frau es für die eigene Ehe als hoch einschätzt und diese Ehe gerne fortsetzen möchte, führt zu dem Wunsch, nur ein Kind ohne genetische Anomalie auszutragen.

3. Ganz parallel dazu wird die Belastung für bereits vorhandene Kinder eingeschätzt. Wenn in der Familie bereits Kinder leben, antizipieren viele Frauen für sie eine unzumutbare Verschlechterung ihrer Lebensverhältnisse. Sie werden sich nicht nur weniger sondern mit hoher Wahrscheinlichkeit ihrer Meinung nach zu wenig um sie kümmern können.

4. Die Lebenssituation, die für das zukünftige Kind vorausgesehen wird, wird als schlecht eingeschätzt, und das in unterschiedlicher Hinsicht, je nach Krankheitsbild bzw. Art der Behinderung. Bei bestimmten genetischen Anomalien muss damit gerechnet werden, dass das Kind unter Schmerzen leben muss. Es kann wahrscheinlich sein, dass es immer abhängig oder sogar pflegebedürftig bleiben wird. Und es wird für diesen Fall zusätzlich befürchtet, dass es als Erwachsener ohne seine Eltern in einer Institution leben muss.²

Man kann darüber spekulieren, ob solche Gründe, wenn sie vorgebracht werden, vorgeschoben sind oder nicht. Das möchte ich hier nicht. Auf den psychischen Druck, aus dem heraus sie vorgeschoben sein könnten, komme ich gleich noch zu sprechen. Jetzt möchte ich kurz diskutieren, ob diese Gründe, wenn sie die Entscheidung motivieren, als Zwang gelten sollten.³

Sind soziale Lage, familiäre Konsequenzen, Lebensqualität des zukünftigen Kindes Zwänge? Umgangssprachlich liegt es nahe, das so zu sehen, etwa wenn man sagt: Die Verhältnisse zwingen mich zu dieser oder jener Entscheidung. Und die sozialen Verhältnisse zwingen uns in diesem Sinne häufig dazu, nicht das zu tun, was wir am liebsten tun möchten. Die sozialen Verhältnisse sind Grund dafür, dass einige Alternativen attraktiver sind als andere, und das manches, was wir gern tun würden, extrem unattraktive Konsequenzen hat - und das ändert unser Wahlverhalten. Aber manche dieser Einschränkungen sind zulässig und andere nicht. Es sollte doch unterschieden werden, wie die sozialen Verhältnisse, auf denen Einschränkungen beruhen, zu beurteilen sind. Es gibt Zwang, gegen den anzugehen ein berechtigter Anspruch ist, und es gibt in dieser Hinsicht

² Über die Befürchtung von Diskriminierung möchte ich hier nicht sprechen. In der bereits erwähnten Untersuchung von Irmgard Nippert taucht diese Befürchtung erstaunlich selten auf.

³ Es fällt auf, dass die ersten drei Gründe, Belastung der eigenen Karriere oder Verhinderung von anderen Zukunftsplänen, wirtschaftliche Not, Belastung der Partnerschaft oder bereits vorhandener Kinder, auch dazu führen können, eine Schwangerschaft ganz unabhängig davon abzubrechen, ob das zukünftige Kind genetisch nicht normal ist. Wenn sie also Zwänge sind, dann für alle Frauen, bei denen solche Gründe zum Abbruch führen, wenn sie auch ohne Diagnose einer genetischen Anomalie weniger hart sein mögen.

neutrale Zwänge, Sachzwänge etwa, die man der Einfachheit halber besser „Rahmenbedingungen“ nennen könnte.

Es scheint mir nun für einige der genannten Gründe gegen Implantation bzw. für Abbruch nicht so ohne weiteres klar auf der Hand zu liegen, ob sie Zwänge oder akzeptable Rahmenbedingungen sind. Deshalb formuliere ich Konditionale, unter denen diese Gründe Zwangscharakter bekommen: Wenn der normative Anspruch besteht, dass Frauen Berufstätigkeit, Karriere und Kinder ohne Einschränkung vereinbaren können, dann gilt das für gesunde wie kranke, für normale wie behinderte Kinder gleichermaßen, und soziale Verhältnisse, in denen das sehr schwer ist, haben Zwangscharakter.

Wenn der normative Anspruch besteht, dass Partnerschaft und Familie durch ein zusätzliches Kind, ob gesund oder krank, normal oder behindert, nicht belastet werden sollten, dann haben soziale Verhältnisse, in denen das in der Regel der Fall ist, Zwangscharakter.

Wenn der normative Anspruch besteht, dass die Lebensqualität behinderter oder kranker Kinder der von normalen oder gesunden so weit es geht entsprechen sollte, dann haben soziale Verhältnisse Zwangscharakter, in denen solche Kinder außerhalb ihres Elternhauses nicht genügend unterstützt werden.

Verbesserungen der sozialen Verhältnisse sind augenscheinlich möglich, damit sage ich nun wirklich nichts Neues. Die Ansprüche darauf will ich hier nicht beurteilen. Sie ergeben sich m.E. nicht von selbst, sie müssen begründet und abgewogen werden. Klar scheint mir jedoch bezogen auf die Frage, ob dadurch das Selbstbestimmungsrecht und die Möglichkeit zur Selbstbestimmung der Frauen berührt ist, dass das nicht der Fall ist. Dabei scheint es mir unerheblich, ob die schlechten sozialen Verhältnisse hinzunehmende Rahmenbedingungen sind, oder ob es sich um abzulehnenden Zwang handelt. Wenn durch schlechte soziale Verhältnisse eine Entscheidung gegen kranke oder behinderte Kinder als das Vernünftigste erscheint, ist das kein Grund, Frauen das Selbstbestimmungsrecht für diese Entscheidung zu entziehen, und es - sagen wir - einem Arzt, einem Vormund, einer Ethikkommission zu übertragen. Auch wenn man Frauen eine genetische Diagnose überhaupt verweigert, weil der Druck der sozialen Verhältnisse gegen die Annahme eines kranken oder behinderten Kindes wirkt, entzieht man ihnen das Selbstbestimmungsrecht über diese Entscheidung. Frauen müssen zwischen schlechten Alternativen wählen, aber es sind eben immer noch sie, die wählen sollten, wenn die Verhältnisse nun einmal so sind. Möglicherweise sind sie für die Konsequenzen ihrer Wahl nur beschränkt verantwortlich, wenn es eine Wahl unter Bedingungen

von Zwang ist, aber es ist immer noch eine Wahl und nicht ein Offenlassen nur einer Alternative und ein Verschließen der anderen. Von der Entscheidung einer Frau für oder gegen ein Kind hängt ab, wie ihr zukünftiges Leben aussehen wird, und solche Entscheidungen sollten von den Individuen gefällt werden, die sie betreffen.⁴

Soweit wird man mir vielleicht noch zustimmen. Davon ist aber die eingangs eingeführte Behauptung, die Selbstbestimmung von Frauen komme unter die Kontrolle des medizinischen Apparates, noch nicht berührt. Diese Behauptung interpretiere ich so, dass erst durch die medizinische Möglichkeit zur Diagnostik, dadurch dass sie vom behandelnden Arzt oder der behandelnden Gynäkologin vorgeschlagen oder sogar angeraten wird, und im Rahmen von Beratungsgesprächen mit Humangenetikern der Druck entsteht, sich der Entscheidung für oder gegen einen Fetus mit genetischen Anomalien überhaupt stellen zu müssen. Würde keine Diagnostik angeboten, gäbe es auch keine Kontrolle durch den medizinischen Apparat. Die bereits eingeschlagene Argumentationsrichtung ist m.E. aber auch für die Beratungssituation durch Medizinerinnen und Mediziner im wesentlichen zutreffend, auch wenn noch zwei weitere Typen von Druck in der Entscheidungssituation dazukommen, die man unter bestimmten Voraussetzungen als Zwang interpretieren kann.

Als erstes ist der hohe psychische Druck zu nennen. Es handelt sich um eine unvermeidbare Wahl zwischen zwei eigentlich abgelehnten Alternativen, die beide psychisch sehr belastend sind. Dazu kommt in den meisten Fällen die Unsicherheit über die tatsächlichen Auswirkungen der genetischen Anomalie im speziellen Fall. Es könnte sein, dass das zukünftige Kind leicht betroffen ist, es könnte aber auch besonders schwer betroffen sein. Zusätzlichen psychischen Druck erzeugt die Unsicherheit darüber, was krank und was gesund ist, was eine Beeinträchtigung ist, mit der Kind und Familie gut leben können, und was eine unerträgliche Situation. Hinzu kommen die psychischen Belastungen einer Schwangerschaft auf Probe. Das kann sehr schnell zur Überforderung führen, zu einer psychischen Notlage, in der die eigenen Überlegungs- und Entscheidungskompetenzen gelähmt sind.

Mit diesem psychischen Druck im Hintergrund ist es naheliegend, sich in das alte Muster der paternalistischen Arzt-Patient-Beziehung fallen zu lassen, und Unterstützung, Rat und Hilfe bei den kompetenten Agenten des medizinischen Apparates zu suchen, die Erfahrung mit solchen Notlagen

⁴ Das gilt in dieser Allgemeinheit nicht ohne Einschränkungen. Wenn gleichrangige oder höherrangige Normen betroffen sind, wird das Selbstbestimmungsrecht eingeschränkt. Für die Fälle der PND und PID hatte ich aber vorausgesetzt, dass das Selbstbestimmungsrecht höherrangig ist gegenüber dem Recht des entstehenden Lebens auf Schutz.

haben. Und gerade diese Erwartung darf die andere Seite idealtypischerweise nicht erfüllen. Unterstützung wird zwar angestrebt, aber die Situation soll non-direktiv gestaltet werden, d.h. sie soll nur die subjektiven Interessen der Schwangeren klären helfen, sie nicht in die eigene oder andere Richtung drängen. Die Schwangere soll die nötigen Informationen erhalten und selber entscheiden. Das setzt eine gewisse Souveränität in der rationalen Selbstkontrolle voraus, eine Distanz zur eigenen Situation die bei psychischem Druck verloren zu gehen droht.

Das ist den Vertretern eines nicht-direktiven Beratungsideals natürlich bekannt. Deshalb streben sie für die Berater eine psychotherapieähnliche Grundhaltung und den Erwerb der entsprechenden Fähigkeiten an, um es ihren Klientinnen zu ermöglichen, ihre soziale Situation, ihre Beziehungen, ihre Wünsche und Hoffnungen zu überdenken. Von einem solchen Beratungsangebot für alle oder auch nur für viele sind wir weit entfernt, wie Frau Zoll gestern in der Diskussion bestätigte. Solange und soweit wir es nicht haben, werden Entscheidungen über Abbruch⁵ also häufig unter schlechten Bedingungen getroffen, nämlich in einer psychischen Notlage. Späteres Leid an der eigenen Entscheidung ist, so oder so, vorprogrammiert. Das ist ein Misstand, der dringend behoben werden sollte. Aber es stellt sich wiederum die Frage: Was ist die normative Folgerung (abgesehen von der offensichtlichen Forderung nach mehr und besseren Beratungsangeboten durch mehr und besser ausgebildete und supervidierte Berater, damit alle Frauen Beratungsangebote wahrnehmen können, die diesen Namen verdienen)? Es scheint mir kein Argument dafür zu sein, die Entscheidung von anderen treffen zu lassen. Mit fundamentalen Entscheidungen, die das eigene Leben betreffen, überfordert zu sein, scheint mir als Beschreibung für viele Menschen in vielen Lebenssituationen zuzutreffen. Man ist versucht, das zu den wesentlichen Kosten der Moderne oder der Individualisierung zu zählen, in der mehr und mehr Entscheidungen im Leben der Individuen offen und nicht sozial vorgegeben sind (und ich bitte um Verzeihung für diesen Griff in die sozialwissenschaftliche Labelkiste). Das ist noch kein Zwang und man kann es darüber hinaus nicht ohne weiteres irgendjemandem zum Vorwurf machen, dass eine solche Situation allgemeiner Überforderung besteht.

Letzter Punkt, die Beratung betreffend: auch die idealtypische Beratung erscheint Kritikern zwangverdächtig. Man kann spekulieren, dass sich in jede Beratung hinter dem Rücken der Beteiligten, der Klientin und des Beraters, Werturteile einschleichen und manipulierend einwirken, die dort nichts zu suchen haben. Berater haben eine Meinung bezüglich dessen, was für ihre Klientin richtig ist, und diese Meinung wird sich einen Weg in das Gespräch bahnen, wie sehr ein Berater oder eine Beraterin sie zu unterdrücken sucht. Die Klientin in ihrer schweren Konfliktlage

⁵ Für Implantation mag das abgeschwächt auch gelten.

sucht nach den kleinsten Anzeichen eines Rates und macht sich dieses Urteil zu eigen, unterliegt dem Zwang der Situation. Selbst das mag sein. Aber trotzdem scheint mir die non-direktive Beratung noch das Beste zu sein, was wir zur Information und Ermächtigung der Klientinnen anbieten können. Und wenn sie nur teilweise funktioniert, so ist die Chance auf eine selbstbestimmte Entscheidung mit Beratung doch höher als ohne.

Schluss

Ist es alles in allem sinnvoll, Diagnostik gar nicht erst anzubieten, weil in der Beratung Kräfte wirken, die Frauen in den Abbruch drängen? In einer bei der Legitimation von Entscheidungen so weit auf Autonomieprinzipien zurückgreifenden Gesellschaft kann man nicht andere entscheiden lassen, wenn Einzelne durch die Entscheidungen, die sie treffen sollen, überfordert sind. Genauso wenig kann man Alternativen, für deren Entscheidung Individuen psychisch oder materiell unzulänglich gerüstet sind, allein deshalb verweigern. Die Verweigerung der Diagnostik würde einen viel weitergehenden Eingriff in die Selbstbestimmung der Frauen darstellen, sie würde ihnen die Option nämlich einfach entziehen. Damit gäbe es gar keine Entscheidung mehr, und a fortiori auch keine Kontrolle über die Entscheidung durch die Frauen. Dem medizinischen Apparat wären sie zwar entronnen, dafür wären ihnen die normativen Gesichtspunkte anderer Institutionen oder gesellschaftlicher Gruppen aufoktroziert worden.

Betrachtet man allein das Selbstbestimmungsrecht von Frauen, so kann sich daraus kein Argument gegen den Einsatz von pränataler Diagnostik oder Präimplantationsdiagnostik gewinnen lassen. Das heißt weder, dass die Situation, so wie sie ist, frei von Zwang ist, noch heißt es, dass diese Diagnostik unter Gesichtspunkten individueller Freiheit völlig unproblematisch ist. Wenn man aber nach Gründen sucht, aus denen sie verboten werden sollte, so sollte man in anderer Richtung suchen. In der Hauptsache bieten sich zwei andere Richtungen an: Zum einen zu zeigen, dass genetische Diagnostik das Diskriminierungsverbot verletzt, oder - in anderen Worten - die These zu begründen, dass durch selektive Implantation bzw. durch selektiven Schwangerschaftsabbruch Behinderten Mitgliedern unserer Gesellschaft der Wert ihres Lebens überhaupt abgesprochen wird und sie mithin in ihrer Würde verletzt werden. Oder zum anderen zu zeigen, dass selektiver Abbruch und selektive Implantation erste Schritte zu einer Gesellschaft mit umfassender Eugenik sind, die nach unseren geteilten Wertvorstellungen abzulehnen sind.

Literatur

Elisabeth Beck-Gernsheim (1991), *Technik, Markt und Moral. Über Reproduktionsmedizin und Gentechnologie*, Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Theresia Degener, Swantje Köbsell (Hg.) (1992), *„Hauptsache, es ist gesund“? Weibliche Selbstbestimmung unter humangenetischer Kontrolle*, Hamburg: Konkret Literatur Verlag.

Matthias Kettner (Hg.) (1998), *Beratung als Zwang. Schwangerschaftsabbruch, genetische Aufklärung und die Grenzen kommunikativer Vernunft*, Frankfurt a.M.: Campus Verlag.

Antje Kheirbach (2001), „Weibliche Selbstbestimmung und vorgeburtliche Diagnostik. Positionen einer feministischen Debatte“, *Dr. med. Mabuse* 130, S.45-50.

Regine Kolley (2000), *Präimplantationsdiagnostik. Embryonenselektion, weibliche Autonomie und Recht*, Tübingen und Basel: Francke Verlag.

Andreas Kuhlmann (1998), „Reproduktive Autonomie? Zur Denaturierung der menschlichen Fortpflanzung“, *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* 6, S.917-933.

Anne Waldschmidt (1996), *Das Subjekt in der Humangenetik. Expertendiskurse zu Programmatik und Konzeption der genetischen Beratung 1945-1990*, Münster: Westfälisches Dampfboot.