

Frauen in der Praxis der Reproduktionsmedizin und im bioethischen Diskurs – eine Intervention¹

Regina Ammicht Quinn, Monika Bobbert, Hille Haker, Marianne Heimbach-Steins, Ulrike Kostka, Dagmar Mensink, Mechtild Schmedders, Susanna Schmidt, Marlies Schneider

Der nachfolgende - gekürzte² - Text ist der Versuch, eine neue Perspektive auf die ethische Diskussion der Reproduktionsmedizin zu entfalten. Die Autorinnen gehen von zentralen theologischen Einsichten wie der unbedingten Annahme des Menschen, der Endlichkeit und der Notwendigkeit sozialer Gerechtigkeit aus, und betonen die Erfahrungsperspektive als methodischen Schlüssel ethischen Urteilens und ethischer Argumentation. Sie weisen auf die Notwendigkeit hin, die geschlechtsspezifische Interpretation des Körpers in der kirchlichen und theologischen Tradition genauso als Hintergrundfolie gegenwärtigen Handelns einzubeziehen wie den Wert der individuellen Autonomie. Autonomie machen die Autorinnen ethisch allerdings vor allem in der Form der „relationalen Autonomie“ geltend und fordern so die Engführung auf eine bestimmte Tradition, den Liberalismus, heraus. Nicht nur im Hinblick auf die individuelle Identität und Erfahrung, sondern auch in sozialetischer Perspektive erscheint die Erfahrung von Behinderung für Betroffene und Betreuende als Emblem des nicht gelingenden Lebens. Insofern bedarf es heute einer neuen Diskussion darum, wie Krankheit, Leiden und Erfahrungen der Unvollkommenheit zum Bestandteil des Lebens und also auch des gelingenden Lebens werden können.

Die Praxis der Fortpflanzungsmedizin und der bioethische Diskurs werden auch dort, wo sie das Leben und die Erfahrungsräume von Frauen betreffen, weitgehend als „neutraler“ Diskurs betrieben. Frauen sind in der Regel Objekte in diesem Geschehen: diejenigen, denen „man“ hilft, diejenigen, die „Rohstoffe“ liefern, oder auch diejenigen, die sich - im Namen ihrer „Autonomie“ - den biotechnologischen Möglichkeiten nicht verschließen sollen.

Eine solche Praxis und ein so gestalteter Diskurs sind für die wissenschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung insgesamt ungenügend, besonders aber im

Hinblick auf Leben und Lebenskrisen von Frauen im Kontext von Fragen nach Zeugung, Geburt und Nachkommenschaft.

Als katholische Christinnen und damit aus einem theologischen Vorverständnis heraus ist es unser Ziel, auf blinde Flecken von Praxis und Diskurs aufmerksam zu machen, deren implizite ideologische Vorannahmen zu benennen und ihnen in ethisch verantworteter Weise die Perspektiven von Frauen einzuschreiben.

Vier Reflexionsorte, die für Frauen zentral sind, bislang aber zu selten reflektiert werden, stehen im Mittelpunkt dieses Papiers: die Kategorien von Erfahrung, Körper, Autonomie und Behinderung. Sie bestimmen unsere Perspektive auf die Handlungsfelder Pränataldiagnostik (PND), In-vitro-Fertilisation (IVF) und Präimplantationsdiagnostik (PID), die für uns den primären Horizont darstellen.

1. Die Perspektive von Frauen: Ausgangspunkte und Beobachtungen

Drei Grundüberzeugungen sind es, die wir aus der biblischen und theologischen Tradition heraus für unverzichtbar halten:

- Menschliche Existenz ist keine „gemachte“ Existenz, und sie wird auch nicht zu einer solchen durch technische Assistenzleistungen – welcher Art auch immer. Menschliche Existenz ist per se und noch vor jeder religiösen Interpretation verdankte Existenz. Sie ist offen für die Gottesbeziehung, was sich in vielen verschiedenen Formen der Religiosität äußert. Dabei rückt das Christentum die Einzigartigkeit eines Menschen genauso wie die Vielfalt unter den Menschen in den Mittelpunkt. Es ist nicht so sehr die ontologische Auszeichnung des Menschen vor anderen Geschöpfen, sondern vielmehr das Angerufenheitsein des Menschen durch Gott noch vor jeder Verpflichtung und jeder Leistung, die wir mit dem Begriff der verdankten Existenz zum Ausdruck bringen.
- Jeder Mensch weiß um seine Endlichkeit und Kontingenz – oder kann um sie wissen. Angesichts der zunehmenden Eingriffsmöglichkeiten und angesichts der Eingriffstiefe in die biologische Konstitution des Menschen erscheint es uns jedoch notwendig, eigens auf Endlichkeit und Kontingenz zu verweisen: Kein Mensch ist für seine physische Konstitution, mit der er auf die Welt kommt, verantwortlich, und auch Eltern sind es nicht im Hinblick auf die spezifische Konstitution ihrer Kinder. Frauen sind weder sich noch anderen das Gebären von Kindern schuldig. Paare sind nicht verantwortlich für Unfruchtbarkeit, und sie sind schon gar nicht schuldig – auch wenn sie vielleicht subjektiv so empfinden. Endlichkeit zeigt uns die Grenzen unserer Zuständigkeit an.
- Als Christinnen ist für uns die Beurteilung einer Praxis aus dem Blickwinkel der sozialen Gerechtigkeit von entscheidender Bedeutung. Durch unseren Glauben sind wir auf diese Perspektive verpflichtet, die nicht zuletzt auch für die bioethischen Praktiken gelten muss. Soziale Gerechtigkeit muss dabei

nicht nur für die nationale Prioritätensetzung in der Gesundheitsversorgung Geltung beanspruchen, sondern sie gilt auch – vielleicht sogar vor allem – für die globale Perspektive, weil dabei schnell deutlich wird, dass Frauen und Kinder häufig die Leidtragenden einer ungerechten und unsozialen Verteilung von Gesundheitsgütern sind.

Wir sehen es als unsere Aufgabe, auch die innerkirchliche Diskussion einer kritischen Reflexion zu unterziehen. Folgende Punkte sind unseres Erachtens hier entscheidend:

- Wir gehen von einer Gleichwertigkeit der Geschlechter aus, die auf die der Geschlechterkategorie vorausliegende theologisch-anthropologische Annahme der Einzigartigkeit und Vielfalt verwiesen bleibt. Eine theologische Anthropologie hingegen, die von einer impliziten oder expliziten Hierarchisierung von Körper und Seele und von einer impliziten oder expliziten Hierarchisierung von weiblichem und männlichem Geschlecht durchzogen ist, können wir nicht teilen.
- Es ist eine Errungenschaft der Moderne, sowohl in biologischer als auch in sozialer Hinsicht Wege eröffnet zu haben, die insbesondere die Abhängigkeit von Frauen (bedingt durch ihre Gebärfähigkeit und dem daraus resultierenden gesellschaftlichen Status) verringert hat. Alle Vorstellungen, die Fortpflanzung als vorrangigen Zweck und Sinn der Ehe sehen, werden diesem emanzipatorischen Anspruch nicht gerecht. Kinder sind ein Geschenk, deswegen sind sie aber auch nicht Mittel der Selbstverwirklichung oder der sozialen Versorgung ihrer Eltern. Ungewollte Kinderlosigkeit mag für viele Paare eine schmerzliche Erfahrung sein; sie ist jedoch weder eine Krankheit noch ein Defekt, auf deren Heilung oder auf dessen Ausgleich Einzelne einen Anspruch erheben können.
- Es gehört zur dringlichen Aufgabe der Kirchen, Konzepte einer verantwortlichen Autonomie zu entwickeln, die es Frauen ermöglichen, Verantwortung zu übernehmen, ohne damit den Verlust der eigenen Identität in Kauf nehmen zu müssen. Weder darf der Paternalismus vergangener Zeiten, und sei es subtil, fortgeführt werden, noch darf dieser durch ein verantwortungsfreies Konzept der Selbstbestimmung ersetzt werden. Durch die späte Anerkennung der Frauenrechte als Rechte ist hier besonders die katholische Kirche in einer Bringschuld.

Aus dieser Perspektive beobachten wir im aktuellen bioethischen Diskurs gravierende Missstände:

- Wir beobachten, dass ohne Rekurs auf die Ebene der Erfahrungen normative Schlüsse aus feststehenden Annahmen gezogen werden. Dies gilt auch für unsere, die katholische Kirche.
- Wir beobachten, dass die „individuelle Autonomie“, besonders diejenige von Frauen, als zentrales Argument für die Einführung oder Durchführung reproduktionsmedizinischer oder gendiagnostischer Maßnahmen benannt wird,

ohne dass eine ethische Reflexion auf die Autonomie selbst erfolgen würde. Dadurch gerinnt jedoch der Rekurs auf „Autonomie“ zu einer Immunisierung gegenüber Einwänden.

- Wir beobachten, dass in vielen Beiträgen unterschwellig ein bestimmter Lebensentwurf (Familie mit biologisch eigenem Kind) favorisiert wird, ohne dass dies artikuliert oder begründet würde.
- Wir beobachten, dass in weiten Bereichen unseres gesellschaftlichen Zusammenlebens Visionen des „Guten“ fehlen, die über ein liberales Gesellschaftskonzept hinausgehen würden. Zudem sehen wir, dass eine zunehmende Individualisierung in zentralen Fragen des Zusammenlebens verschiedener Menschen, verschiedener Generationen und Gruppen um sich greift. Sie erscheint zwar als eine „Befreiung“, aber sie verhindert gleichzeitig die Diskussion darüber, was eine moralische Kultur angesichts eines *Pluralismus der Werte* heute leisten muss.

Die Perspektive des vorliegenden Diskussionspapiers nimmt die Anliegen von Frauen und ihre spezifische Betroffenheit durch die neuen Techniken ernst, während gleichzeitig Frauen in ihrer Divergenz der Lebensläufe, Überzeugungen und Ziele wahrgenommen werden.

Die konkreten Handlungsfelder, in denen Frauen am direktesten mit biotechnologischen Entwicklungen konfrontiert werden und die eine ethische Reflexion notwendig machen, stehen im Zusammenhang mit „Reproduktion“ - mit dem Wunsch nach einem Kind und dem Wunsch nach einem gesunden Kind. Ohne dass unterstellt werden kann, dass alle Frauen diese Wünsche teilen oder in gleicher Weise teilen, so nimmt doch die komplexe Frage nach Fruchtbarkeit im Leben von Frauen einen deutlich anderen Stellenwert ein als im Leben von Männern.

Pränataldiagnostik, In-vitro-Fertilisation und Präimplantationsdiagnostik sind unterschiedliche Bereiche mit differenzierten medizinischen und ethischen Fragen, die dennoch Gemeinsamkeiten aufweisen:

Allen gemeinsam ist die institutionelle Übereignung der Schwangerschaft - oder der Empfängnis und der Schwangerschaft - mit der Konsequenz, dass die Normen des empirisch-professionellen Bereichs zu dominierenden Normen werden. Auch wenn diese Techniken mit der Intention und in der Rhetorik des Helfens vorgestellt werden, so bleibt doch die Tatsache, dass ein lebendiger Prozess zu einem „überwachungspflichtigen Produktionsprozess“ (Bund deutscher Hebammen) wird; das ungeborene Kind wird zu einem „Gegenüber“ und die technische Herstellbarkeit gesunder Kinder wird suggeriert. [...]

23. Reflexionsorte von Frauen

Die bioethische Reflexion kann nicht ohne den Rekurs auf die Erfahrungen von Frauen auskommen. Gerade im Kontext der assistierten Fortpflanzung sowie der

Gendiagnostik sehen wir die Notwendigkeit, den medizinischen um einen hermeneutischen Zugang zu erweitern: Dies ist ein Zugang, der Erfahrungen wahrnimmt, ernst nimmt und deutet, der den Körper in seiner symbolischen Verfasstheit sieht, der Autonomie reflektiert und sich dem Phänomen „Behinderung“ stellt.

a) Erfahrung oder die Verstrickung von Anbietern und Klienten

Vor dem Hintergrund, dass bestimmte Angebote entwickelt und, sofern sie die juristischen und berufsethischen Hürden nehmen, auch implementiert werden, stellt sich die Frage: Auf welche Bedürfnisse reagieren die Angebote der Reproduktionsmedizin und Genetik eigentlich?

Es sind dies vor allem die zwei Bereiche der *ungewollten Kinderlosigkeit* (mit dem Bedürfnis oder Wunsch nach einem Kind) und des *Umgangs mit Krankheit bzw. Behinderung* (mit dem Bedürfnis nach Vermeidung, wo dies möglich erscheint). Beide Erfahrungskontexte können für die Betroffenen sehr leidvoll sein. Nicht das Ziel - Hilfe für Paare, die unter einer bestimmten Situation leiden - steht somit zur Debatte, sondern einzig die Methoden des Hilfeangebots und der Hilfeleistung. Unter Umständen lösen ein unerfüllter Kinderwunsch und eine „Risikoschwangerschaft“ gravierende Identitätsverunsicherungen aus, die dazu führen können, *vorschnell* Handlungen zu vollziehen oder Handlungen nur deshalb zuzustimmen, weil sie eine Lösung bzw. Auflösung der Krise versprechen.

Wenn wir „Erfahrung“ in reflektierter Weise verstehen, dann muss die Reflexion bei der durch eine Krise ausgelösten Desorientierung ansetzen. Dabei müssen nicht nur soziologische und psychologische Erkenntnisse wahrgenommen werden, sondern darüber hinaus auch die *Komplexität der Erfahrung* selbst. Dies ist eine allgemeine Einsicht, der jedoch im Kontext von Fortpflanzung und Schwangerschaft eine besondere Bedeutung zukommt.

Die Hermeneutik der Erfahrung berücksichtigt, dass gerade diejenigen Erfahrungen, die eine besondere - positive oder negative - Tiefe haben, die Identität einer Person prägen. Auf dem Rücken dieser Erfahrungen, denen eine Person zum Teil ausgeliefert ist, die sie aber auch durch ihr Handeln mit bestimmt, entstehen Werthaltungen, die wiederum den Hintergrund für Situationen bilden, in denen Entscheidungen gefällt werden müssen.

Erfahrungen sind sicher in erster Linie Widerfahrnisse - sie kommen auf Menschen zu und sind nicht herstellbar, nicht vorhersehbar. Insbesondere Erfahrungen des Nicht-Könnens gehen immer wieder mit einer Verunsicherung einher, die sich als Identitätskrise äußert. Ungewollte Kinderlosigkeit und die Konfrontation mit einer potenziellen Behinderung oder Krankheit des zukünftigen Kindes gehören sicher zu den Widerfahrnissen, die mit einem hohen Grad an Identitätsverunsicherung einhergehen.

Dennoch sind Erfahrungen nicht nur Widerfahrnisse, denen eine Person ausgeliefert ist, sondern sie können zugleich auch reflexiv und emotional angeeignet werden. Über die Artikulation und Interpretation werden Widerfahrnisse erst zu

bewussten Erfahrungen. Dies gilt insbesondere für moralisch relevante Erfahrungen. Die Hermeneutik der Erfahrung verweist deshalb nicht nur auf den Zusammenhang von Handeln und Identität, sondern darüber hinaus auch auf die *Erfahrungsgebundenheit des Ethischen*: Auch die ethische Grunderfahrung des „in der Verantwortung Stehens“ kann nicht unabhängig von der individuellen Lebensgeschichte gesehen werden, die wiederum auf vielfältige Weise mit der sozialen, kulturellen und politischen Geschichte verbunden ist. Ethische Erfahrungen sind dabei in erster Linie evaluative Erfahrungen: Erfahrungen der *Sinnhaftigkeit*, der *Ungerechtigkeit*, der *Demütigung* oder der *Anteilnahme* mit anderen.

Bei den Erfahrungen anzusetzen bedeutet deshalb eine methodische und systematische Umwertung der Relevanzgesichtspunkte: Gegenüber der normativen Beurteilung des moralischen Status von Embryonen, der Abwehr von (staatlichen) Übergriffen oder den Grenzen der eigenen Autonomie im Sinne der Einschränkung durch die Rechte oder Interessen anderer stellt der Erfahrungsansatz zunächst die mit einer Situation einhergehende „Störerfahrung“ der Betroffenen an den Beginn der ethischen Reflexion. In einem zweiten Schritt wird die individuelle Erfahrung im Kontext der verschiedenen sozialen, institutionellen und politischen Konstellationen betrachtet, die die Interpretation, die „Erfahrung des Widerfahrnisses“, prägen:

- Eine Hermeneutik der Erfahrung geht im Zusammenhang unseres Themas von der „*Verstrickung*“ von Anbietern (Ärzte, Humangenetiker, private Kliniken, von Krankenkassen abgedeckte Kliniken, Internetanbieter für Tests oder für Spenderzellen u.a.m.) und Klienten/Klientinnen aus. Dieser Zugang führt nicht in eine suggerierte oder gar behauptete gemeinsame Erfahrung aller Frauen, etwa derart, dass die Angebote sie „überwältigen“, ihnen ihre Autonomie nehmen oder umgekehrt, ihre Autonomie wiederherzustellen vermögen. Vielmehr macht eine Hermeneutik der Erfahrung die Ausgangssituation sowohl von sogenannten Kinderwunschaaren als auch von sogenannten Risiko-paaren aufgrund genetischer Umstände *interpretierbar*: In individuellen Entscheidungssituationen muss die Krisenhaftigkeit der erfahrenen Situation zuallererst aufgearbeitet werden, sei sie nun durch physische, psychische, soziale oder kulturelle Faktoren ausgelöst. Als soziale Praxis interpretiert, muss gefragt werden, welche strukturellen Faktoren die Instabilität eher noch verstärken und welche sie überwinden helfen. Dies geschieht normalerweise in der Form eines Beratungsangebots an die betroffenen Paare. Es stellt sich nun die Frage, ob Reproduktionsmedizin und Genetik sich als „Service-Anbieter“ verstehen, die der Krise in der Weise begegnen, dass sie mit technischen Mitteln einen Status wieder herzustellen versuchen, der gesellschaftlich als „normal“ (Fruchtbarkeit) oder per se erstrebenswert (Gesundheit) erscheint, oder ob es vielmehr darum geht, den technischen Weg als nur eine Strategie unter anderen zu entwerfen. Sobald Informationen und Beratungen aber direkt oder indirekt interessengeleitet erfolgen (z.B. durch das explizite Angebot einer einzelnen Strategie), wird die „Verstrickung“ zwischen Klienten und Anbietern offensichtlich.

- Da beide Bereiche den Körper der Frauen sowie die Identität von Frauen in stärkerem Maß treffen als den Körper des Mannes, erscheint eine *geschlechtsspezifische Herangehensweise* notwendig. Auf diesem - vermittelten - Weg gelangen wir zu einer Hermeneutik der geschlechtsspezifischen Erfahrung, die im Fall der neuen Technologien durch den geschlechterdifferenten Charakter der Schwangerschaft gegeben ist. Hier wird die Verunsicherung in spezifischer Weise zu interpretieren sein: historisch und soziologisch genauso wie psychologisch. Die neuen Technologien scheinen jedoch einen Verstärkungseffekt im Hinblick auf die Bilder von „weiblicher Normalität“, Fruchtbarkeit, der Rolle der Mutterschaft und der Schwangerschaft als Übergangsphase mit einer besonderen Verantwortung und einer besonderen Verletzbarkeit zu haben.
- Dies heißt nun nicht, dass die Differenz *innerhalb* der Geschlechter ignoriert werden könnte oder sollte. Vielmehr besteht die Aufgabe darin, ein Konzept von individueller und sozialer Freiheit (Autonomie) zu entwickeln, das diesen besonderen Bedingungen angemessen Rechnung trägt. Dazu gehört auch die Berücksichtigung der interkulturell sehr verschiedenen Ausgangslagen in Bezug auf die neuen Technologien. Nicht erst bei der Geschlechtsselektion, sondern bereits bei der individuellen und sozialen Körpererfahrung und der Wertung des Frauenkörpers (Objekt des männlichen/weiblichen Begehrens; Fruchtbarkeitsbilder; Frauenkörper als Teil der weiblichen Identität oder „Gegenstand“ der Welt, an dem und mit dem gehandelt werden darf; Frauenkörper und Gewalt; Frauenkörper und sexuelle Ausbeutung etc.) beginnen die sozialen und kulturellen Unterschiede.
- Der politische Liberalismus geht davon aus, dass der Staat die Einzelnen möglichst wenig in ihren Handlungsspielräumen einschränken darf. Dieser Gedanke spielt eine zentrale Rolle in der Auseinandersetzung um die rechtlichen Regelungen von Reproduktionsmedizin und Humangenetik in der Fortpflanzungsmedizin. Er zeichnet jedoch schon deshalb ein Zerrbild, weil er von der „reproduktiven Freiheit“ ausgeht, wo es eigentlich um „reproduktive Assistenz“ oder um Diagnoseleistungen geht, die ebenfalls Unterstützungsleistungen darstellen. Ausgehend von der „Verstrickungsthese“ ist die Haltung des „rein privaten Handelns“, in das der Staat möglichst nicht eingreift, für die neuen Technologien nicht zu halten. Vielmehr erfordert die „Hermeneutik der Erfahrung“ eine genaue Berücksichtigung der Dialektik von individuellem Handeln und sozialer Normierung durch den „freiwilligen Zwang“ (Beck-Gernsheim). Dies gilt freilich nur im Rahmen der rechtlichen Bedingungen, die das Leben aller Bürger schützen und dort eine Grenze der Freiheit ansetzen, wo andere in ihrer Existenz gefährdet sind oder an ihrer Lebensgestaltung gehindert werden. Erst wenn klar ist, dass die sozialen Institutionen diese rechtlichen Bedingungen erfüllen *und* „freie“ Entscheidungen gewährleisten, kann der Staat liberal „agieren“ und die Entscheidungsfreiheit der einzelnen Bürger und Bürgerinnen respektieren.

b) Körper oder die Angst vor dem Verlust der Kontrolle

Frauen sind zuständig für Körper - dies ist einer der wenig reflektierten Grundsätze, auf denen das Funktionieren unserer Gesellschaft in weiten Teilen beruht. Es ist eine Zuständigkeit für den eigenen Körper, aber auch für die Pflege, Sorge, Ernährung und Reinerhaltung der Körper anderer. Immer noch typische „Frauenberufe“ sind Berufe, die diesem Bild entsprechen.

Dieser Zuständigkeit für Körper liegt eine tiefgehende Identifikation von Frauen und Körper zugrunde. Sie verweist auf eine Spaltung der sozialen Lebenswelt, in der Geist und Körper, Öffentlichkeit und Privatheit, Verstand und Gefühl, Ordnung und Chaos, Kultur und Natur voneinander getrennt und einander gegenübergestellt werden. Diese Dualismen sind weder wertfrei noch geschlechtsneutral, sondern zugleich hierarchisiert und sexualisiert. Kultur, Geist, Verstand etc. werden tendenziell als höherwertig eingeschätzt als Natur, Körper, Gefühl; gleichzeitig werden die höherwertigen Kategorien eher männlich konnotiert, die minderwertigen Kategorien eher weiblich konnotiert. Die kulturellen Bilder von Mann und Frau sind auf diesen Dualismen aufgebaut.

Die Identifikation von Frau und Körper ist nicht neutral, sondern steht unter einem direkten moralischen Anspruch, der den Zusammenhang von Frauenkörper und Gebärfähigkeit bzw. Frauenkörper und Sexualität widerspiegelt. Reinheit als ursprüngliche Kategorie religiöser Lebensführung hat sich in den säkularen Lebenswelten von innen nach außen, von der Seele an die Oberflächen verlagert und wird in Fragen der Hygiene einerseits und in Fragen (weiblicher) Körperkontrolle andererseits mit quasi-religiöser Emphase im Leben von Frauen wichtig. Die strenge Kontrolle und Normierung des weiblichen Körpers, die bis vor wenigen Generationen sich auf weibliche Sexualität bzw. weibliche Keuschheit konzentrierte, richtet sich nun auf Ästhetik und Funktion des Körpers: Der weibliche Körper muss nicht mehr unbedingt keusch sein, um „gut“ zu sein; er muss vielmehr schön und funktionsfähig sein, um „gut“ zu sein. Der herrschende und historisch neue Körperkult baut damit auf einer latenten, immer wieder auch offen ausbrechenden Körperverachtung auf, die ihre Wurzeln *auch* in einer bestimmten christlichen Tradition hat.

Die prinzipielle Gebärfähigkeit des weiblichen Körpers ist eine grundlegend verbindende Erfahrung von Frauen - und zwar als *Frage* und als *Chance*; es ist eine Frage, die - unabhängig davon, ob Frauen tatsächlich Kinder gebären und/oder aufziehen und welche Gründe es jeweils dafür gibt - einen deutlich anderen Stellenwert in ihrem Leben einnimmt als im Leben von Männern. Die christliche Tradition stellt hier zwei klassische weibliche Lebensentwürfe zur Verfügung, die Angaben für „richtige“ Orte des weiblichen Körpers enthalten: den Lebensentwurf der „reinen Braut Christi“ und den Lebensentwurf der christlichen Mutter. Unterschwellig wird hier die „Leistung“ der Mutterschaft als Ausgleich für das (moralische) Defizit eines sexuellen Lebens gewertet.

Diese Bilder scheinen heute nicht mehr aktuell. Ähnlich aber wie die Fragen von Reinheit und Kontrolle des weiblichen Körpers in der Frömmigkeitsgeschichte nicht einfach verschwunden sind, sondern säkular überschrieben wurden, sind

auch diese Bilder nicht einfach verschwunden, sondern tief in einer kollektiven Erinnerung verankert. Vor allem in den Bildern der medialen Popularkultur werden diese Motive aufgenommen. Ein hier dominierendes Idealbild von Mutterschaft ist das Bild der Frau, die genau geplant am optimalen Punkt ihrer Karriere ein gesundes Wunschkind zur Welt bringt, während ihr Körper schon unmittelbar danach keine Spuren der Mutterschaft mehr aufweist. Auf diese Weise haben traditionelle, verloren geglaubte Bilder, die Frau/Körper/Mutterschaft im Zusammenhang mit Reinheit und Kontrolle thematisieren, weiterhin Einfluss auf das Leben und Erleben von Frauen.

Das Ideal und die Norm der Körperkontrolle machen einen möglichen oder aktuellen Kontrollverlust umso dramatischer. Jede Schwangerschaft ist eine Erfahrung des Kontrollverlustes. Dieser Verlust an Kontrolle wird für manche Frauen ins Unerträgliche gesteigert, wenn er sich potenziert durch eine ungewollte Schwangerschaft oder durch eine Schwangerschaft, die mit dem Risiko der Geburt eines behinderten Kindes belastet ist. In ähnlicher Weise kann sich ein unerfüllter Kinderwunsch als dramatischer Verlust der Kontrolle über den eigenen Körper und das eigene Leben darstellen. Darüber hinaus lässt das Ideal einer normierten körperlichen Ästhetik potentielle Abweichungen eines künftigen Kindes umso schwieriger erscheinen. Die Technologien pränataler Diagnostik, aber auch der In-vitro-Fertilisation und der PID „bedienen“ die Ängste des Verlustes der Kontrolle über den eigenen Körper und das eigene Leben, indem sie ein Optimum an Kontrolle anbieten – bis hin zu einer sexualitätsfreien (klinisch reinen) Form der Reproduktion.

Für den bioethischen Diskurs ist es dringend nötig, den Blick auf den Frauenkörper zu reflektieren und gegebenenfalls zu revidieren. Es muss deutlich gemacht werden, an welchen Stellen die Normierungen von Reinheit und Kontrolle bestimmte Handlungen als wünschenswert, richtig oder alternativlos erscheinen lassen. Die latente oder offene Körperfeindschaft, die dem herrschenden Körperkult der westlich-industrialisierten Gesellschaften zugrunde liegt, ist auch in den reproduktionsmedizinischen und den bioethischen Diskurs verstrickt.

Da diese Körperfeindschaft sich aus säkularisierten Motiven einer bestimmten Tradition innerhalb der christlichen Frömmigkeitsgeschichte speist, ist es unsere Aufgabe als Christinnen, deutlich zu machen, dass die christliche Theologie- und Frömmigkeitsgeschichte hier weitaus reicher ist. Die körpergebundene Gottesrede des Alten Testaments, die Heilszusage der Evangelien, die Körper heil macht und die theologisch-symbolische Rede von der Inkarnation sind wesentliche Momente einer religiösen Freisetzung des Körpers von Misstrauen, Normierungen und Kontrolle. Wenn der bioethische Diskurs darauf hinzielt, neben klaren Regelungen auch eine neue Kultur der Erfahrung anzustoßen, dann hat hier die christliche Tradition Entscheidendes beizutragen.

c) Autonomie oder „Jede muss es selbst entscheiden“

Die Phase des Kinderwunsches und der Schwangerschaft ist eine Phase der Verunsicherung, der Transformation und Herausforderung. Kinder zu haben oder

keine Kinder zu haben wird nicht mehr einfach als „Schicksal“ betrachtet, sondern ist das Ergebnis einer Vielzahl von Entscheidungen und daraus folgenden Handlungen. Soll der Kinderwunsch realisiert werden, bedeutet dies den Verzicht auf Verhütung bzw. unter Umständen das Aufsuchen einer Kinderwunschsprechstunde. Die Entscheidung für oder gegen Formen der assistierten Fortpflanzung kann nötig werden. Im Verlauf der assistierten Fortpflanzung werden Frauen mit verschiedensten Entscheidungssituationen konfrontiert, unter Umständen auch mit der Möglichkeit der Präimplantationsdiagnostik. Tritt, gewollt oder ungewollt, geplant oder ungeplant, eine Schwangerschaft ein, ist ebenfalls eine Vielzahl von Entscheidungen nötig, die die Frauen selbst, ihr soziales Umfeld und das Ungeborene betreffen. Dazu gehören insbesondere auch Entscheidungen für oder gegen bestimmte Methoden der Pränataldiagnostik und bei der Diagnose einer Fehlbildung, Krankheit oder Behinderung die Entscheidung für oder gegen einen Abbruch der Schwangerschaft.

Die Phase des Kinderwunsches, seiner Verwirklichung und der Schwangerschaft sind somit von unterschiedlichsten Entscheidungsmomenten und -notwendigkeiten geprägt. In der reproduktions- und pränatalmedizinischen Debatte wird stets betont, dass Frauen ihre Entscheidung auf der Basis einer umfassenden Aufklärung frei und autonom treffen können. Der Autonomiebegriff ist ein Zentralbegriff dieser Debatte geworden. Dies entspricht der Tatsache, dass der Autonomiebegriff auch einer der zentralen Begriffe der zeitgenössischen Ethik ist. Gleichzeitig ist äußerst umstritten, was Autonomie ist, was Autonomie beinhaltet, wem sie zugeschrieben wird und welche Folgerungen aus der zugeschriebenen Autonomie zu ziehen sind.

Im Rahmen der Frauenbewegung der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts wurde die Forderung nach reproduktiver Autonomie und Freiheit zu einem der zentralen Postulate: Alle Aspekte der Fortpflanzung und des Kinderwunsches sollten ohne das Zugriffsrecht des Mannes, des Staates oder anderer Institutionen von Frauen selbst entschieden und bestimmt werden können. Die reproduktive Autonomie wurde als negatives Abwehrrecht formuliert, das den Schutz der Frauen vor Zugriffen von außen auf ihre reproduktiven Entscheidungen beinhaltet und ihr z.B. die Entscheidung überlässt, ob sie eine Schwangerschaft fortführen oder abbrechen will. Im Kontext der Fortpflanzungsmedizin ist diese Forderung der reproduktiven Autonomie indirekt übernommen worden.

Im Zusammenhang mit der In-vitro-Fertilisation, der Pränataldiagnostik und der Präimplantationsdiagnostik ist häufig die Rede von der Selbstbestimmung der Frauen, ihrer freien Wahl, diese Techniken in Anspruch zu nehmen und dann bei entsprechenden Ergebnissen selbst zu entscheiden. Hintergrund dieser Vorstellung ist das Konzept, dass eine Frau nach entsprechender professioneller Beratung die verschiedenen Techniken abwägt und dann für sich bzw. mit ihrem Partner aufgrund einer Güterabwägung entscheidet, welche Techniken sie anwenden will und was aus einer etwaigen Diagnose (z.B. einer Behinderung des Kindes) für sie folgt. Zwar wird die Pflicht einer umfassenden Aufklärung durch die Professionellen betont, gleichzeitig werden jedoch alle Entscheidungen und

der Umgang mit dieser Situation an die einzelne Frau delegiert und ihrer Verantwortung überlassen. Es wird als Gewinn der modernen Medizin und Bioethik herausgestellt, dass der traditionelle Paternalismus überwunden wurde und die Patientin nun die volle Entscheidungsfreiheit auf der Basis einer ausführlichen Aufklärung im Kontext reproduktions- und pränatalmedizinischer Techniken hat und ihre Autonomie damit wesentlich gestärkt und realisiert wurde.

Autonomie, wie sie in diesem Kontext verstanden und in diesen Handlungsfeldern eingesetzt wird, gilt als Grundlage des *informed consent*. Eine „autonome Patientin“ wurde möglichst weitreichend und möglichst sachlich über alle diagnostischen und therapeutischen Eingriffe informiert und kann dann „autonom“ entscheiden, welche Verfahren sie für sich in Anspruch nimmt und welche Konsequenzen sie aus den Ergebnissen zieht. Diese Zuschreibung der Autonomie hat jedoch starke fiktive und heteronome Anteile. Sie dient damit vor allem einer moralischen und rechtlichen Entlastung des Systems und degeneriert zur ausschließlich formalen Bedingung des *informed consent*.

Diese Rhetorik der Autonomie verdeckt die Tatsache, dass die „autonomen“ Entscheidungen von Frauen durch asymmetrische Informations- und Machtverhältnisse geprägt sind und von gesellschaftlichen Wertungen abhängen (z.B. der Bewertung von Behinderung, Elternschaft eines behinderten Kindes, sozialen Rahmenbedingungen). Die Rhetorik der Autonomie pervertiert das Autonomieprinzip; Autonomie wird instrumentalisiert.

Vor allem die feministische Bioethik kritisiert dieses liberale Autonomieverständnis, das viele bioethische Theorien und die medizinische Praxis prägt: Das moralische Subjekt wird unabhängig von seinen sozialen Beziehungen, seiner Biographie, den Machtverhältnissen und Rahmenbedingungen gesehen, die ihn/sie und ihre Handlungen prägen. Dieser Subjektbegriff vernachlässigt die (Macht-)Asymmetrien, in denen die Klientinnen stehen, ihre individuelle Geschichte und Erfahrung, ihre individuellen Lebensbezüge und Werthorizonte. Gegenüber diesen Engführungen bildet der innerhalb der feministischen Bioethik entwickelte Ansatz einer relationalen Autonomie ein klares Gegenkonzept. Relationale Autonomie nimmt zur Kenntnis, dass das menschliche Individuum eingebunden ist in vielerlei Beziehungen, Bezüge und soziale Interaktionen, die seine moralischen Entscheidungen formen, prägen und beeinflussen. Dieses Beziehungsgefüge gefährdet oder schmälert den Subjektstatus nicht, sondern ist dessen wesentlicher Kern. Frauen werden als Personen, als je eingebettetes und kontextuelles Selbst wahrgenommen, das in seiner Kontextualität, in seinen Bindungen und seinen Verstrickungen lebt und Entscheidungen trifft.

Das Konzept einer relationalen, prozeduralen Autonomie im Kontext des bioethischen Diskurses berücksichtigt, dass der Umgang von Frauen mit diesen Techniken von ihren Kontexten und Beziehungen abhängt und auch immer durch diese geprägt sein wird. Ihre Entscheidungen werden durch ihr Verhältnis zu sich selbst, ihrem Körper, ihrer Biographie, ihren persönlichen Beziehungen, ihren Erfahrungen sowie durch die Einwirkung gesellschaftlicher Bilder und Normen und die Einwirkung der medizinischen Akteure und Techniken geprägt.

Um Autonomie im relationalen Sinn verwirklichen zu können, müssen Freiräume geschaffen werden, in denen es Frauen möglich wird, die Motive und Intuitionen für ihre Entscheidungen im Rahmen der In-vitro-Fertilisation und der Pränataldiagnostik zu reflektieren. Gleichzeitig wird in dieser Reflexion nicht nur auf die Bedingungen und Beziehungen hingewiesen, in denen die betroffenen Frauen stehen, sondern auch auf die Verantwortlichkeiten, die sich daraus ergeben – gegenüber dem Partner, den Kindern, dem zukünftigen Kind etc. Relationale Autonomie ist damit in der Lage, auch die Rechte der Anderen in die eigene Freiheitsentscheidung zu integrieren.

Es ist deshalb von großer Bedeutung, dass Frauen die Möglichkeit haben und bekommen, sich in der Phase des Kinderwunsches und der Schwangerschaft mit sich und ihrer Situation und mit dem Ungeborenen auseinandersetzen zu können. Die Realisierung ihrer Autonomie braucht strukturelle, personale, professionelle und soziale Voraussetzungen, wie ausreichend Zeit und Raum, Beratung, vielfältige Information und Freiheit von Entscheidungsdruck, die auf verschiedenen Ebenen, durch verschiedene Akteure umgesetzt werden müssen.

d) Behinderung oder der Glaube an Perfektion

Wie eine Gesellschaft Behinderung bewertet und Menschen mit Behinderung begegnet, wirkt sich auf das Wahrnehmen, Handeln und Entscheiden von Frauen aus. Die Mehrzahl der Schwangeren macht von der Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs Gebrauch, wenn eine Pränataldiagnostik am Embryo oder Fötus einen Befund wie etwa Down-Syndrom, Turner-Syndrom, Offener Rücken (*Spina Bifida*), Kiefer-Gaumen-Spalte oder andere Beeinträchtigungen ergeben hat. Es scheint häufig nicht möglich oder erlaubt, ein behindertes Kind zu gebären.

Eine solche Haltung hat klare individuelle und soziale Gründe: Ein Kind mit einer Behinderung großzuziehen verbinden viele Frauen mit der Vorstellung, ihre bisherigen Alltags- sowie Freizeitgewohnheiten und Berufspläne aufgeben oder stark verändern zu müssen. Offenbar kommt die bewusste Entscheidung einer Schwangeren für ein Kind mit einer Behinderung der Entscheidung für einen völlig neuen Lebensplan gleich. Da ein behindertes Kind für die meisten Mütter, nicht jedoch für die Väter bedeutet, den Beruf aufzugeben, ist mit der Entscheidung für ein behindertes Kind die Wahl einer traditionellen Frauenbiographie verbunden. Aufgrund der neuen und besonderen Herausforderungen zerbrechen Familien, in denen ein Kind mit einer Behinderung lebt, häufiger als andere Familien. Frauen, die sich für ein Kind mit einer Behinderung entscheiden, setzen sich damit auch dem Risiko schlechter Alterssicherung und der Möglichkeit, das Kind als Alleinerziehende versorgen zu müssen, aus. Insofern potenzieren sich für Frauen in diesem Fall die Erziehungs- und Betreuungsbelastungen und die finanziellen Risiken.

Hinzu treten Schwierigkeiten, die sich durch die Zugehörigkeit zu einer weiteren gesellschaftlich diskriminierten Gruppe ergeben: Durch ein Kind mit einer Behinderung wird eine Frau, die bisher zur „Normalbevölkerung“ zählte, plötzlich sichtbar und unausweichlich stigmatisiert und wechselt damit in eine gesell-

schaftliche Randgruppe über. Das geänderte Fremdbild bringt es mit sich, dass plötzlich Ausgrenzung, Abwehr und Isolation im Verwandten-, Freundes- und Kollegenkreis und in der Öffentlichkeit zum Alltag gehören. Neue Verhaltens- und Kommunikationsweisen und große Selbstsicherheit sind erforderlich, um als Mutter, Vater oder Geschwister, die alle „mit-behindert“ sind, Akzeptanz in der Gesellschaft zu erreichen. Offenbar bedarf es besonderer Flexibilität, Opferbereitschaft, Tatkraft und Zivilcourage, um mit einem behinderten Kind zu leben.

Angesichts von Wahlmöglichkeiten in Bezug auf Behinderung spielen Vorstellungen vom gelingenden Leben eine wichtige Rolle. Das Phänomen Behinderung lässt zwei unterschiedliche Auffassungen vom Menschsein und vom gelingenden Leben deutlich werden, die auf unser Handeln und Entscheiden Einfluss nehmen: gelingendes Leben als möglichst leidfreies Leben und gelingendes Leben als kreativer Umgang mit den eigenen Möglichkeiten und Grenzen.

Behinderung wird in unserer Gesellschaft oft mit einem Zustand des Defizits und des Leidens gleichgesetzt. „Trotz Behinderung“ Zufriedenheit und Sinn im Leben zu finden, scheint, so die weit verbreitete Annahme, eher die Ausnahme als die Regel und zudem ein ganz besonderer Glücksfall zu sein. Denn ein perfekter Körper, eine intakte Psyche und eine zumindest durchschnittliche Auffassungsgabe gelten als individuelle Voraussetzungen für ein gelingendes Leben. Nur bei Abwesenheit von Krankheit und Behinderung lassen sich Glück und Zufriedenheit erfahren, so die vorherrschende Auffassung. Dieser Auffassung verleihen gesunde Bürger/-innen etwa dadurch Ausdruck, dass sie z.B. in einer Umfrage angeben, nach einer unfallbedingten Beinamputation nicht mehr weiterleben zu wollen. Im Zuge eines fatalistischen Alles-oder-nichts-Denkens wird alles Menschen- oder technisch Mögliche getan, um Risiken zu kontrollieren und eigene Unvollkommenheiten zu beseitigen.

Dem steht die Realität des Lebens mit Schicksalsschlägen und Risiken für Leib und Seele gegenüber: Die Mehrzahl der Behinderungen sind „erworben“ – durch Unfall, Krankheit oder Alter; wir sind täglich der Möglichkeit, zu erkranken oder gar zu sterben, ausgesetzt. Doch imperfekt und auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein, gilt nicht als anthropologische Grundkomponente, sondern stellt gewissermaßen eine Notsituation dar, die einem grundsätzlichen Scheitern des Selbstverständnisses und der Lebensziele gleichkommt und in die, so die Hoffnung, nur andere geraten.

Die Auffassung, dass eigene Unzulänglichkeiten und widerfahrenes Leid integraler Bestandteil des Lebens sind und dass Lebenskunst darin besteht, mit diesen Bedingtheiten und Grenzen akzeptierend und gestaltend umzugehen, ist in unserer Gesellschaft weniger präsent. Eher am Rande wird sie von Menschen eingebracht, die existentielle Krisen oder umfassende Veränderungen durchlebt haben. So betont auch die Behindertenbewegung eine abweichende Vorstellung von Lebensführung und Perfektion: Perfektion wird nicht als Abwesenheit von Fehlern, körperlichen, geistigen oder psychischen Schwächen verstanden, sondern als Fähigkeit, das Beste aus den eigenen Möglichkeiten zu machen. Dies lässt sich noch steigern, indem man das Unvollkommene gar als das individuell Einzig-

artige, Unverwechselbare ansieht. So schneidet der Regisseur Martin Scorsese einmal aus einer Filmszene ein Bild mit dem Kommentar heraus: „Jetzt weiß ich, dass sie nicht perfekt ist und ihre Seele sich entfalten kann.“

Dass gelingendes Leben darin bestehen kann, sich einem nicht veränderbaren Schicksalsschlag zu stellen und darum zu ringen, das Beste aus dieser Situation zu machen, muss nicht Menschen vorbehalten bleiben, die eine Lebenskrise durchmachen oder eine Behinderung „erwerben“. Vielmehr kann sich auch eine Gesellschaft um eine Kultur der Lebensklugheit bemühen, um zu erkennen, was sich ändern lässt und um die Annahme dessen zu ringen, was sich nicht ändern lässt oder was man bewusst lassen will, weil der Preis der Veränderung zu hoch wäre. Zumindest muss der Mythos, dass alles Leid im Leben eines Menschen vermeidbar ist, hinterfragt und Raum für existentielle Reflexionen geschaffen werden.

Das Phänomen Behinderung provoziert grundlegende Fragen nach Anerkennung, Angewiesensein und Solidarität. Ein großer Teil des Leidens wird offenbar darin gesehen, abstoßend zu wirken, anderen möglicherweise zur Last zu fallen und zudem noch von ihnen abhängig zu sein – so der Tenor zahlreicher Umfragen. Vorherrschendes Lebensziel ist es, unabhängig und selbstbestimmt durchs Leben zu gehen und als attraktiver und leistungsstarker Tauschpartner Angebote machen zu können, die eine Gegenleistung rechtfertigen. Infolgedessen wird Gerechtigkeit zunehmend weniger im Sinne einer solidarisch-ausgleichenden Gerechtigkeit verstanden als vielmehr im Sinne von Tauschgerechtigkeit. Das Selbstverständnis, als Mensch nur in einem Beziehungsnetz leben zu können und immer wieder im Lebensverlauf fehlbar und schwach zu sein, muss vielleicht neu kultiviert werden. Denn derzeit bezieht sich die Bereitschaft, sich von anderen ohne eine Gegenleistung helfen zu lassen, hauptsächlich auf sozialstaatliche Leistungen. Frauen mit einem behinderten Kind können demnach zwar mit öffentlichen Mitteln rechnen, nicht jedoch mit anhaltender unbezahlter Unterstützung aus ihrem näheren Umfeld.

Abgesehen von politischen Weichenstellungen und Maßnahmen wiegen für die Betroffenen und ihre Angehörigen die Einschränkungen und Vorbehalte im engeren sozialen Umfeld besonders schwer. Offenbar haben 50 Jahre sozialstaatlicher institutioneller Hilfen nicht dazu geführt, im Alltag und im Beruf auf eine gute Weise mit Menschen mit einer Behinderung zusammen zu leben. Noch immer werden „Behinderte“ und „Nicht-Behinderte“ durch einen Abgrund von Unwissenheit getrennt. Wenig wissen wir über Menschen mit Behinderung – über die mit ihrer Behinderung verbundenen körperlichen oder psychischen Symptome und Beschwerden, darüber, wie sie ihren Alltag verbringen, mit welchen Institutionen sie zu tun haben, was ihnen Schwierigkeiten bereitet oder was sie im Vergleich zu Nicht-Behinderten besonders gut können. Menschen mit einer Behinderung bringen die üblichen „Programme“ zum Stocken – etwa, weil sie sich aufgrund einer körperlichen Behinderung langsamer bewegen, weil sie aufgrund einer geistigen Behinderung einen Vorgang nicht sofort verstehen oder weil sie aufgrund einer psychischen Behinderung eine völlig überraschende Reaktion

zeigen. Alle Menschen sind in Teilbereichen ihres Lebens „behindert“. Diese (Selbst-) Erkenntnis könnte zu einer notwendigen Nachbesserung unsere Kenntnisse und sozialen Kompetenzen führen, so dass Anerkennung und Solidarität – nicht Ausschluss und Selektion – gesellschaftlichen Raum bekommen. [...]

34. Fazit

Die Übereignung einer Schwangerschaft an medizinische Institutionen ist gesellschaftlich üblich geworden; damit haben institutionelle Vorgaben und Praktiken Schrittmacherfunktion. Das Ausmaß der an eine Schwangerschaft gekoppelten Vorsorge-, Früherkennungs- und Kontrollmaßnahmen hat sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten stark erhöht. Dabei hat sich der Schwerpunkt der medizinischen Maßnahmen verlagert: weg vom Schutz des Lebens und der Gesundheit des Kindes hin zur beständigen Überprüfung seiner Qualität. Für die schwangeren Frauen hat sich damit der Raum für persönliche Erfahrungen, die sich auf den eigenen Leib und die sich verändernde Existenz beziehen, verengt. Gleichzeitig strukturieren medizinisch-technische Beobachtungen und Deutungen den Prozess der Schwangerschaft engmaschig und vermitteln einen versachlichten Umgang mit dem Embryo bzw. Fötus. Diese Engführung von Schwangerschaft hat sich aus vielfältigen Faktoren, u.a. berufsständischen und forschungsbezogenen Zielsetzungen „ergeben“, doch schließt dies nicht aus, bestehende gesellschaftliche Praktiken auf der Basis kritischer Analysen und sozialetischer Reflexionen zu ändern.

Nach der christlichen Überlieferung ist jeder Mensch vor Gott unauswechselbar und besitzt Würde. Diese Würde darf nicht missachtet werden, indem in einem sehr frühen Stadium potentiell sich für die Einpflanzung eignende Embryonen nach gesellschaftlich oder von den Eltern gewünschten Eigenschaften bevorzugt werden. Der gesellschaftliche Diskurs über die Fortpflanzungsmedizin muss durch Erfahrungen und Positionen angereichert werden, welche die Prophetiefähigkeiten der Menschen, die mit einer Behinderung oder Einschränkung leben, für die Gesellschaft, die Einschränkungen als „Feind“ des guten Lebens bekämpft, zum Tragen kommen lassen. Dazu ist es erforderlich, den Betroffenen selbst, ihren Familienangehörigen und den entsprechenden Verbänden politische und gesellschaftliche Artikulation und Partizipation zu ermöglichen. Gleichzeitig darf der Verweis auf die menschliche Konstitution nicht als Entschuldigung für mangelnde institutionelle Strukturen dienen, um denjenigen, die für Menschen mit Einschränkungen sorgen, diese Sorge zu ermöglichen.

Verlässt man die Perspektive westlicher Industrienationen, zeigen sich die neuen Reproduktionstechniken noch in einem anderen Licht. Die assistierte Fortpflanzung kann in internationaler Hinsicht nicht als vordringliches Ziel der Gesundheitsversorgung betrachtet werden. Insofern müssen Debatte und Praxis der künstlichen Befruchtung und vorgeburtlichen Diagnostik in ein Verhältnis zum Anliegen einer weltweiten sozialen Gerechtigkeit gesetzt werden. Auch wenn

sich diese Problematik nicht lösen lässt und es zynisch wäre, mit dem Verweis auf globale Gerechtigkeitsfragen Probleme, die speziell Frauen betreffen, zu bagatellisieren oder moralisch zu entwerten, kann eine übergeordnete Gerechtigkeitsperspektive immer wieder als Korrektiv individueller oder partikularer Problembeschreibungen und Lösungswege dienen. [...]

45. Visionen des guten Lebens

Unsere Überlegungen wollen auf programmatische Weise das Gespräch eröffnen. Für den Raum unserer, der katholischen Kirche geht es darum, die Erfahrungsdimensionen von Schwangerschaft und Kinderlosigkeit *als Erfahrungen* in ihrer Tragweite und Prägestärke ernst zu nehmen. Gerade wenn die christliche Gemeinschaft die im wörtlichen Sinne Un-Bedingtheit menschlichen Lebens bejaht, dürfen diese Erfahrungen nicht von vornherein durch vorgefertigte „richtige Antworten“ zum Schweigen gebracht werden. Eine solche Haltung wird weder den Lebenskrisen betroffener Frauen und Männer noch der Kraft unserer eigenen Überzeugung gerecht.

Für den Raum der weitgehend säkularen Gesellschaft geht es darum, diese Un-Bedingtheit menschlichen Lebens als Störfaktor in einem immer reibungsloseren Ablauf der medizinischen Übereignung von Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt aufrecht zu erhalten. Ein solcher reibungsloser Ablauf ist auf den verallgemeinernden medizinischen Blick auf Erfahrungen und auf ein fragwürdiges Konzept von Autonomie gebaut. Die Konsequenzen sind nicht nur die weitgehende Missachtung individueller Schicksale, sondern letztendlich die zunehmende Gnadenlosigkeit der Gesellschaft.

Als Christinnen verstehen wir es als unsere Aufgabe, mit anderen Frauen Visionen des guten Lebens zu thematisieren und aufrecht zu erhalten:

- Visionen eines guten Lebens, in dem der Verlust der Kontrolle, wie ihn jede Schwangerschaft - und gleichermaßen jede ersehnte und nicht zustande kommende Schwangerschaft - bedeutet, nicht nur negativ aufgenommen und möglichst durch neue Formen der Kontrolle aufgehoben wird, sondern als ein Durchgang zu neuem Selbstgewinn erfahren werden kann;
- Visionen eines guten Lebens, in dem die Abweichung von Normen nicht zu einem unüberwindlich erscheinenden Hindernis menschlicher Selbstentfaltung wird, sondern die Annahme von Vielfalt und Vielgestaltigkeit zu neuen Erfahrungen von Gemeinschaft und vielleicht auch zu neuen Erfahrungen von Glück führen können;
- Visionen eines guten Lebens, in dem existentielle Erfahrungen nicht medizinisch neutralisiert und dabei entwertet werden, sondern in dem der Eigenwert existentieller Erfahrungen von Körperlichkeit, Sexualität und Fruchtbarkeit von Frauen und Männern ernst genommen und in den Angeboten medizinischer Hilfe unterstützt wird;
- Visionen eines guten Lebens, in dem die Berufung auf Autonomie nicht zur

Lückenbüßerin fehlender Unterstützung einerseits und fehlender moralischer Konzeptionen andererseits wird, sondern Autonomie als bewusstes Leben in Beziehung und als Gestalt eines entschiedenen solidarischen Miteinanders lebbar wird; Visionen eines guten Lebens, in dem Menschen willkommen sind.

¹ Der Text ist im Auftrag von *Agenda - Forum katholischer Theologinnen e.V.* und in Zusammenarbeit mit der Katholischen Akademie Berlin und der Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart entstanden. Die Autorinnen sind katholische Theologinnen (Ammicht Quinn, Bobbert, Haker, Heimbach-Steins, Kostka, Mensink, Schmidt), Biologin und Gesundheitswissenschaftlerin (Schmedders) und Politikwissenschaftlerin (Schneider).

² Der Gesamttext erscheint in: Konrad Hilpert/Dietmar Mieth (Hg.), *Kriterien biomedizinischer Ethik. Theologische Beiträge zum gesellschaftlichen Diskurs* (QD 217), Freiburg 2006.