THERESIA DEGENER
SWANTJE KÖBSELL

«Hauptsache, es ist gesund»?

Weibliche Selbstbestimmung unter humangenetischer Kontrolle

Konkret Literatur Verlag

Theresia Degener
Swantje Köbsell

»Hauptsache, es ist gesund«? Weibliche Selbstbestimmung unter humangenetischer Kontrolle

Theresia Degener
Swantje Köbsell

»Hauptsache, es ist gesund«?
Weibliche Selbstbestimmung unter humangenetischer Kontrolle

Konkret Literatur Verlag

© 1992 Konkret Literatur Verlag, Hamburg
Umschlaggestaltung: Cordula Lebeck
Satz: KCS GmbH, Buchholz/Hamburg
Druck: Paderborner Druck Centrum, Paderborn
ISBN 3-89458-109-3

Inhalt

Vorwort 7

Swantje Köbsell
Humangenetik und pränatale Diagnostik: Instrumente der »Neuen Eugenik« 11

1. Humangenetik und »Neue Eugenik« 12
2. Pränatale Diagnostik und Schwangerenvorsorge 25
3. Humangenetische Beratung 39
4. Methoden und Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik 42
5. Der Fetus als Patient 51
6. »Unangenehme Seiten der pränatalen Diagnostik« 58

Theresia Degener
Weibliche Selbstbestimmung zwischen feministischem Anspruch und »Alltagseugenik« 67

1. Von der Wahlfreiheit zur Rechtspflicht 67
2. Die neue Reflexion über Selbstbestimmung 70
3. Das Private ist politisch 82
4. Feministinnen und Behinderung 84

Swantje Köbsell
Nützliche Krüppel
Behinderte als WerbeträgerInnen der »Lebensschützer« 95

Theresia Degener
Der Selbstbestimmungsbegriff als neue soziale Waffe 107

Anmerkungen 122

Literatur 137

Vorwort

Seit Anfang der achtziger Jahre gibt es Veranstaltungen, Kongresse und Veröffentlichungen zum Thema der vorgeburtlichen Diagnostik, der humangenetischen Beratung und der Gen- und Reproduktionstechnologien. »Degradierung der Frau zum fetalen Umfeld«, »Selektion im Mutterleib« oder »reproduktive Qualitätsverantwortung von Frauen« sind einige der bekannteren Schlagworte der Debatte. Zahlreiche Frauen- und andere Gruppen, die sich seit Jahren mit der Thematik beschäftigen, sind mittlerweile ExpertInnen geworden, andere haben zumindest davon gehört oder gelesen. Wenn es nun für die einen »kalter Kaffee« und für die anderen nicht mehr neu ist, warum dann noch ein Buch zu diesem Thema?

Weil wir glauben, daß sich noch zu viele Frauen unbedacht der Prozedur der pränatalen Diagnostik und der humangenetischen Beratung unterziehen und in der Debatte noch längst nicht alles gesagt ist, was es zu sagen gibt.

Während sich zwar einerseits unter immer mehr Frauen Skepsis gegenüber der vorgeburtlichen humangenetischen Kontrolle durch Beratung, Ultraschall, Fruchtwasseranalyse etc. verbreitet, läßt sich andererseits feststellen, daß die humangenetischen Beratungsstellen und Pränataldiagnostikzentren expandieren und der Bedarf an diesen »Gesundheitsvorsorgeleistungen« enorm wächst. Der im Vergleich zu anderen Ländern besonders starke Widerstand in der Bundesrepublik gegen diese Art von Selektionsmedizin hat ihre Anwendung und Weiterentwicklung weder stoppen noch verzögern können. Die Ursachen hierfür sind sicherlich vielfältig: weitverbreiteter Glaube an den medizinischen »Fortschritt« oder die schon traditionellen Ängste vor Alter, Krankheit und Behinderung, die

auf dem Perfektionismus und den Leistungsansprüchen des modernen Industriestaates basieren, sowie die immer tollkühneren Versprechungen, die uns von PränatalmedizinerInnen und HumangenetikerInnen gemacht werden.

Einen Überblick über den »Markt der Möglichkeiten« für Diagnostik oder »fetale Therapie« bot z. B. ein internationales Medizinsymposium, das unter dem Motto »Der Fetus als Patient« im August 1991 in Bonn stattfand. Das Symposium, das abgesehen von kleinen feministischen Störungen und einer Gegenpresse-Konferenz des Anti-»Euthanasie«/Eugenik Bündnisses seinen Lauf nehmen konnte, muß auch als Signal verstanden werden. Die HumangenetikerInnen haben es geschafft, aus dem ihnen unliebsamen Schatten der rassenhygienischen Vergangenheit herauszutreten. Man kann wieder konferieren in Deutschland, und das ohne jemals wirklich mit der Vergangenheit gebrochen zu haben!

Der zunehmenden Akzeptanz der Selektionspolitik von Pränatalmedizin und Humangenetik etwas entgegenzusetzen, ist Zweck und Ziel dieses Buches. In einer ausführlichen Darstellung der Ziele und Praxis der Pränatalmedizin wird die eugenische Inpflichtnahme von Frauen, die Zwangssituationen, denen sie durch die neue »Informationsverantwortung« ausgesetzt sind, beleuchtet. Auch die in der Frauenbewegung begonnene Diskussion um feministische Selbstbestimmung, die so vielversprechend begonnen wurde und zur Zeit, so scheint es, ins Stocken geraten ist, greifen wir auf.

Da wir beide politisch sowohl in der Frauenbewegung als auch in der Behindertenbewegung beheimatet sind, ist unser Blickwinkel ein anderer als der vieler nichtbehinderter Feministinnen oder der vieler männlicher Behinderter. Wir meinen, daß es möglich ist, für das Recht von Frauen auf Abtreibung und gegen ein vermeintliches Recht auf ein nichtbehindertes Kind zu streiten, wobei sich unsere Kritik an selektiver Abtreibung von den Demagogien der klerikalen AbtreibungsgegnerInnen, die sich selbst »Lebensschützer« nennen, grund-

legend unterscheidet. Und wir meinen auch, daß der Selbstbestimmungsbegriff in der sogenannten neuen Ethik-Debatte von BioethikerInnen, »Euthanasie«betreiberInnen und anderen VertreterInnen der herrschenden Interessen zunehmend als soziale Waffe instrumentalisiert wird und daß es sich lohnt, diesen Prozeß genauer zu untersuchen.

Die Frage, ob es eine (feministische) Widerstandsethik gegen die Verbreitung von Selektionsethik gibt oder geben kann, wird in diesem Buch nicht beantwortet, aber gestellt. Wir hoffen, daß es den Diskussionsprozeß vorantreibt.

Frankfurt und Bremen,
im Frühjahr 1992

Theresia Degener
Swantje Köbsell

Humangenetik und pränatale Diagnostik: Instrumente der »Neuen Eugenik«

Humangenetik und pränatale (vorgeburtliche) Diagnostik wurden jahrelang im stillen praktiziert. Was sich in humangenetischen Beratungsstellen, Arztpraxen und Labors abspielte, wurde in der Öffentlichkeit lange nicht zur Kenntnis genommen.

Die kritische Diskussion über die selektive Praxis der pränatalen Diagnostik begann erst in den achtziger Jahren, als zum einen die Kontinuitäten zum Faschismus herausgearbeitet wurden und zum anderen bereits neue Möglichkeiten der Selektion durch die Anwendung gentechnischer Methoden und Verfahren abzusehen waren. Die Krüppelfrauengruppen[1] waren mit die ersten, die die vorgeburtliche Selektion behinderten Lebens kritisierten. Inzwischen sind einige Jahre vergangen, die KritikerInnen zahlreicher und die Diskussionen differenzierter geworden – aber auch kontroverser.

Dabei zieht sich der Meinungsstreit quer durch alle gesellschaftlichen Schichten und Parteien. Das liegt daran, daß in dieser Diskussion viele verschiedene, zum Teil sehr heikle und persönliche Bereiche berührt werden: ethische und moralische Einstellungen, ökonomische und wissenschaftliche Interessen, Bevölkerungspolitik, unbewältigte Geschichte, Vorstellungen von Krankheitsbeherrschung und vom »perfekten Menschen«, Chancen und Risiken des technisch Machbaren, die Frage nach dem Wert behinderten Lebens und nicht zuletzt das Selbstbestimmungsrecht der Frau – um nur einige Aspekte zu nennen.

Auf einige dieser Aspekte soll im Folgenden näher eingegan-

gen werden, ohne daß der Anspruch erhoben wird, alle Fragen erschöpfend zu behandeln. Vielmehr geht es darum, die kritische Diskussion um Humangenetik und pränatale Diagnostik weiter voranzutreiben.

Dabei wird nicht das Recht der Frauen auf Abtreibung in Frage gestellt, sondern die selektive Abtreibung von als krank/behindert diagnostizierten Feten.

Humangenetik und »Neue Eugenik«

Die bundesdeutsche Humangenetik hat ihre Wurzeln in der Rassenhygiene der Nationalsozialisten, aber auch in der frühen Eugenikbewegung, die zu Beginn dieses Jahrhunderts alle industrialisierten Länder erfaßt hatte. Dieser Zusammenhang ist – ebenso wie die zahlreichen personalen Kontinuitäten – inzwischen hinreichend nachgewiesen worden.

Die Geschichte der Humangenetik soll hier deshalb nicht noch ein weiteres Mal dargestellt werden; interessanter erscheint es, sich ihre Nachkriegsentwicklung und die Durchsetzungsstrategien anzusehen sowie das, was gemeinhin mit dem Schlagwort »Neue Eugenik« bezeichnet wird.

Eugenik

Eugenik ist die Lehre von den guten bzw. schlechten Genen, eine Selektionslehre. Sie geht zurück auf Francis Galton, einen Vetter Darwins, der diese Theorie 1883 auf der Basis des Sozialdarwinismus schuf. Galtons Definition von Eugenik lautet folgendermaßen: »Eugenics is the study of agencies under social control that may improve or impair the qualities of further generations wether physically or mentally.«[2] Der Sozialdar-

winismus ist eine biologistische Theorie, die komplexe gesellschaftliche Zusammenhänge, wie z. B. Armut, auf die Biologie des Menschen reduziert und damit der Herrschaftslegitimierung dient. Galton unterschied in »positive« und »negative« Eugenik, wobei es sich um die beiden Seiten *eines* negativen Verfahrens, der Selektion, handelt. »Positiv« bedeutet für ihn die Förderung der Fortpflanzung derjenigen, die »gutes«, »wertvolles« Erbmaterial haben, »negativ« die Verhinderung der Fortpflanzung derjenigen, deren Erbmaterial als »schlecht«, »minderwertig« erachtet wird.

Die Eugenik war also keine deutsche »Spezialität«. In den angelsächsischen Ländern gab es viele einflußreiche Verfechter der »eugenics«. Das führte in einigen Staaten der USA früh zur Einführung von eugenischen Sterilisationsgesetzen, das erste 1896 in Connecticut.[3] Das amerikanische Einwanderungsgesetz, das in den 20er Jahren erlassen wurde, beruhte auf eugenischem Gedankengut.[4] Auch wurden in den USA Intelligenztests früh als »eugenische Werkzeuge« entdeckt und zur Selektion eingesetzt.[5]

Am »gründlichsten« umgesetzt wurde die Eugenik – vor allem die »negative« – von den Nationalsozialisten. Das bedeutete für die als »minderwertig« Etikettierten Asylierung, Zwangssterilisierung und für viele auch die körperliche Vernichtung, die »Ausmerzung« im Rahmen der »Euthanasie«.

In diesem Zusammenhang ist die Geschichte der eugenischen Indikation bei der Abtreibung sehr interessant, da wir auch sie den Nationalsozialisten zu verdanken haben. Die Möglichkeit der Abtreibung, die sonst strikt verboten war, aus eugenischen bzw. rassenhygienischen Gründen, wie es damals hieß, wurde seit Ende des 19. Jahrhunderts in Mediziner- und Rassenhygienikerkreisen diskutiert. Die Argumentation dafür reichte vom Wunsch der Vermeidung »unwerter« Individuen bis zur geradezu modern anmutenden Begründung des Gynäkologen Max Hirsch, individuelles Leid verhüten zu wollen. Ähnlich begründen HumangenetikerInnen heute ihr Tun![6]

1927 wurde die Abtreibung bei medizinischer Indikation – Gefahr für das Leben der Frau – gesetzlich erlaubt. Ansonsten blieb Abtreibung jedoch verboten, auch unter den Nazis, die sich zunächst damit begnügten, gleich 1933 das »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« (GzVeN) zu erlassen, das die Zwangssterilisation »Minderwertiger« ermöglichte. Erst mit dem Änderungsgesetz zum GzVeN vom 26.6.1935 wurde die Zwangsabtreibung aus medizinischen und rassenhygienischen Gründen eingeführt – die erste gesetzliche Regelung der eugenischen Indikation.[7]

1945 wurde das GzVeN – und mit ihm seine eugenische Indikation zur Abtreibung – außer Kraft gesetzt. D. h., das Gesetz existierte zwar noch, kam aber (fast) nicht mehr zur Anwendung[8], da es die zur Anwendung notwendigen Erbgesundheitsgerichte nicht mehr gab. Mit dem ersten Gesetz zur Reform des Strafrechts 1969 erfolgte auch die Abschaffung des GzVeN und eine Neuregelung der Abtreibungsgesetzgebung: Wie 1927 war außer bei medizinischer Indikation Abtreibung verboten. In Gesetzentwürfen aus dieser Zeit taucht die eugenische Indikation jedoch schon auf, allerdings wurde sie jetzt nicht mit Eugenik, sondern mit der Zumutbarkeit für die Schwangere begründet – zur Verschleierung der eugenischen Hintergründe und um jede Nähe mit nationalsozialistischem Gedankengut und Sprachgebrauch zu vermeiden.

Bei der Reform des § 218, und auch schon in der Diskussion über die Reform, war die eugenische Indikation fester Bestandteil des »neuen« § 218. Der Gesetzestext lautete jetzt:

»(1) Der Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt ist nicht nach § 218 strafbar, wenn 1. die Schwangere einwilligt und 2. der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die

Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

(2) Die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 2 gelten auch als erfüllt, wenn nach ärztlicher Erkenntnis 1. dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß das Kind infolge einer Erbanlage oder schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustandes leiden würde, die so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann.«[9]

Niemand stellte mehr »die Frage nach der Berechtigung einer solchen Indikation«.[10]

Die Praxis der Nationalsozialisten hatte die Eugenik international diskreditiert, obwohl es auch ausländische Wissenschaftler gab, die neidvoll nach Deutschland blickten. So z. B. der amerikanische Eugeniker Leon F. Whitney, der 1934 die Deutschen für ihre im großen Stil durchgeführten Zwangssterilisierungen bewunderte.[11] Viele Wissenschaftler und Mediziner werden heimlich die deutschen KollegInnen um ihre hervorragenden Forschungsbedingungen für Menschenversuche beneidet haben. Nicht zufällig wurden deren Forschungsergebnisse mit der »Operation Paperclip« in die USA transferiert.[12]

Ein Neuanfang

Die nach dem Krieg »neu« entstandene Humangenetik war deshalb äußerst bemüht, Distanz zu offenkundig eugenischen Theorien und Konzepten zu halten. Die Erforschung der Vererbung und insbesondere der Vererbung von Krankheiten ging jedoch weiter. Diese Forschung war und ist auf Anwendung ausgerichtet, das angesammelte Wissen will in Handeln umgesetzt werden. Und Handeln bedeutet hier: Selektion, Bewertung in lebenswert und lebensunwert.

HumangenetikerInnen heute werden nicht müde zu betonen, daß ihre Tätigkeit nichts – aber auch rein gar nichts –

mit Eugenik zu tun habe. Ihr Handeln sei bevölkerungseugenisch nicht wirksam, der Prozentsatz behindert geborener Kinder habe sich – trotz des verstärkten Einsatzes pränataler Diagnostik – bis jetzt nicht verringert. Dies ist richtig und mag auch für die/den eine/n oder andere/n HumangenetikerIn bitter sein; es ändert jedoch nichts daran, daß die humangenetische Praxis auf Bewertung von Leben, also auf Selektion ausgerichtet und von ihrer Grundstruktur her eugenisch ist.

In gewisser Weise muß den HumangenetikerInnen aber auch recht gegeben werden: Das, was sie heute praktizieren, kann nicht mehr mit der Eugenik der Nationalsozialisten gleichgesetzt werden. Methoden, Durchsetzungsstrategien und Akzeptanz in der Bevölkerung haben sich geändert. Um diesen Unterschied zu verdeutlichen, wird oft von der »Neuen Eugenik« gesprochen.

Die Humangenetik als eigenständige wissenschaftliche Disziplin gibt es in der BRD seit 1965. Dieser (Neu-)Anfang vollzog sich allerdings ohne Aufarbeitung der NS-Vergangenheit, und er fiel ganz »zufällig« mit dem »Karriereende der großen Rassenhygieniker zusammen: Es war ein ganz normaler geräuschloser Generationswechsel«[13], der inhaltliche Auseinandersetzungen überflüssig machte.

Die Entwicklung und Etablierung der Humangenetik vollzog sich in engem Zusammenhang mit dem wissenschaftlichen und technischen Fortschritt vor allem in den Bereichen Genetik, Molekularbiologie und Medizintechnik. Die heutige Praxis der pränatalen Diagnostik wäre unvorstellbar ohne die Entschlüsselung der DNS (1953), der Desoxyribonukleinsäure, auf der die Erbinformationen, die Gene, gespeichert sind. Weitere Voraussetzungen waren die Möglichkeit, die Anzahl der Chromosomen eines Individuums aus seinen Zellen zu bestimmen (1956) sowie die Möglichkeit der Anwendung des Ultraschalls und der Amniozentese (Ende der sechziger Jahre).

Während die Humangenetik zunehmend zu einer medizini-

schen Disziplin wurde, vollzog sich »die Veränderung des humangenetischen Paradigmas«:

»Dieser Prozeß läßt sich verstehen als Wandel von der... eugenischen ›Sozialtechnologie‹, die das menschliche Fortpflanzungsverhalten ›von außen‹, d. h. durch den Staat und seine Interventionen in gesellschaftliche Institutionen steuert, zu einer ›Selbststeuerung‹: Sie beruht darauf, daß die Humangenetik nur mehr die technischen Lösungen und das Deutungswissen zur Verfügung stellt, das Bestandteil des allgemein verfügbaren Wissens einer medizinisch ›vernünftigen Lebensführung‹ ist, auf das die Menschen im Bedarfsfall zurückgreifen und in ihre individuellen Fortpflanzungsentscheidungen umsetzen.«[14]

Veränderung des Blicks

Voraussetzung dafür war die Veränderung des »humangenetischen Blicks«: Anstatt wie bisher auf die genetische Beschaffenheit einer Population – was bei den Nazis »Rasse« hieß – richtete er sich jetzt auf die einzelnen Individuen. Ziel waren jetzt die unter dem Begriff »Krankheit« faßbaren Abweichungen. Das verdeutlicht auch noch einmal die inzwischen enge Beziehung zur Medizin. Diese Veränderung des Blicks geschah auch im Hinblick auf die Möglichkeiten der (Molekular-)Genetik. Wird diese Entwicklung auch von einigen als »Sieg der Genetik über die Eugenik«[15] gesehen, so zeigte sich, daß gerade die neuen technischen Möglichkeiten alte eugenische Utopien wieder belebten, die nun problemlos umsetzbar schienen.

Wiederbelebt wurde auch ein klassisches eugenisches Argument, daß nämlich dank der modernen Medizin viele »Erbkranke« nicht nur überleben, sondern sogar ins fortpflanzungsfähige Alter kommen und ihre »kranken« Gene an die nächste Generation weitergeben können. Vor allem nach Ein-

führung der pränatalen Diagnostik mittels Amniozentese Anfang der siebziger Jahre gewann dieses Argument an Bedeutung. Jetzt konnten durch die Möglichkeit der vorgeburtlichen Selektion erblich »belastete« Eltern, denen früher zum Verzicht auf Kinder geraten werden »mußte«, gesunde Kinder bekommen, die jedoch TrägerInnen der »kranken« Gene waren, die sie an kommende Generationen weitergeben konnten. Hierzu der amerikanische Genetiker Milunsky: »Die grundlegende Philosophie der vorgeburtlichen Diagnose besteht darin, Eltern mit Risiko aufzuklären, daß sie bei selektivem Vorgehen gesunde Kinder bekommen können ... Doch haben, gerade weil es die vorgeburtliche Diagnose gibt, Tausende von Ehepaaren, die infolge der bei ihnen gegebenen Gefahr einer Erbkrankheit viel zu angststarr waren, eine Schwangerschaft einzugehen, inzwischen ihre eigenen gesunden Kinder.«[16] Diese im »Versuch-und-Irrtum-Verfahren« entstandenen Kinder sind wiederum TrägerInnen der belasteten Gene.

Kosten-Nutzen-Aspekte

Wenn auch die Tätigkeit der HumangenetikerInnen bevölkerungseugenisch noch nicht wirksam geworden ist, ja vielleicht sogar kontraproduktiv wirkt, ist in den letzten Jahren unter dem Druck der allerorts beschrieenen »Kostenexplosion im Gesundheitswesen« die Notwendigkeit der Effizienz genetischer Beratung gewachsen. Denn im Hinblick auf eine Kostenersparnis ist diese »Prävention« nur sinnvoll, wenn möglichst viele von ihr erfaßt werden.

In diesem Zusammenhang bieten sich Screenings, sog. »genetische Reihenuntersuchungen« an, über die sich gleichzeitig noch ein anderer alter Traum der Eugeniker verwirklichen läßt: die Erfassung genetischer Daten von großen Teilen der Bevölkerung. Neuestes Beispiel hierfür ist die perinatologische und neonatologische Erfassung[17] von Kindern in Hamburg.

Die zahlreichen bei der Erhebung gesammelten Daten werden zentral bei der örtlichen kassenärztlichen Vereinigung gespeichert und ausgewertet. Über die Verbindung dieser Daten mit denen in den entsprechenden Gesundheitsämtern und genetischen Beratungsstellen wird bereits nachgedacht.[18] Da sich die Möglichkeit des Zugriffs mit der Gründlichkeit der Erfassung erhöht, kann man/frau sich ausmalen, was sich hier für Perspektiven ergeben können...

Doch zurück zu den Kosten, die Behinderte und »Erbkranke« verursachen. Kosten-Nutzen-Analysen in diesem Bereich haben eine unselige Tradition, werden aber trotzdem immer wieder neu erstellt. Im »Dritten Reich« benutzte man sie als Begründung für die »Ausmerzung« der »unnützen Esser«, heute »beweist« man mit ihnen, wieviel billiger es ist, die humangenetischen Beratungsstellen auszubauen und damit behinderte Kinder zu verhindern, anstatt sie zu versorgen. Von HumangenetikerInnen werden diese Berechnungen oft als bloße strategische Maßnahme zum Erhalt staatlicher Gelder ausgegeben, und es wird behauptet, daß das Kosten-Nutzen-Denken ansonsten keine Rolle spielt. Das stimmt jedoch so nicht, vielmehr erfreut sich das Kosten-Nutzen-Denken bei der pränatalen Diagnostik großer Beliebtheit, wie die folgenden zwei Beispiele belegen, und produziert damit weiteren Druck zu ihrer verstärkten Anwendung.

Der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer formulierte 1980: »Wir stehen vor der Notwendigkeit, immer mehr und immer ältere Behinderte zu versorgen. Die Grenze der Leistungsfähigkeit der Gesamtheit der Versicherten und des Staates ist in Sicht, ja verschiedentlich ist sie bereits überschritten. Als wichtige Konsequenz ergibt sich aus dieser Situation, daß der Krankheitsvorbeugung und damit der genetischen Beratung ein besonderes Gewicht beigemessen wird. Bei der heute einfachen Familienplanung ist es wichtig, daß die wenigen gewünschten Kinder gesund zur Welt kommen...«[19]

Wenn schon nicht Quantität (daß die Deutschen aussterben,

weil sie zuwenig Kinder bekommen, wird ja in konservativen Kreisen bereits seit mehreren Jahren befürchtet), dann wenigstens Qualität des bundesdeutschen Nachwuchses! Und selbst unterstellt, daß die HumangenetikerInnen nicht bevölkerungseugenisch wirksam werden wollen, gibt es gesellschaftlich relevante Gruppen, die genau das von ihnen erwarten.

»Die Präventionsmöglichkeiten, die sich aus einer genetischen Beratung und pränatalen Diagnostik ergeben, kommen dem öffentlichen Interesse an einer effektiven Krankheitsvorsorge entgegen. Insbesondere ökonomische Motive sprechen für eine Senkung der Kosten des Gesundheitswesens, die durch eine Versorgung von Behinderten entstehen«[20], schreibt die Enquete-Kommission »Chancen und Risiken der Gentechnologie« und empfiehlt konsequent Ausbau und Kapazitätserweiterung der humangenetischen Beratungsstellen. Keine Eugenik?

Neue Eugenik und Ethik

»Die neue Eugenik ist wirtschaftlich, nicht gesellschaftlich orientiert. Statt in schrillen Tönen nach Rassenreinheit zu verlangen, spricht die neue kommerzielle Eugenik in pragmatischen Wendungen von gesteigerter wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit, besseren Standards und mehr Lebensqualität. Die alte Eugenik wurzelte in politischer Ideologie und wurde genährt von Furcht und Haß. Die neue Eugenik gründet sich auf wirtschaftliche Überlegungen und ist motiviert durch Nützlichkeitsüberlegungen und die Hoffnung auf finanziellen Gewinn.«[21]

Das ist jedoch nur eine Seite der »Neuen Eugenik«, die der Betreiber und des Staates. Diese »Neue Eugenik« und die ständig zunehmenden Möglichkeiten des technisch Machbaren erfordern inzwischen eine Neue Ethik. Eine solche neue Wissenschafts- und Medizinethik wurde auf dem 7. Internationa-

len Humangenetikerkongreß 1986 in Berlin vorgestellt. Vortragende war die Leiterin der Abteilung für menschliche Bioethik an der Monash-Universität (Australien), Helga Kuhse. In Kuhses Vortrag wurde – auf dem Kongreß unwidersprochen – deutlich, daß die neuen Möglichkeiten neue Selektionsentscheidungen nach sich ziehen, die behindertem, krankem oder aus anderen Gründen unnützem, unproduktivem Leben konsequent das Lebensrecht absprechen.

Kuhse stellte Kriterien auf, nach denen die Tötung behinderter Kinder, Kranker, unfallgeschädigter und alter Menschen zulässig ist, wenn »die Kriterien für menschliche Personalität dauerhaft nicht mehr zutreffen.«[22] Ihre Ausführungen münden schließlich in die Feststellung: »Es gilt, den auf überholter Grundlage errichteten Begriff der Unverletzlichkeit des Lebens abzulösen durch eine rationale Ethik, die den wissenschaftlichen und kulturellen Erfordernissen der modernen Zeit angemessen ist. Im Rahmen dieser Ethik ist es möglich und notwendig, lebenswertes und lebensunwertes Leben zu unterscheiden und das lebensunwerte zu vernichten.«[23] Keine Eugenik?

Peter Singer, der mit Helga Kuhse zusammenarbeitet, benutzt dieselben Kriterien, um bestimmten Menschen das Lebensrecht abzusprechen. In den letzten zwei Jahren hat er mit seinem Buch »Praktische Ethik« in Deutschland viel Aufsehen erregt. Es enthält seine Gedanken zu lebenswert und lebensunwert, zu freiwilliger und »unfreiwilliger« Euthanasie.[24] Ausgerechnet die Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte lud ihn 1989 als Referenten zu ihrem Symposium »Biotechnik – Ethik – Geistige Behinderung« ein. Wegen der Proteste eines Aktionsbündnisses von EugenikgegnerInnen und Mitgliedern der Behindertenbewegung wurde das Symposium schließlich abgesagt, aber es gab andere, die Singer ein Forum zur Verbreitung seiner menschen- und behindertenverachtenden Gedanken boten, darunter »Die Zeit« und das österreichische Fernsehen. Auch zwei Dortmunder Professo-

ren für Behindertenpädagogik (!) fanden Gefallen am Singerschen Gedankengut und luden ihn zu einem Gastvortrag mit dem Titel »Haben schwerstbehinderte neugeborene Kinder ein Recht auf Leben?« ein. Wegen erneuter Protestaktionen fand auch dieser Vortrag nicht statt, es gab allerdings auch keine Distanzierung der Professoren von Singer und dessen Einschätzung des Lebenswertes ihrer Klientel.[25]

Da Singer sogar mit nachgeburtlicher Selektion – also Tötung von behinderten Neugeborenen – keine Probleme hat, hat er sie um so weniger mit vorgeburtlicher. »Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung, Anm. d. Verf.) mit nachfolgender Abtreibung in einzelnen Fällen gehört in Ländern mit liberalen Abtreibungsgesetzen und fortgeschrittenen Behandlungsmethoden zur üblichen Praxis. Ich meine, daß das überall so sein sollte.«[26] Doch die Selektion per Amniozentese und Abtreibung ist ihm zu unsicher, und da er weder Ungeborene noch Neugeborene für lebenswerte »Personen«[27] hält, ist es für ihn »logisch«, weiterreichende Vorschläge zu machen.

»Gegenwärtig können Eltern nur dann darüber entscheiden, ob ihr behinderter Abkömmling erhalten oder vernichtet werden soll, wenn die Behinderung während der Schwangerschaft entdeckt wird. Es gibt keine logische Grundlage dafür, die Entscheidung der Eltern allein auf derartige Behinderungen zu beschränken. Würde man behinderte Neugeborene bis zu etwa einer Woche oder zu einem Monat nach der Geburt nicht als Wesen betrachten, die ein Recht auf Leben haben, dann könnten wir unsere Entscheidung auf der Grundlage eines weit umfassenderen Wissens über den Zustand des Kindes treffen, als das vor der Geburt möglich ist.«[28]

Diese Methode hätte wahrlich »gegenüber der Amniozentese einen Vorzug«[29]: Die Selektion könnte mit noch größerer Perfektion durchgeführt werden! Hierzu paßt ganz wunderbar der Gesetzentwurf, den die französische Elternvereinigung Apeh (Vereinigung zur Verhinderung behinderter Kinder) erst dem französischen Parlament, und als dieses den Vorschlag

nicht annahm, dem europäischen Parlament als Petition vorlegte. Sie fordert darin, daß behinderte Neugeborene bis zu drei Tage nach der Geburt getötet werden können sollen, wodurch viel Geld eingespart würde.[30] Keine Eugenik?

Die Neue Eugenik unterscheidet sich jedoch in mancherlei Hinsicht von der alten: Heute ist keine brutale Gewalt zu ihrer Durchsetzung nötig, sie funktioniert ohne staatlichen Unterdrückungsapparat im Namen von scheinbarer Freiwilligkeit und Selbstbestimmung. Es stehen ihr wesentlich feinere, subtilere und dennoch wirksame Methoden zur Verfügung. Sie erscheint klinisch rein im weißen Kittel und wird so auch gar nicht als Eugenik wahrgenommen (anscheinend nicht einmal von ihren Betreibern).

»Die abstrakte ›Reagenzglas-Eugenik‹ der Zukunft unterläuft die Diskriminierung und Tötung präventiv-technisch. Von Rassentheorien müssen ihre Verfechter nichts wissen, nichts glauben, nichts sagen, da die Technik selbst ebenso stumm wie effektiv die ›Verbesserung von Leben‹ jenseits von sozialer Hysterie vollzieht.«[31]

Gewalt zur Durchsetzung benötigt sie nicht, da sie sich breiter Akzeptanz in der Bevölkerung erfreut. Wer will schon ein behindertes Kind? Neben der tief verwurzelten Ablehnung von Behinderung, die von vielen immer noch – oder schon wieder – mit lebensunwert gleichgesetzt wird, haben sich Gesundheit, Produktivität und Funktionieren als die heutzutage gefragten Eigenschaften fest im Bewußtsein der Allgemeinheit eingenistet. Auch BevölkerungswissenschaftlerInnen ist inzwischen aufgefallen, daß sich das reproduktive Verhalten der Bevölkerung von der Orientierung auf die Quantität der Kinder hin zur Qualität verschoben hat, ganz wie vom Staat gewünscht.[32] So wird festgestellt, »... daß die Wohlfahrt, das Nutzenniveau der Eltern nicht nur vom Konsumniveau und der Kinderzahl, sondern auch von der ›Qualität‹ der Kinder abhängt.« Der Begriff der »Qualität« besagt, »daß sich Eltern Sorgen um das Lebensniveau ihrer Kinder, ihren Ausbildungsstand, ihre Gesundheit ... machen.«[33]

Das Angebot der pränatalen Diagnostik hat inzwischen einen größeren Bedarf geschaffen, als die Beratungsstellen und Labors derzeit bewältigen können. Potentielle Eltern fragen von sich aus pränatale Diagnostik und immer neue Tests nach.

»Technisch Realisierbares, Machbares, was in der Öffentlichkeit, vom Fernsehen bis zum Spielplatz, bekannt gemacht wird, führt unweigerlich zu einer gesteigerten Nutzung und Inanspruchnahme, und zwar zunächst einmal von seiten der Risikogruppen, für die eine Methode ursprünglich eingesetzt war. Die Trends zu mehr Pränataldiagnostik im Spiel von Angebot und Nachfrage, aber auch durch Erweiterung methodischer Möglichkeiten, sind überall deutlich erkennbar«, so die Humangenetikerin Traute Schroeder-Kurth.[34] Doch es sind nicht nur die Risikogruppen, die die HumangenetikerInnen bei der Entwicklung der Tests im Auge hatten, die sie nutzen wollen. »Es sind zunehmend die jüngeren Frauen, die zur Pränataldiagnostik drängen und mit allen Mitteln erreichen wollen, daß ihnen zugute kommt, was der älteren Mutter wie selbstverständlich angeboten wird.«[35] Die derzeitig verfügbaren Kapazitäten für pränatale Diagnostik reichen jedoch nicht einmal für die eigentliche Zielgruppe, alle Schwangeren über 35, sondern nur für 65–70 Prozent dieser Frauen.[36] Den HumangenetikerInnen geht es hier wie Goethes Zauberlehrling: »... die Not ist groß, die ich rief, die Geister, werd' ich nun nicht los.«

Jede/r möchte »das Beste« für ihr/sein Kind. Dazu gehört inzwischen eben auch, bereits pränatal jedes noch so geringe Risiko auszuschließen. Dieses Verhalten nennt Klees »Eugenik von unten«.[37] Es hat bereits zu einer Verschiebung der Wertvorstellungen darüber geführt, welche Kinder als lebenswert bzw. -unwert erachtet werden: Immer geringere »Defekte« werden mit großer Selbstverständlichkeit Anlaß für eine Unterbrechung der Schwangerschaft. Parallel dazu wächst der Druck

zum »perfekten Kind«. Unbemerkt wird der eigene Anspruch darauf zur gesellschaftlichen Verpflichtung, kein behindertes/krankes Kind in die Welt zu setzen.

»Somit erweist sich die Gefahr der verschwörerischen Umsetzung der modernen humangenetischen Techniken in Gestalt staatlicher oder expertokratischer Menschenzuchtprogramme wahrscheinlich als die weniger ernste Bedrohung. Die größere Befürchtung hat dem Eintreten der Konstellation zu gelten, daß die gerade erreichte öffentliche Kontrolle der Forschung und ihrer praktischen Umsetzung wieder ihrer Wirkung beraubt wird, weil uns mit der Nachfrage nach den neuen Techniken die Fähigkeit zur Reflexion auf die Wertbezüge verlorengegangen ist, die es uns erlauben, der Realisierung der eugenischen Utopien durch unser eigenes Verhalten zu widerstehen.«[38]

Pränatale Diagnostik und Schwangerenvorsorge

War die pränatale Diagnostik in ihren Anfängen nur wenigen Schwangeren vorbehalten, hat sich dies inzwischen grundlegend geändert: »... man muß sich grundsätzlich von der Vorstellung befreien, daß pränatale Diagnostik aus der Medizin wegzudenken ist. Sie ist integraler Bestandteil der Medizin für das Ungeborene. Sie muß zur Anwendung kommen, sonst können wir überhaupt keine vernünftige Medizin betreiben. Wir können überhaupt keine Schwangerenvorsorge betreiben, wenn wir nicht pränatale Diagnostik anwenden. Wir dürfen das nicht so eng sehen und dauernd in Richtung der Eugenik und der Chromosomen gucken.«[39]

Pränatale Diagnostik heißt zunächst nichts anderes als vorgeburtliche Diagnostik. Somit zählen alle im Rahmen der Schwangerenvorsorge durchgeführten und im Mutterpaß auf-

geführten Untersuchungen dazu, wie z. B. diverse Untersuchungen des mütterlichen Blutes, Urins und auch die in jeder Schwangerschaft mindestens zweimal durchgeführte Ultraschalluntersuchung. Im engeren Sinne wird unter pränataler Diagnostik allerdings die Anwendung der invasiven (d. h. in den Körper der Frau eindringenden) Methoden zur Gewinnung von embryonalem/fetalem Zellmaterial verstanden.

Diese Methoden sind inzwischen fester Bestandteil der Schwangerenvorsorge. Besonders für werdende Mütter über 35 ist die Fruchtwasseruntersuchung oftmals nur noch eine von vielen vorgegebenen Untersuchungen. Sie hat für die Frauen auch meist mit Humangenetik gar nichts mehr zu tun, da die Zellentnahme in Arztpraxen/Kliniken erfolgt, die Auswertung in privaten Labors durchgeführt und die Mitteilung des Befundes vom behandelnden Arzt übernommen wird. Die Frauen kommen mit den Institutionen der Humangenetik nicht in Berührung. Nur in wenigen Städten (z. B. Heidelberg) ist eine Beratung in der humangenetischen Beratungsstelle vor der Fruchtwasseruntersuchung zwingend vorgeschrieben. Nichtsdestotrotz sind diese Methoden pränataler Diagnostik angewandte Humangenetik.

Schwangerschaft und Technik

Kritik an der pränatalen Diagnostik muß auch immer mit Kritik am Umgang mit Schwangerschaft und Geburt, besonders an der hier praktizierten Schwangerenvorsorge verknüpft werden.

Schwangerschaft und Geburt sind in den letzten Jahrzehnten zunehmend pathologisiert, medizinisiert und technisiert worden. So wird in der europäischen Perinatalstudie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) festgestellt: »Vor allem während der letzten 15 Jahre hat die Technologie in der Schwangerenfürsorge einen immer wichtigeren Platz eingenommen...«[40],

was unter anderem dazu geführt hat, daß »die meisten Mitarbeiter der Gesundheitsversorgung nicht mehr (wissen), was eine ›nichtmedikalisierte‹ Geburt eigentlich ist«.[41] Den Frauen wird es kaum anders gehen.

Die Methoden des modernen Geburtsmanagements halten jedoch nicht, was sie versprechen. Es hat sich inzwischen herausgestellt, daß durch den Einsatz modernster Technik auch keine größere Sicherheit oder ein Mehr an Informationen gewährleistet werden kann. So wurde bei einer Studie herausgefunden, daß die elektronische Überwachung von kindlichen Herztönen und der mütterlichen Wehentätigkeit während der Geburt keinen größeren Schutz vor Sauerstoffmangelschäden bietet als das regelmäßige Abhören der Herztöne durch die Hebamme – eine von modernen Geburtshelfern als hoffnungslos altmodisch belächelte Methode.[42] Die durch den Einsatz von Maschinen gewonnenen Informationen erwecken jedoch den Eindruck größerer Objektivität und sind schon deswegen »sicherer«.

Schwangerschaft und Geburt werden nicht mehr als in erster Linie lebendige und natürliche Vorgänge betrachtet, sondern immer mehr unter dem Aspekt der Beherrschung und Kontrolle der Natur, in diesem Fall der Frau. Die hochtechnisierte Medizin bietet sich den verunsicherten, von unserer Kultur alleingelassenen schwangeren Frauen als scheinbare Lösung ihrer Probleme an, indem sie ihnen suggeriert, daß mit ihrer Hilfe sowohl die Schwangerschaft als auch deren Produkt kontrollierbar seien.

Dieses Angebot wird angenommen. Doch damit delegieren die Frauen Verantwortung an die Medizin – in diesem Fall an die männerdominierte Gynäkologie –, was dazu führt, daß sie sich selbst immer weniger Entscheidungen zutrauen. Einer Studie von 1984 zufolge trauen sich nur noch 9 Prozent der Schwangeren eigenständige Entscheidungen über ihr Verhalten während Schwangerschaft und Geburt zu![43]

Parallel zur Medizinisierung und Technisierung der Geburts-

medizin entwickelte sich die Sichtweise von der Schwangerschaft als Risiko. »Weil man nun alle denkbaren Risiken berücksichtigen wollte, neigte man dazu, immer mehr Risikofaktoren zu definieren«[44], was dazu führte, daß »man meint, daß jede Schwangerschaft als Risiko betrachtet werden muß«.[45] So stellt die »Rheinische Perinatalerhebung« von 1983 fest: »Der Anteil risikofreier Schwangerschaften verringerte sich von 54,7 Prozent auf 43,9 Prozent. Dementsprechend erhöhte sich die Zahl der Schwangeren mit einem Risiko oder mehreren Befunden von 38,3 Prozent auf 48,9 Prozent.«[46]

Als das beste Mittel zur Beherrschung von Risiken gilt die möglichst lückenlose Überwachung der Schwangerschaft. »Der unbestrittene Fortschritt in der Schwangerenvorsorge wurde erkauft durch die lückenlose Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt, verbunden mit einer technischen Revolution im Überwachungsmanagement«, so der Gynäkologe Karl-Heinrich Wulf.[47]

Abgesichert wird die Kontrolle der Schwangerenvorsorge durch den neuen Mutterpaß vom 1.4.1986. In ihm werden eine große Anzahl individueller Daten des Ungeborenen und der Schwangeren festgehalten. Einige der dort gesammelten Daten aus der ganzen BRD, die zum Teil kaum zu anonymisieren sind, werden zentral ausgewertet. »Diese Auswertungen sollen Auskunft geben über die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen, die Verteilung der Risiken bei Schwangerschaft und Geburt, die Frühgeburtlichkeit, die Säuglingssterblichkeit, die perinatale Mortalität[48], die Notwendigkeit der Behandlung von Neugeborenen in besonderen Einrichtungen und andere für die Mutterschaftsvorsorge wichtige Erkenntnisse.«[49] Erfassung und Kontrolle, um noch besser kontrollieren zu können.

Die Befürworter und Betreiber der technisierten Schwangerenvorsorge machen auch keinen Hehl daraus, daß es ihnen um Kontrolle, um die »Durchsiebung aller Schwangeren«[50] geht. International tut sich die BRD hier wieder einmal durch

besondere Gründlichkeit hervor. Sie ist das einzige Land der Welt, das zwei Ultraschalluntersuchungen (16.–20. Schwangerschaftswoche und 32.–36. Schwangerschaftswoche) für jede Schwangerschaft vorschreibt. Mit dieser in Art eines Screenings (Reihenuntersuchung) durchgeführten Ultraschalldiagnostik läßt sich die »Durchsiebung« besonders wirkungsvoll erreichen. Darüber hinaus dient auch die Ultraschalldiagnostik der Selektion. Der Termin für die erste Untersuchung wurde bewußt so gelegt, daß bei festgestellter Abweichung des Ungeborenen von der Norm noch eine Abtreibung nach »eugenischer« Indikation, die bis zur 24. Schwangerschaftswoche möglich ist, vorgenommen werden kann.[51]

»Babyfernsehen«

Der Ultraschall wird in der Schwangerenvorsorge oft über die vorgeschriebenen zwei Male hinaus eingesetzt. Die Häufigkeit wird allein vom Arzt bestimmt, der seine teuren Geräte natürlich oft einsetzen möchte, damit sich die Anschaffung möglichst schnell amortisiert.

Aber auch den Schwangeren gefällt das »Babyfernsehen«[52], und es ist längst üblich, daß werdende Mütter ein Ultraschallbild von ihrem ungeborenen Kind in der Handtasche tragen. Auf Fragen nach dem Befinden wird dann das Bild ganz stolz gezeigt; nach der Geburt kommt es als erstes Foto ins Album des Kindes. Die Sorglosigkeit im Umgang mit dieser Technik ist verwunderlich, wenn frau bedenkt, daß die Harmlosigkeit, die ihre Befürworter immer behaupten[53], überhaupt nicht erwiesen ist. Dabei gibt es durchaus ernstzunehmende Hinweise auf Gefährdungen des Fetus durch Ultraschall[54], und selbst Fachleute warnen vor dem unnötigen Einsatz dieser Technik. Die Tatsache, daß die Schädlichkeit nicht erwiesen sei, bedeute nicht automatisch, daß Ultraschall unschädlich ist.[55]

Auch die Nützlichkeit des Ultraschalleinsatzes kann durch-

aus in Frage gestellt werden. Als er eingeführt wurde, lag die »Trefferquote« bei der Feststellung der Größe des Ungeborenen mit Ultraschall bei nur 66 Prozent, mit der traditionellen, manuellen Methode der Hebammen jedoch bei 80 Prozent! Inzwischen wird sich das Verhältnis zugunsten des Ultraschalls verändert haben, vor allem auch deshalb, weil wegen mangelnder Einsatzmöglichkeiten die Kenntnisse der manuellen Methoden verlorengehen. »Selbst wenn sich die Trefferquote durch mehr Ultraschallerfahrung verbessert haben sollte, ist gleichzeitig mit Sicherheit die Sicherheit der manuellen Einschätzung geringer geworden, so daß sich der Bedarf des Ultraschalls durch Vernichtung anderer Erfahrungen am Leben erhält.«[56]

Fortschreitende Verunsicherung

Im Zuge der Entwicklung der modernen Geburtshilfemedizin ist die Schwangerschaft immer mehr zur Krankheit geworden, die der ärztlichen Betreuung und Überwachung bedarf. Damit wurde den Frauen die Verantwortung für die Schwangerschaft abgenommen, bzw. sie haben sie Stück für Stück – ohne es selbst so recht zu bemerken – an die Gynäkologie abgegeben. Das hat jedoch bei den Frauen nicht zu größerer Sicherheit, sondern im Gegenteil zu fortschreitender Verunsicherung geführt. Dieser soll die Medizin nun abhelfen, indem sie möglichst alle vorstellbaren Risiken »objektiv«, also technisch meßbar, ausschließen soll. Doch auch die verstärkte Inanspruchnahme von Tests führt nicht zur Beruhigung, sondern zum Ansteigen der Ängste. Durch das ständige Gerede von Risiken glauben die Frauen, »etwas sei nicht in Ordnung, wenn dies überhaupt nicht der Fall ist«.[57] Dann »macht sich die Schwangere natürlich mehr Sorgen und hat auch mehr Angst. Wissenschaftliche Untersuchungen haben ergeben, daß diese Angst und diese Sorge die Gefahr erhöhen, daß sich später während

der Schwangerschaft Komplikationen ergeben (eine sich selbst erfüllende Voraussage)«.[54] Das Angebot bestimmter diagnostischer Tests schafft also eine Ereigniskette von Angst-Test-Angst, die dann die Grundlage für die Nachfrage nach immer neuen Tests bildet.

Bestes Beispiel dafür, daß die Tests Angst produzieren, ist die »Magische Grenze 35«.[59] Ab diesem Alter, von dem an die Amniozentese allen Schwangeren angedient wird, steigt die Angst, ein behindertes Kind zu gebären, sprunghaft an, obwohl es »objektiv« dafür überhaupt keinen Grund gibt. Die Wahrscheinlichkeit, ein Kind mit einer Chromosomenanomalie zu gebären bzw. zu zeugen, steigt zwar mit dem Alter der Frau bzw. des Mannes linear an; einen »statistischen Sprung« gibt es aber bei der Frau erst mit 41 Jahren. Die mit 35 sprunghaft ansteigenden Ängste sind somit nicht urwüchsig, sie werden gemacht. In Ländern, in denen eine andere Altersgrenze für die Amniozentese gilt, verschiebt sich dementsprechend auch die »Magische Grenze«.

Angst

Zur Rechtfertigung der Ausweitung der pränatalen Diagnostik berufen sich die BetreiberInnen gerne auf »die« Ängste »der« Frauen. Der Frage jedoch, woher diese Ängste kommen und ob ihnen auch anders als mit Tests begegnet werden könnte, geht vorsichtshalber kaum jemand nach.

Angst ist ein »dem Menschen angeborenes Phänomen«, »ein wichtiger Bestandteil der menschlichen Erfahrung, trotz der Anstrengungen sie zu überwinden«.[60] Nach Delumeau ist das Bedürfnis nach Sicherheit genauso alt wie die Angst, die für das Überleben der Menschheit ein »notwendiges Bollwerk, ein Schutz gegen Gefahren« und »Motor der Entwicklung« war.[61] Sie darf aber ein gewisses Maß nicht überschreiten, sonst wird sie pathologisch und hemmt jede Weiterentwicklung. Angst ist

die Angst vor Überraschungen, vor Fremdem, Unbekanntem, nicht Einschätzbarem, für das man/frau kein Handlungsmuster parat hat. »Die Angst ist die schmerzhafte Erwartung einer Gefahr, die um so beunruhigender ist, als man sie nicht genau definieren kann: Sie ist ein Gefühl allgemeiner Unsicherheit.«[62]

Angst vor einem behinderten Kind bzw. vor Behinderung überhaupt ist also Angst vor dem Fremden. Sie entsteht dadurch, daß man/frau die Behinderung nicht kennt bzw. nur eine verzerrte Vorstellung davon hat. Angst vor etwas, das einem so schrecklich erscheint, daß man/frau es auf gar keinen Fall kennenlernen möchte. Es ist aber auch die Angst vor der eigenen Verletzbarkeit, die einem die Behinderung wie in einem Spiegel vor Augen führt. Die Angst vor einem behinderten Kind beinhaltet darüber hinaus noch die Angst vor einer narzißtischen Kränkung, davor, kein perfektes Abbild seiner selbst zu produzieren. Und schließlich ist es schlicht die Angst davor, »ein Kind zu bekommen, das man nicht lieben kann«[63], weil es auf die eine oder andere Art den in es gesetzten Erwartungen nicht entspricht.

Daß es sich bei der Angst vor einem behinderten Kind um die Angst vor etwas Fremden, nicht Einschätzbarem handelt, zeigt sich deutlich daran, daß das gefürchtete Fremde, die Behinderung, eine Umwertung erfährt, wenn frau/man ihr nicht mehr ausweichen kann. Eltern behinderter Kinder berichten, daß sie das Leben mit dem behinderten Kind nach Überwindung des anfänglichen Schocks als sehr bereichernd empfinden.[64]

Ängste der Frauen während der Schwangerschaft sind kein Phänomen des technischen Zeitalters. Schon immer berichteten Schwangere von Träumen, in denen Hexen, Ungeheuer und Mißgeburten vorkamen. »Träume von Monstern und Ungeheuern, denen häufig etwas Archaisches anhaftet, begleiten den Schwangerschaftsprozeß.... Ängste und Sorgen, der Nachwuchs könnte nicht gesund sein, sind normal in der

Schwangerschaft. Sie können als innerer Motor gewertet werden, das künftige Kind in allen seinen Ausprägungen anzunehmen.«[65] Die Ängste bei Schwangeren erfüllen aber noch eine weitere Funktion. »Die Gefühlsstrudel in der Schwangerschaft helfen Altes abzubauen, um für Neues Platz zu schaffen.«[66] Die Ängste stellen eine Art »psychischer Geburtsvorbereitung« dar.

Es gibt verschiedene Arten des Umgangs mit Ängsten. Man/frau kann sie ignorieren, verdrängen, unterdrücken, übertragen, offensiv angehen. Genauso ist es möglich, Abwehrstrategien zu entwickeln[67] oder aber die Gefahr, vor der man/frau Angst hat, zu kontrollieren. Angst erzeugt geradezu den Wunsch nach Kontrolle. Und hier bieten sich Humangenetik und pränatale Diagnostik als ideales »Anti-Angst-Programm«[64] an. Sie bündeln die Ängste und vermitteln die so dringend benötigte Sicherheit – auch wenn diese nur eine scheinbare ist. Für Erwachsene, die Angst davor haben, durch Unfall oder Krankheit selbst behindert zu werden, erfüllen die »Patiententestamente«[69] der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben denselben Zweck. Sie sind der Versuch zu kontrollieren, was sich immer noch der Kontrolle widersetzt: das Leben.

MedizinerInnen behaupten, daß sie die Angst abbauen: »Wir dürfen den Hintergrund nicht vergessen, daß jede Schwangere Angst hat. Jeder, der (!) selbst einmal schwanger war und ein Kind geboren hat, weiß, daß er selbst Angst gehabt hat. ... Die Angst ist ja nicht ganz unberechtigt. Immerhin werden drei Prozent aller Neugeborenen mit organischen Schäden geboren...«[70] Anstatt zu betonen, daß 97 Prozent aller Neugeborenen keine Schädigungen aufweisen und den Frauen in der Schwangerschaft zu bestätigen, daß alles seinen natürlichen Gang geht, ist der Blick auf jede Abweichung vom Durchschnittswert (Norm) und das daraus automatisch gefolgerte Risiko gerichtet, womit die Ängste noch weiter geschürt werden: »Insgesamt sind drei Prozent der Neugeborenen behin-

dert... Etwa ein halbes Prozent der Neugeborenen hat eine Chromosomenstörung und ein Prozent leidet an monogenen Erbleiden. Vor dem Hintergrund dieser Zahlen ist die Angst vieler Eltern vor der Geburt eines kranken Kindes verständlich.«[71] Es kommt wohl tatsächlich auf den Standpunkt an, man könnte auch sagen, daß vor dem Hintergrund dieser Zahlen die Ängste wenig verständlich sind.

Es ist allgemein Konsens, daß jede Schwangere Angst vor der Geburt eines behinderten Kindes (zu haben) hat, wie es Konsens ist, daß als behindert diagnostizierte Feten abgetrieben werden. Die Frage, was Behinderung ist – nämlich ein gesellschaftlicher Ausgrenzungsprozeß, der durch dieses Vorgehen noch verstärkt wird –, wird nicht problematisiert, genausowenig wie die Tatsache, daß Behinderung nun einmal nicht aus der Welt zu schaffen ist und es deshalb vor allem darum gehen muß, gesellschaftliche Umgangsformen zu entwickeln, die Behinderten und ihren Angehörigen die gleiche Lebensqualität ermöglichen wie Nichtbehinderten.

Dazu bedarf es jedoch einer veränderten Sichtweise von Behinderung, weg von der statisch-medizinischen Etikettierung, die die Entwicklungsfähigkeit jedes Menschen außen vor läßt, hin zu einer Sichtweise, in der Behinderung eine der vielen Varianten menschlichen Lebens ist. Behinderte Menschen würden dann nicht wie jetzt allein über ihre Defizite definiert, sondern wären als Menschen mit besonderen Bedürfnissen gleichberechtigte Mitglieder der Gesellschaft.

Behinderung wird in der Regel mit Leid(en) gleichgesetzt, so daß es auch noch als gute Tat erscheint, wenn man dazu beiträgt, dieses zu verhindern. Ignoriert oder verleugnet wird die Tatsache, daß die wenigsten Behinderten an ihrer »Schädigung« leiden (es sei denn, sie geht mit Schmerzen einher), sondern an der Reaktion ihrer Umwelt auf ihre Andersartigkeit und an der daraus folgenden Beschränkung der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Die einzige Antwort der Medizin auf die Angst vor Behinderung ist die Anwendung von Tests und

damit der scheinbaren Möglichkeit, das Problem individuell umgehen zu können. Anstatt Ängste abzubauen, werden neue Ängste geschaffen.

Inzwischen zeigt sich, daß der veränderte – technokratische – Umgang mit Schwangerschaft und Geburt und den damit einhergehenden Ängsten nicht ohne Folgen geblieben ist. Insbesondere die Amniozentese hat zu einer Veränderung des Verhältnisses der Schwangeren zum Ungeborenen geführt. Dies ist vor allem bei den Schwangeren über 35 der Fall, aber mehr und mehr auch bei jüngeren Frauen, die für sich das »Recht« auf Amniozentese beanspruchen.

Verkürzt kann gesagt werden, daß die Amniozentese die Frauen um die Hälfte ihrer Schwangerschaft betrügt.[72] Die Schwangerschaft wird erst angenommen, wenn der negative Befund der Fruchtwasseruntersuchung vorliegt, also nach der 20. Schwangerschaftswoche. Davor waren sie nur »auf Probe schwanger«.[73] Dies zeigt sich u. a. daran, daß die Kindsbewegungen, die normalerweise schon in der 18. Schwangerschaftswoche spürbar und für die Frauen eines der bedeutendsten Ereignisse in der Schwangerschaft sind, erst nach Vorliegen des Testergebnisses wahrgenommen werden. »Das heißt: das Testergebnis ersetzt die Bedeutung von Kindsbewegungen, und das Wahrnehmen eines zweiten Wesens in sich wird von Laborbefunden abhängig gemacht.«[74]

Diese Einstellung gegenüber dem Ungeborenen wird verständlich in Anbetracht der Konsequenz, die die Fruchtwasseruntersuchung im Falle eines positiven Befundes hat: Schwangerschaftsabbruch. Diese dem Verfahren implizite Konsequenz wird meistens nicht erwähnt, schwingt aber unausgesprochen immer mit. Welchen Sinn würde die Untersuchung sonst machen? So dürfen sich die Schwangeren schon aus Gründen des Selbstschutzes nicht voll und ganz auf die Schwangerschaft einlassen, solange der Testbefund nicht vorliegt. Viele Frauen meinen übrigens, daß sie mit dem »negativen« Befund (d. h., es wurde nichts Auffälliges festgestellt) ein »Gütesiegel« für ein

völlig gesundes Kind haben. Das ist jedoch nicht der Fall. Zum einen können ohnehin – bis jetzt jedenfalls – nur einige Schädigungen mit Sicherheit ausgeschlossen werden, an erster Stelle die Chromosomenabweichungen. Andere Schädigungen werden nur erkannt, wenn gezielt nach ihnen gesucht wird, und dazu müssen gewisse Verdachtsmomente bekannt sein. Darüber hinaus gibt es auch Behinderungen/Schädigungen, die mit der Amniozentese (noch?) nicht feststellbar sind.

Bezeichnend ist in diesem Zusammenhang auch die »Werbung«, die für die pränatale Diagnostik gemacht wird. Frauenzeitschriften und Zeitschriften wie »Eltern« verweisen gern – vor allem im Hinblick auf sog. »Spätgebärende« – auf die Amniozentese als Mittel zur Feststellung der »Gesundheit« des Ungeborenen. »Wird es ein gesundes Baby?« heißt z. B. die Überschrift eines »Eltern«-Artikels, in dem die Chorionzottenbiopsie vorgestellt wird.[75]

Die Methoden der pränatalen Diagnostik werden in der Regel als problemlose Möglichkeiten, mit denen frau feststellen lassen kann, ob das Kind gesund ist oder nicht, angepriesen,[76] und damit enden dann die Ausführungen. Es wird kaum ein Wort darüber verloren, was es bedeutet, wenn das Ungeborene eben nicht »gesund« ist. Diese Art der »Information« fördert zum einen bei den Frauen die Haltung: »Es wird schon alles in Ordnung sein, ich lasse nur sicherheitshalber mal nachsehen«[77], mit der die Konsequenz des Abbruchs auch weitgehend negiert wird. Zum anderen drückt es aber auch den stillschweigenden gesellschaftlichen Konsens aus, daß nicht »gesunde« Kinder zwar besser nicht geboren werden, frau/man darüber aber auch nicht spricht.

Eine seltene Ausnahme ist der Artikel »Schwangerschaftsvorsorge« in »Medizin heute«, in dem es zur festgestellten Rötelninfektion des Fetus lapidar, aber deutlich heißt: »Es geht nicht um die Verhinderung einer Krankheit, sondern es geht einzig und allein um die Verhinderung eines kranken Kindes.«[78]

Auch die Folge dieser allgemein anerkannten Konsequenz wird kaum angesprochen, was es nämlich heißt, in der 22.–24. Schwangerschaftswoche einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen. Ein solcher Abbruch ist eine Geburt, bei der die Frau »ihr Kind zu Tode« gebärt[79], was bei den meisten dieser Frauen zu schwerwiegenden psychischen Problemen führt.

Aber auch wenn die Schwangerschaft aufgrund eines negativen Befundes fortgesetzt wird, hat die Amniozentese Auswirkungen bis nach der Geburt des Kindes. So wurden bei einer in den USA durchgeführten Studie an jungen Müttern, die während der Schwangerschaft eine Amniozentese hatten vornehmen lassen, nach der Geburt mehr Probleme mit den Kindern festgestellt als bei Müttern der Vergleichsgruppe, die keine Amniozentese hatten durchführen lassen, die sozusagen von Anfang an »richtig schwanger« gewesen waren.

Sowohl aus der Frauenbewegung als auch aus den sog. »alternativen« Kreisen war jahrelang nichts Kritisches zur pränatalen Diagnostik zu vernehmen. Der gesellschaftliche Konsens, daß behinderte Feten abgetrieben gehören, wurde stillschweigend mitgetragen. Protest und Empörung löste dagegen der Tatbestand aus, daß in Indien mit Hilfe der Amniozentese Geschlechtsselektion betrieben wird, also weibliche Feten abgetrieben werden. Dieser Protest trägt inzwischen Früchte: »In das indische Parlament wurde vor kurzem ein Gesetzentwurf eingebracht, nach dem die Anwendung von pränataler Diagnostik zur Geschlechtsbestimmung bei Embryonen unter Strafe stehen soll. Gleichfalls verboten ist danach die Werbung für solche Methoden ...«[80]

Die Akzeptanz der pränatalen Selektion Behinderter wurde besonders in der »Post-Tschernobyl-Phase« deutlich, als in Frauen- und »alternativen« Kreisen über die möglichen Konsequenzen der radioaktiven Strahlung für Schwangere bzw. für die Ungeborenen diskutiert wurde. Diese Diskussion mündete vielerorts in der Empfehlung, zur humangenetischen Bera-

tungsstelle zu gehen und eine Amniozentese vornehmen zu lassen. Die Konsequenz blieb in der Regel wieder unausgesprochen, war aber allen klar... Seltener war die Offenheit wie in einem Artikel in »Emma« 7/86, wo einmal öffentlich über die eventuelle »medizinische Notwendigkeit«, strahlengeschädigte Feten abzutreiben, nachgedacht wurde.[81]

Erst seit kurzer Zeit wird die Problematik der pränatalen Diagnostik vor allem in der Frauenbewegung kritisch diskutiert. Es hat sich inzwischen nämlich gezeigt, daß die vermeintliche Erweiterung der Selbstbestimmung der Frau durch vermehrte Informationen über das Ungeborene ihre Schattenseiten hat, daß die individuelle »Hilfe« zur Veränderung des Umgangs mit Schwangerschaft/Geburt für alle Schwangeren führt. Es zeichnet sich ab, daß es bald nicht mehr möglich sein wird, wirklich selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen, sofern sich diese gegen die etablierte Verpflichtung, nur noch »perfekte Kinder« zu gebären, richtet. Der soziale Druck auf Frauen, die so »verantwortungslos« sind, nicht zur Amniozentese zu gehen – obwohl sie eventuell zur Gruppe der »Risikoschwangeren« zählen – wächst.

Andererseits setzt sich auch die Erkenntnis durch, daß Frauen nicht nur Opfer einer patriarchalen Technologie sind, sondern durch die unreflektierte Inanspruchnahme und das Einklagen von »Rechten« in diesem Bereich auch Mitverantwortung an der Etablierung und Ausweitung der pränatalen Diagnostik – und damit auch an deren Folgen – tragen. So werden aus Frauenkreisen in letzter Zeit immer mehr Forderungen nach einem anderen Umgang mit Schwangerschaft und Schwangerenvorsorge laut, mit dem z. B. den Frauen das Vertrauen in die Fähigkeiten ihres Körpers wiedergegeben werden soll und sie dadurch in die Lage versetzt werden, sich »den Techniken Stück für Stück (zu) entziehen«.[82]

Humangenetische Beratung

Die erste humangenetische Beratungsstelle der BRD wurde 1972 in Marburg eingerichtet. Sie entstand im Rahmen eines von der Deutschen Forschungsgesellschaft (DFG) und dem Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit geförderten Modellversuches.

Die Beratungsstellen – meist an humangenetische Institute von Universitäten angeschlossen – haben folgende Aufgaben: genetische Familienberatung, genetische Untersuchungen (z. B. im Rahmen der pränatalen Diagnostik) und Teratogenese-Beratung (Beratung über schädigende Einflüsse während der Schwangerschaft, z. B. Medikamente, Strahlung etc.). Die Forschung findet in den Instituten statt.

Genetische Familienberatung

Das Angebot der genetischen Familienberatung besteht prinzipiell für alle BundesbürgerInnen. Es ist jedoch in erster Linie für Personen eingerichtet worden, die entweder selbst von einer vererbbaren Krankheit betroffen sind oder jemanden mit einer solchen Krankheit in der Familie haben. Darüber hinaus ist sie für Frauen/Paare gedacht, die bereits ein behindertes Kind haben oder die – ohne erkennbaren Grund – mehrere Fehlgeburten hintereinander hatten.

Bei der Beratung wird zunächst eine Familienanamnese erhoben, dabei wird auch ein mehrere Generationen zurückreichender Familienstammbaum erstellt. Bei der Beratung wird also umfangreiches Datenmaterial über eine Person/eine Familie gesammelt und auch gespeichert. Im Anschluß erfolgen mitunter weitere Untersuchungen – z. B. Chromosomenanalysen. Den Abschluß bildet die Mitteilung des voraussichtlichen Risikos für die Geburt eines behinderten/kranken Kin-

des. Die Bewertung dieses »Risikos« ist dabei einem stetigen Wandel unterworfen. War früher eine Wahrscheinlichkeit von 1:50 für das Auftreten einer bestimmten Krankheit ein »hohes« Risiko, ist es heute bereits eine Wahrscheinlichkeit von 1:200, und es ist abzusehen, daß sich dieser Trend weiter fortsetzen wird.[83]

Pränatale Diagnostik – Pränatale Chromosomenanalyse

Nach eigenen Aussagen ist es den HumangenetikerInnen lieber, wenn »belastete« Eltern vor Eintritt einer Schwangerschaft in die genetische Familienberatung kommen als nach bereits eingetretener Schwangerschaft zur pränatalen Diagnostik, bei der auch immer gleich die Problematik des möglichen Schwangerschaftsabbruches im Raum steht.

Das Angebot der pränatalen Diagnostik richtet sich jedoch größtenteils an einen ganz anderen Personenkreis: 80 Prozent der Diagnosen werden aufgrund der sog. »Altersindikation« bei Schwangeren, die älter als 35 sind, erstellt. Früher war die Altersgrenze bei 38, und es ist damit zu rechnen, daß sie in den nächsten Jahren weiter sinken wird. Die Altersgrenze ist willkürlich gesetzt, zur Zeit stellt sie den Schnittpunkt zweier Risiken dar: mit 35 ist das Risiko, ein Kind mit einer Chromosomenanomalie zu bekommen, genauso groß wie das Risiko einer Fehlgeburt bei der erforderlichen Fruchtwasserentnahme. Ein weiterer Grund für die Festsetzung dieser Altersgrenze ist die Auslastung der Labors: Bei erhöhter Kapazität – wie von der Enquete-Kommission gefordert – kann die Altersgrenze gesenkt werden.

1984 wurden bundesweit 22 506 pränatale Diagnosen durchgeführt, davon 80 Prozent aufgrund der Altersindikation, die übrigens auch bei Vätern über 40 gegeben ist. Zehn Prozent wurden aufgrund bereits vorhandener Behinderungen in der Familie und weitere zehn Prozent aufgrund der sog. »Angstin-

dikation« durchgeführt. In diesen Fällen existiert kein medizinisches oder Altersrisiko, die Schwangeren fordern von sich aus eine pränatale Diagnose – aus Angst vor einem behinderten Kind. Der Anteil dieser Indikation ist in den letzten Jahren gestiegen. In der Literatur wird diese Indikation auch beschönigend »psychische Indikation« genannt.

Bei 97 Prozent aller Frauen, die eine Fruchtwasseruntersuchung durchführen lassen, ist der Befund negativ (d. h., es wurde nichts Besonderes festgestellt). Die drei Prozent der Schwangeren, bei deren Fetus eine Abweichung festgestellt wurde, lassen in 99 Prozent der Fälle einen Schwangerschaftsabbruch gemäß der »kindlichen« – auch eugenischen – Indikation des § 218 vornehmen.

Über die Analyse pränatal entnommenen Zellmaterials hinaus (zu den Methoden s. u.), führen die humangenetischen Beratungsstellen Teratogenese- und Mutageneseberatungen durch. Dabei geht es um mögliche pränatale Schäden durch Einwirkung von Strahlen (Röntgen, Radioaktivität etc.), Medikamenten (z. B. bestimmte Antikonvulsiva), Drogen (Alkohol, Kokain etc.) und Infektionen (Röteln, Toxoplasmose u. a.) in der Frühschwangerschaft. Auch hier besteht die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruches nach der »kindlichen« Indikation des § 218. Außerdem werden – z. B. bei Verdacht auf eine bestehende Chromosomenanomalie – auch postnatale Chromosomenanalysen durchgeführt.

Forschung

In den verschiedenen humangenetischen Instituten der BRD werden z. Zt. unterschiedliche Forschungsprojekte durchgeführt, die die Entschlüsselung des menschlichen Genoms bzw. das Erkennen von sogenannten Erbkrankheiten im weitesten Sinne zum Inhalt haben.

Darüber hinaus werden Forschungen zur genetischen Erklä-

rung von Krebs – und langfristig seiner gentechnischen Bekämpfung – sowie biochemische und pharmakogenetische Forschungen durchgeführt.

Ein weiteres Forschungsobjekt ist die Verarbeitung der bei den Beratungen anfallenden Daten. Geplant ist eine Art zentrale Erbkartei, analog zum Krebsregister, mit dem z. B. genetische Epidemiologie möglich wäre.

Methoden und Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik

Amniozentese

Die bekannteste und heute am häufigsten durchgeführte invasive Untersuchungsmethode ist die Amniozentese, die Entnahme von Fruchtwasser zur Untersuchung der darin befindlichen fetalen Zellen. Sie wurde bereits in den dreißiger Jahren entwickelt, zunächst jedoch nur in der 2. Schwangerschaftshälfte eingesetzt. Seit Ende der sechziger bzw. Anfang der siebziger Jahre wird sie auch in der ersten Hälfte angewandt.

Die Fruchtwasserentnahme erfolgt in der 16.–18. Schwangerschaftswoche nach der Befruchtung (p. c. – post conceptionem) unter Ultraschallkontrolle mit einer Punktionsnadel durch die Bauchdecke der Schwangeren, die örtlich betäubt wird. Es werden 20 bis 25 ml Fruchtwasser entnommen, in dem erst zu diesem Zeitpunkt der Schwangerschaft genügend Fruchtwasser mit abgeschilferten Zellen des Fetus vorhanden sind, um eine Kultur anzusetzen. Daraus ergibt sich der späte Zeitpunkt der Amniozentese. Es gibt inzwischen auch die sog. »Frühamniozentese« in der 12. Schwangerschaftswoche, die jedoch sehr schwierig durchzuführen ist, da zu diesem Zeitpunkt nur sehr wenig Fruchtwasser zur Verfügung steht. Die

Frühamniozentese wird deshalb auch nur von einigen wenigen Spezialzentren und äußerst selten durchgeführt.[84]

Das Fehlgeburtsrisiko wird – je nach zugrundegelegter Studie – mit 0,3 bis 2,4 Prozent angegeben. Darüber hinaus besteht natürlich auch die Möglichkeit, daß die Frau dabei zu Schaden kommt. Die Wahrscheinlichkeit hierfür – z. B. durch eine Infektion oder Fruchtwasserembolie – wird als sehr gering bezeichnet und mit 1:10 000 bis 1:100 000 angegeben. Neben dem Risiko einer Fehlgeburt bestehen noch weitere Risiken: Es kann durch verunreinigte Instrumente zu einer Infektion kommen, zu Fruchtwasserlecks oder Blutungen, und – bei Blutgruppenverträglichkeit von Mutter und Vater – zu einer Isoimmunizierung, auch Alloimmunisierung genannt. Sie tritt nur auf, wenn das Ungeborene wie sein Vater Rh-positiv, die Mutter aber Rh-negativ ist. Kommt es während der Schwangerschaft zu einem Kontakt von mütterlichem und fetalem Blut, z. B. durch eine Verletzung bei Amniozentese oder Chorionzottenbiopsie, bildet das Blut der Mutter Antikörper, die die Blutzellen des Fetus angreifen. Bei der ersten Schwangerschaft der Frau besteht in der Regel keine Gefahr, bei jeder weiteren nimmt sie jedoch zu. Die Auswirkungen beim geborenen Kind reichen von Gelbsucht und Anämie über Entwicklungsprobleme und geistige Behinderungen bis hin zur Möglichkeit der Totgeburt. Heute kann Rhesusinkompatibilität durch eine Impfung verhindert werden. Früher erhielten die betroffenen Kinder direkt nach der Geburt eine Bluttransfusion, und wo die Möglichkeit dazu bestand, erfolgte die Transfusion schon im Mutterleib.[85]

Neben diesen direkten Nebenwirkungen wird aber auch von Langzeitschäden berichtet. So haben Säuglinge, die nach Durchführung einer Amniozentese geboren werden, häufiger Atembeschwerden und Ohrenentzündungen als andere. Als Ursache der Ohrenentzündungen wird die Druckveränderung im Fruchtwasser während der Untersuchung angesehen, die sich schädlich auf das Ohr des Fetus auswirke. Ärzte in

Amsterdam fanden heraus, daß der bei der Amniozentese eingesetzte Farbstoff Methylen-Blau häufig zu einer Verklebung des Dünndarms, die bei den Säuglingen operativ behoben werden muß, führt.[86]

In 99 Prozent der Fälle ist die Methode erfolgreich, d. h., es wird ausreichend fetales Material entnommen. Bei einem Prozent muß der Eingriff wiederholt werden.

Diagnostische Möglichkeiten

Das auf diesem Wege gewonnene fetale Material wird verschiedenen Untersuchungen unterzogen. Die bekannteste und am häufigsten durchgeführte ist die Untersuchung auf Chromosomenanomalien. Hierfür wird das Fruchtwasser zunächst zentrifugiert. Mit den so gewonnenen Zellen werden zwei bis drei parallele Kulturen angelegt. Kultivierbar sind nur Zellen, die von Eihaut, Nase, Mund, Urogenitaltrakt oder der Haut des Fetus stammen. Zwischen dem 8. und dem 14. Tag nach Anlage sind in den Kulturen genügend Zellen nachgewachsen, um die Untersuchungen durchführen zu können.

Die Zellen werden auf Anzahl und Intaktheit der vorhandenen Chromosomen untersucht. Im Normalfall sind in einer menschlichen Zelle 23 Chromosomenpaare – also 46 Chromosomen vorhanden. Davon sind 44 sogenannte Autosomen, die restlichen beiden sind die Geschlechtschromosomen (X, Y). Die unterschiedlichsten Ursachen können dazu führen, daß mehr, weniger oder veränderte Chromosomen vorliegen. Die bekannteste – und am häufigsten festgestellte (Häufigkeit = 1:650) – Abweichung ist die Trimosie 21, auch Down-Syndrom oder rassistisch »Mongolismus« genannt, da die Kinder angeblich ein »mongolisches« Aussehen haben. Wie die Bezeichnung Trisomie andeutet, liegt hier das Chromosom 21 dreimal anstatt wie üblich zweimal vor. Eine solche numerische Chromosomenaberration – also zahlenmäßige Abwei-

chung – kann theoretisch bei jedem Chromosom entstehen. Je nachdem, welches betroffen ist, unterscheiden sich die Auswirkungen auf das Kind. Manche wirken sich kaum aus, andere führen schon frühzeitig zu einer Fehlgeburt.

Neben diesen numerischen gibt es strukturelle Chromosomenaberrationen, die jedoch noch viel seltener sind. Auch sie können mit dieser Untersuchung festgestellt werden. Strukturelle Aberrationen entstehen bei der Zellteilung, wenn sich gewissermaßen unterschiedliche, nicht zusammengehörige Chromosomen »vermischen« (Deletionen, Duplikationen, Translokationen).

Mehr und mehr können mit Fortschreiten der Gentechnik und der Molekularbiologie auch Gene bzw. Genprodukte festgestellt werden. Über diese Methoden können bereits heute einige der klassischen »Erbkrankheiten« diagnostiziert werden. Bis heute sind mehr als 3000 monogene Erbkrankheiten bekannt, also Krankheiten, bei denen nur ein Gen der Verursacher ist. Pränatal diagnostiziert werden können – bei allerdings steigender Tendenz – jedoch erst einige. Dazu gehören z. B. Duchennsche Muskeldystrophie, Cystische Fibrose, Chorea Huntington, Retinitis Pigmentosa, Sichelzellanämie, Hämophilie A und B (sog. »Bluterkrankheit«), Lesch-Nyhan-Syndrom und auch die Stoffwechselkrankheit Phenylketonurie (PKU)[87], um die bekanntesten zu nennen.

Mittels biochemischer Diagnostik kann auch der Alphafetoproteinwert (AFP-Wert) im Fruchtwasser festgestellt werden, dessen Erhöhung auf eine Störung bei der Schließung des Neuralrohres hinweist.[88] Ein zu niedriger AFP-Wert scheint ein Hinweis auf Vorliegen einer Trisomie 21 zu sein, in einem solchen Fall wird dann zur weiteren Abklärung des Verdachts eine Amniozentese durchgeführt.

Abweichungen, in der Sprache der MedizinerInnen »positive« Befunde, werden nur bei drei Prozent der durchgeführten Untersuchungen festgestellt.[89]

Die Schwangerschaften mit »positivem« Befund werden eigentlich immer abgebrochen, auch wenn die festgestellte Abweichung oder Schädigung keine schwerwiegenden Folgen haben würde oder die dadurch ausgelöste Krankheit wie z. B. Phenylketonurie mit einer speziellen Diät in den Griff zu bekommen ist.

Hinter dem so harmlos klingenden Wort »Abbruch« verbirgt sich in diesem Falle eine künstlich eingeleitete Geburt, denn in der 21. Woche ist eine Abtreibung mit den üblichen Methoden, Absaugen oder Ausschaben, nicht mehr möglich, die Schwangerschaft ist schon zu weit fortgeschritten. So muß die Frau »(ihr Kind) zu Tode gebären«,[90] eine Tatsache, die den Frauen vor der Amniozentese in der Regel verschwiegen wird. Dabei ist »der Tod des Fötus bei der Amniozentese ... miteinkalkuliert. Es ist die Opfergabe an die Methode, die die Frau bereit sein muß zu leisten, wenn sie sich auf diese Techniken einläßt ...«[91]

Die vorgezogene Geburt wird mit der Gabe von Prostaglandinen eingeleitet, die neben dem Auslösen der Wehentätigkeit auch noch Nebenwirkungen wie Erbrechen, Atemnot und Kreislaufbeschwerden zur Folge haben kann. Werden die Prostaglandine langsam und in vielen kleinen Dosen verabreicht, was die schonendste Methode ist, »dauert das Gebären zwischen sechs Stunden und drei Tagen, durchschnittlich rechnet man mit 48 Stunden. Hat sich eine Frau einmal für die Einleitung der Geburt entschieden, gibt es kein Zurück mehr, da schon geringe Gaben des Medikamentes das Gehirn des Fötus schwer schädigen.«[92]

Nach dem körperlichen Über- und Durchstehen des Eingriffes kommt die seelische Verarbeitung, die bei manchen Frauen

Jahre dauert. Die Reaktionen entsprechen denen von Eltern, die eine Totgeburt oder den frühen Verlust eines Kindes erlebt haben. Allerdings halten die depressiven Verstimmungen, die Schuldgefühle und Versagensängste länger an.[93]

Die Entscheidung für oder gegen einen Abbruch liegt nach offizieller Lesart alleine bei den Eltern bzw. der schwangeren Frau. Die genetischen BeraterInnen geben jedoch inzwischen zu, daß es schier unmöglich ist, eine Beratung durchzuführen, in die die eigenen Vorstellungen und Bewertungen nicht miteinfließen. Schon die Art und Weise, wie den Ratsuchenden die Schwere der Auswirkungen einer festgestellten Abweichung mitgeteilt wird, hängt von der Einstellung der jeweiligen BeraterIn gegenüber Behinderung ab.

Viele Fachleute gehen ganz selbstverständlich davon aus, daß Nichtleben einem Leben mit Behinderung vorzuziehen sei. So heißt es in einem Buch über pränatale Diagnostik von Kindern mit Spina Bifida: »Die Lebensqualität dieser Kinder ist bei verlängerter Lebensaussicht erheblich reduziert. Die frühzeitige Erkennung von Neuralrohrdefekten in der Schwangerschaft mit der Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruches erscheint vielen betroffenen Laien und Ärzten ethisch akzeptabler als die Nichtbehandlung eines Teils der betroffenen Kinder (das sog. »Liegenlassen«, Anm. d. Verf.) oder das fortdauernde schwerwiegende Leiden.«[94] Erwachsene, die genau diese Behinderung haben, sind da allerdings ganz anderer Meinung!

Chorionzottenbiopsie

Zur Zeit ist eine Methode in der Erprobung, die die gleichen Ergebnisse wie die Amniozentese zu einem wesentlich früheren Zeitpunkt der Schwangerschaft erbringen soll, damit auch den »therapeutischen Abbruch« wesentlich eher ermöglicht, und so schonender für die betroffenen Frauen sein soll.

Die Chorionzottenbiopsie, ursprünglich gleichzeitig mit der Amniozentese erprobt, wegen geringer »Treffsicherheit« und hohem Fehlgeburtsrisiko jedoch wieder fallengelassen, ist jetzt, mit verbesserter Technik, wieder in der Erprobung. In München wird zur Zeit eine überregionale Studie über ihren Erfolg bzw. Nichterfolg durchgeführt.

Die Chorionzottenbiopsie kann bereits in der 8.–12. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden. Das Zellmaterial wird aus den Zotten des Chorions, der äußeren Begrenzung der Fruchthöhle, aus der die Plazenta entsteht, entnommen. Im Gegensatz zu den bei der Amniozentese entnommenen Zellen sind diese noch vital und brauchen keiner langwierigen Kultivierung unterzogen zu werden.

Die Entnahme erfolgt unter Ultraschallkontrolle durch eine Uterussonde meistens vaginal, in seltenen Fällen auch durch die Bauchdecke. Wenn die Sonde den inneren Muttermund erreicht hat, wird sie durch das Biopsiegerät – in der Regel eine Spritze auf einer Punktionskanüle – ersetzt. Die Zotten werden dann mittels des erzeugten Unterdruckes entnommen.

Neben den genannten Vorteilen hat die Chorionzottenbiopsie allerdings auch erheblich mehr Risiken als die Amniozentese. Die Fehlgeburtsrate wird mit 3, 5 bis 7,2 Prozent angegeben. Um ausreichend Material für die Untersuchung (mindestens 5 mg) zu gewinnen, muß die Punktion in vielen Fällen wiederholt werden, wodurch die Gefahr einer Fehlgeburt weiter erhöht wird. In der Münchner Studie war nur bei 57,7 Prozent die einmalige Punktion ausreichend! Neben Fehlgeburten treten bei den Frauen auch Folgeerscheinungen wie Blutungen, Schmerzen und Fieber infolge von Infektionen auf, was bei der Amniozentese so nicht vorkommt. Ärzte aus Oxford schlugen kürzlich Alarm, sie warnten davor, die Chorionzottenbiopsie noch nach der 10. Schwangerschaftswoche durchzuführen, da fünf ihrer Patientinnen danach Kinder mit deformierten Gliedmaßen bzw. Kiefern zur Welt gebracht hätten. Natürlich behaupteten daraufhin andere MedizinerInnen die absolute

Sicherheit der Methode – endgültig bewiesen ist weder das eine noch das andere.[95] Berichtet wird auch von Veränderungen an der Plazenta, sog. Simonart-Bändern, die zu einer Beeinträchtigung des Wachstums des Fetus führen können und deren Entstehen bei den beobachteten Fällen mit einer Chorionzottenbiopsie in Verbindung zu stehen scheint.[96]

Das durch die Chorionzottenbiopsie gewonnene Zellmaterial kann sofort untersucht werden, das Ergebnis liegt spätestens nach einer Woche vor. Die Ergebnisse sind jedoch wesentlich unsicherer als bei der Amniozentese. Bei der Münchner Studie gab es in 5,8 Prozent der Fälle gar kein Ergebnis, bei 2,0 Prozent war es unsicher. Das bedeutete für die betroffenen Frauen, daß sie sich – wollten sie immer noch Auskunft über ihr Ungeborenes erhalten – zusätzlich auch noch der Amniozentese unterziehen mußten.

Aber auch wenn genügend Material entnommen und ein Ergebnis festgestellt werden konnte, waren in vielen Fällen noch zusätzliche Untersuchungen wie die Amniozentese notwendig, da bestimmte Diagnosen – z. B. die Feststellung des AFP-Wertes – mit der Chorionzottenbiopsie nicht erstellt werden können. Darüber hinaus ist »niemand... sicher, daß das Choriongewebe den genetischen Code des Fötus genau reflektiert«[97], d. h. in den Chorionzotten können Veränderungen gefunden werden, die in den Zellen des Fetus nicht vorhanden sind.

Zur Zeit kann über die Chorionzottenbiopsie – aller propagierten Vorteile zum Trotz – nur gesagt werden, daß sie eine gefährliche Methode ist, deren Risiken bei weitem noch nicht geklärt, geschweige denn unter Kontrolle sind. Ihr derzeitiger Einsatz erweckt mehr den Anschein eines großen Menschenversuches denn einer seriösen medizinischen Untersuchungsmethode.

Weitere Methoden

Außer Amniozentese und Chorionzottenbiopsie gibt es noch zwei weitere invasive Diagnoseverfahren, die allerdings wesentlich seltener angewendet werden.

Die Plazentazentese kommt vor allem dann zum Einsatz, wenn für die Diagnose fetales Blut benötigt wird. In einem solchen Fall erfolgt die Punktion der Nabelschnurvene ab der 20. Schwangerschaftswoche transplazentar unter Ultraschallsicht. Fetales Blut wird vor allem zur Diagnose fetaler Infektionen, die zu Schädigungen führen können, wie Röteln, Toxoplasmose und Listeriose, benötigt. Als einzige »Therapie« im Falle einer Infektion wird der Abbruch angeboten.

Darüber hinaus können auf diesem Wege Blutkrankheiten wie Sichelzellanämie und Hämophilie (Bluterkrankheit) – beides Krankheiten, mit denen durchaus »Lebensqualität« möglich ist – festgestellt werden, außerdem Rhesusfaktorunverträglichkeit. Sie ist aber auch geeignet, um in der 12.–14. Schwangerschaftswoche fetales Gewebe zu gewinnen, aus dem innerhalb von drei bis sieben Tagen eine Chromosomenanalyse erstellt werden kann. Des weiteren ermöglicht sie bestimmte Formen der Fetaltherapie (s. u.) wie z. B. Blutaustausch durch die Nabelvene oder das direkte Geben von Medikamenten. Bisher wird die Plazentazentese nur vereinzelt unter bestimmten Voraussetzungen durchgeführt, da das Risiko für Schwangere und Fetus noch nicht abgeklärt ist.

Wenn die Abklärung erfolgt ist, wird diese Methode voraussichtlich zur Ausdehnung pränataler Diagnostik und Therapie führen: »Sollte sich erweisen, daß das Risiko der Nabelschnurpunktion dem der einfachen transabdominalen Amniozentese entspricht, werden nicht nur die Indikationen der fetalen Blutgewinnung und der pränatalen Therapie großzügiger gestellt werden können, sondern es werden weitere Gründe zur Vornahme des Eingriffs hinzukommen.«[94]

Die Fetoskopie schließlich ist eine Methode zur intrauteri-

nen Betrachtung des Fetus in der 15.–18. Schwangerschaftswoche. Da sie ein relativ hohes Fehlgeburtsrisiko von 6,8 Prozent sowie das Risiko erhöhter Sterblichkeit während der Geburt mit sich bringt, ist ihre Anwendung auf wenige Einzelfälle mit hohem Mißbildungsrisiko beschränkt, bei denen die Störung nicht aus dem Fruchtwasser diagnostizierbar ist. Unabhängig von der Indikation wird parallel dazu auch immer eine Amniozentese durchgeführt, z. B. um AFP-Wert und Rhesusfaktor festzustellen.

Ab der 18. Schwangerschaftswoche kann die Fetoskopie auch zur Entnahme fetalen Blutes und in der 20.–22. Schwangerschaftswoche zur Gewinnung fetaler Haut- und Leberzellen zur Diagnose schwerer erblicher Hautkrankheiten eingesetzt werden. Darüber hinaus ist sie für einige Formen der Fetaltherapie nutzbar (s. u.).

Der Fetus als Patient

Der Kritik am Zusammenhang zwischen pränataler Diagnostik und selektiver Abtreibung wird von deren Betreibern immer entgegengehalten, daß nicht die Abtreibung, sondern die Therapie der in utero festgestellten Schädigungen und Krankheiten das Ziel ihrer Forschungen sei. Voraussetzung für die Entwicklung dieser vorgeburtlichen Therapien war eine veränderte Einstellung gegenüber dem Fetus: Der Fetus als »Patient im klassischen klinischen Sinn«[99] ist der bisherige Endpunkt des Aufsplittens der Einheit Schwangere-Ungeborenes in zwei Rechtssubjekte, wobei die Frau als Subjekt im Verschwinden begriffen ist. Sie wurde auf ihre Funktion reduziert, zum »fetalen Umfeld« erklärt, dessen Dunkelheit es zu erforschen galt – was anscheinend zur Zufriedenheit der MedizinerInnen gelang: »Seit Beginn der sechziger Jahre ist der intraute-

rine Raum auf eine seinerzeit unvorstellbare Weise vielfältig und dazu außerordentlich rasch medizinisch erschlossen worden; damit ist ein neues großes Gebiet (der Medizin, Anm. d. Verf.) entstanden.«[100]

Die Rechte der Frau schwanden proportional zum Anwachsen der Rechte des Fetus. Höhepunkt war die »Proklamation der Rechte des Fetus« am 200. Jahrestag der Französischen Revolution in Paris. Sie beinhaltet im einzelnen das Recht auf Schutz, auf Zugang zu den modernsten Methoden der pränatalen Diagnostik sowie zur chirurgischen und medikamentösen Behandlung, auf Zugang zu den neuesten Methoden der Datenverarbeitung und »auf eine intelligente Mutter-Kind-Beziehung durch die Entwicklung von Selbst-Überwachungsmitteln und der Verhinderung mütterlicher Komplikationen«.[101]

In Deutschland tauchte das Rechtskonstrukt vom Ungeborenen als Grundrechtsträger zum ersten Mal im Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zur Revision der Fristenlösung auf, in dem das Gericht feststellte, daß »das sich ›im Mutterleib entwickelnde Leben‹ als ›selbständiges Rechtsgut zu schützen‹ sei«.[102] Und zwar vor seiner Mutter.

Im medizinischen Bereich entwickelte sich gleichzeitig der Patientenstatus des Fetus durch die neuen geburtsmedizinischen Techniken und Methoden. Besonders der verstärkte Einsatz des Ultraschalls hat dazu beigetragen, denn durch ihn wird das Konstrukt der »Person« tatsächlich sichtbar – was sowohl die Einstellung der WissenschaftlerInnen als auch die der Schwangeren zu ihm veränderte.

In dem Augenblick aber, wo dem Fetus eigene Rechte unabhängig von der Person, mit – nein von – der er in symbiotischer Beziehung lebt, zugestanden wurden, war der Konflikt zwischen den beiden Rechtspersonen vorprogrammiert. Sei es, daß die Frau die Schwangerschaft nicht austragen will oder, wenn sie sie austragen will, sich mit bestimmten Maßnahmen pränataler Diagnostik und Therapie nicht einverstanden er-

klärt: Die »Rechte des Fetus« stehen gegen das Selbstbestimmungsrecht der Frau. In diesem Konflikt vertreten die ÄrztInnen anwaltlich die Rechte des Fetus, der ja sonst angeblich der Frau schutzlos ausgeliefert wäre.

Vor der Frau muß der Fetus also geschützt werden – ergo wird ihr Recht zur Selbstbestimmung immer weiter eingeschränkt. Noch nicht durch die Androhung von Strafen, obwohl das Embryonenschutzgesetz dazu durchaus Möglichkeiten bietet, sondern viel effektiver durch den moralischen Zwang zu »verantwortungsbewußter Schwangerschaft«.

Die Frau ist also nicht Nutznießerin der neuen Situation – und der Fetus? Auf den ersten Blick scheint es, als sei es ihm noch nie so gut gegangen wie heute, wo diverse Berufszweige um seinen Schutz und sein Wohlergehen bemüht sind. Auf den zweiten Blick fällt jedoch auf, daß er dank seines neuen Status in Kombination mit den modernen technischen Möglichkeiten einer ständigen Beurteilung und Bewertung unterzogen wird. Das Auge der Wissenschaft ruht auf ihm – und das durchaus nicht nur zu seinem Besten. Auf der Grundlage der an ihm durchgeführten Untersuchungen erfolgt nicht nur die Bewertung seines Allgemeinzustandes im Hinblick darauf, ob er vielleicht Hilfe braucht, sondern auch im Hinblick drauf, ob sich in seinem Fall eine therapeutische Intervention noch lohnt, oder ob sein Leben als nicht lebenswert prognostiziert und deshalb beendet wird, wozu allerdings jeweils die Zustimmung der Frau notwendig ist. »Die insbesondere in den letzten 30 Jahren von der Geburtsmedizin zum ›intrauterinen Raum‹ reduzierte Frau wird nun wieder als ›aufgeklärtes Individuum‹ in einen Entscheidungsprozeß miteinbezogen, den sie nicht gewollt, nicht bestimmt und nicht gefordert hat. Mit Ultraschall, biochemischen Tests und genetischen Untersuchungsverfahren sind Fakten und eine Realität geschaffen worden, die nicht von der Frau, sondern nur von den Anwendern ... beurteilt werden kann. Auf dieser Grundlage kann es keine Entscheidung geben, sondern nur

noch die Angleichung des eigenen Denkens an die medizinische Sichtweise.«[103]

Der Fetus tritt inzwischen auch in Gerichtsprozessen auf. Zwar kann er hierzulande nicht wie in den USA auf das Recht, besser nicht geboren worden zu sein, klagen. Es hat aber auch in Deutschland schon Prozesse mit rechtskräftigen Verurteilungen von ÄrztInnen gegeben, wenn der Eindruck bestand, sie hätten nicht alles getan, was in ihren Möglichkeiten lag, um dem Kind entweder zu einem nichtbehinderten – oder aber zum Nichtleben zu verhelfen. Und damit schließt sich ein Teufelskreis, in dem sich jede/r auf jemand anderen berufen kann: Die Frauen bekommen von den ÄrztInnen gesagt, was sie zu tun oder zu lassen haben, die ÄrztInnen sagen, sie müßten das tun, damit sie nicht gerichtlich belangt werden können, und die Gerichte wiederum handeln nur auf Antrag der Frauen bzw. Eltern »mißlungener« Kinder. Damit ist nicht nur niemand schuld, sondern es ist auch sichergestellt, daß sich das Rad des sogenannten medizinischen Fortschritts ungestört weiterdrehen wird.

Patient im Mutterleib

Auch wenn nach wie vor der »therapeutische Abort« in den meisten Fällen die einzige »Therapie« ist, die die Medizin nach der Diagnose »abweichend« zu bieten hat: Es wird ständig an neuen, wenn auch zum Teil äußerst fragwürdigen Methoden zur Behandlung des »Patienten im Mutterleib«[104] gearbeitet.

»Pränatale Diagnostik hat in meinen Augen die Therapie zum Ziel. Der Fet ist ein Patient. Er hat nach unserem Verständnis das gleiche Recht auf Behandlung wie ein geborener Mensch. Wir alle müssen bemüht sein, auch dem Ungeborenen gemäß ärztlichem Können zu helfen. Das darf aber nicht heißen, daß wir im Umgang mit ihm kritiklos alles versuchen, was möglich scheint. Es muß der Würde des Menschen angemessen bleiben.«[105]

Die Therapie des Ungeborenen setzt allerdings voraus, daß die Schwangere und ihr Ungeborenes nicht länger als symbiotische Einheit, sondern der Fetus als eigenständiger Patient im »Gefäß Frau« angesehen wird. Der »Patient Fetus« ist dabei in besonderem Maße dem Prinzip des »Heilen oder Vernichten« ausgesetzt: Solange eine pränatal erkennbare Schädigung nicht therapierbar ist, wird der entsprechende Fetus durch »therapeutischen Abort« zum nichtlebenswerten Leben erklärt.

Ist – oder erscheint – eine solche Beeinträchtigung vorgeburtlich therapierbar, könnte das von WissenschaftlerInnen proklamierte »Recht« des Fetus auf Behandlung das sonst von denselben WissenschaftlerInnen zumindest verbal hochgehaltene Selbstbestimmungsrecht der Frau außer Kraft setzen. Anzeichen dafür gibt es bereits. »In den USA gilt es z. B. als für den Embryo besonders schonend, durch Kaiserschnitt zur Welt zu kommen. Dementsprechend werden Frauen genötigt, diese Operation durchführen zu lassen.«[106]

Ist auch die Gentherapie – vor allem die Keimbahntherapie – heute noch reine Zukunftsmusik, gibt es doch bereits zwei Stränge der vorgeburtlichen Therapie, die bereits mehr oder minder erfolgreich praktiziert werden und an deren Ausweitung intensiv geforscht wird. Es handelt sich dabei um die medikamentöse und um die instrumentelle Therapie des Fetus.

Die bekannteste und bereits seit längerem etablierte Form der medikamentösen Behandlung ist die Gabe von Glukokortikoiden zur Förderung der Lungenreife bei drohender Fehlgeburt. Aber auch bei anderen pränatal diagnostizierten Störungen und Erkrankungen werden Medikamente verabreicht. So wird bei Fehlfunktion der Schilddrüse das Fruchtwasser mit Jod angereichert. Da der Fetus ständig vom Fruchtwasser trinkt, nimmt er darüber auch das Jod auf. Bei Herzproblemen des Fetus wird Digitalis verabreicht – entweder über den mütterlichen Kreislauf oder direkt über die Nabelschnurvene. Die Frage, ob dieses Vorgehen sinnvoll ist, ist allerdings genausowenig geklärt wie die, ob es sinnvoll ist, bei drohender Lip-

pen-, Kiefer-, Gaumenspalte dem Fruchtwasser Zucker hinzuzufügen, um damit den Fetus zu Schluckbewegungen zu stimulieren, die wiederum die Bildung des Gaumens fördern sollen. Berichtet wird auch von erfolgreicher intrauteriner Behandlung von Leukämie.[107]

Zur instrumentellen Behandlung gehört die intrauterine Bluttransfusion – z. B. bei Rhesusfaktorunverträglichkeit – und das künstliche Auffüllen des Fruchtwassers, wenn für die ungestörte Entwicklung des Kindes zu wenig vorhanden ist.

1982 wurde in Denver der erste permanente Shunt bei Hydrozephalus[108] pränatal gelegt. Inzwischen ist dies wiederholt praktiziert worden. Es mußte allerdings festgestellt werden, daß mehr als die Hälfte dieser Kinder trotzdem »postnatal neurologisch bzw. geistig auffällig waren«[109], die Therapie also nicht den erwarteten und erwünschten Erfolg hatte.

Wenig erfolgreich sah es auch noch 1987 in anderen Bereichen der instrumentellen fetalen Therapie aus, so z. B. beim intrauterinen Legen von Shunts zum Beheben von Fehlbildungen der Harnwege.[110] Im Februarheft 1989 der Zeitschrift »Eltern« ist jedoch ganz anderes zu lesen: »... Doch heute wird die Niere bzw. Blase punktiert, der Harn abgelassen und ein kleiner Katheter in die Fruchtblase gelegt ... Punktiert werden kann heute jeder Körperteil des Ungeborenen, jedes Organ, wenn es größer als ein Zentimeter ist.«[111] Über die Erfolgsrate ist dem Artikel allerdings nichts zu entnehmen.

Noch Spektakuläreres aus der Abteilung »faszinierende, hoffnunggebende Möglichkeiten«[112] weiß »Eltern« in der Februarausgabe 1992 zu berichten. »Die medizinische Hilfe für Ungeborene dringe in immer neue Bereiche vor. So hatte der amerikanische Chirurg Michael R. Harrison in einigen Fällen Erfolg mit einer regelrechten Operation am Ungeborenen, wenn eine Zwerchfellhernie im Ultraschall entdeckt worden war. Das heißt: Beim Baby quetschen sich durch ein Loch im Zwerchfell alle Organe des Bauchraums in den Brustkorb. Harrison öffnet den Bauch der Mutter (und die Fruchtblase, Anm.

d. Verf.), er hebt das Ungeborene ein Stück weit heraus, öffnet vom Rücken her seinen Brustkorb und vernäht das Loch im Zwerchfell. Nach dem Eingriff wird das Baby wieder in der Gebärmutter verstaut. Jetzt wächst es – wenn das Glück auf der Seite des Arztes war – zu einem gesunden Baby heran«,[113] das per Kaiserschnitt entbunden werden muß – eine Tatsache, die von »Eltern« allerdings verschwiegen wird. Denn es bedeutet, daß die schwangere Frau zwei großen, nicht ungefährlichen operativen Eingriffen ausgesetzt ist. Harrison selbst dazu: »Die Morbidität und Mortalität, die mit größeren chirurgischen Eingriffen während der Schwangerschaft einhergeht, ist beträchtlich.«[114] Das hindert die Pioniere der Fetalmedizin jedoch nicht daran, weiter zu experimentieren.

Nur eine winzige Gruppe von Feten kommt für diese Art der Behandlung in Betracht. Es wird geschätzt, daß weniger als 5 Prozent der pränatal erfaßten Fälle (die ja auch nur einen Bruchteil des Gesamtaufkommens darstellen) die geforderten Bedingungen erfüllen. Dazu gehört, daß der Fetus keine weiteren Fehlbildungen hat, daß keine Mehrlingsschwangerschaft vorliegt, die Schädigung darf zum Zeitpunkt der Behandlung noch nicht irreversibel bzw. weit (?) fortgeschritten sein, sie muß ohne Behandlung zum Tod bzw. irreversibler Schädigung führen, und die Hoffnung auf Erfolg muß das vor allem für den Fetus nicht unerhebliche Risiko überwiegen.

Die Grundstimmung bei den Betreibern ist dennoch optimistisch. Noch einmal »Eltern«: »Doch das ist erst der Anfang. Professor Hansmann ist sicher, daß mit der neuen Technik gerade erst ein Tor aufgestoßen wurde – zu einer neuen, noch besseren Behandlung des kleinen Patienten im Mutterleib.«[115]

»Unangenehme Seiten der pränatalen Diagnostik«

Die Fetaltherapeuten haben jedoch noch ein weiteres Betätigungsfeld, über das sie allerdings nicht so gerne sprechen: Die »Reduktion von Mehrlingen« und der »Selektive Fetocid«. Hinter diesen Begriffen verbirgt sich nichts anderes als das Abtöten einzelner Feten bei Mehrlingsschwangerschaften. Hansmann bezeichnet sie als »eine(r) unangenehmere(n) Seite der pränatalen Diagnostik«.[116] Wenn bei Mehrlingsschwangerschaften ein Fetus erkrankt oder geschädigt ist und die Frau nach einer pränatalen Diagnostik das Austragen der Schwangerschaft ablehnt, »... mußte bisher die ganze Schwangerschaft abgebrochen werden, zu Lasten des oder der gesunden Feten«.[117] Heute geht man damit anders um: Beim als abweichend diagnostizierten Fetus wird durch das Einspritzen von Kohlendioxyd eine Herzembolie provoziert. Der so getötete Fetus verbleibt bis zur Geburt im Uterus, was angeblich dem überlebenden Fetus nichts ausmacht. Ganz so einfach bzw. risikolos ist die Angelegenheit jedoch nicht: »In etwa 25 Prozent der Fälle besteht die Gefahr, daß es zum Abort aller Mehrlinge kommt. Es ist auch vorgekommen, daß der gesunde statt des fehlgebildeten Embryos abgetötet wurde oder ein gesunder Fötus bei der Tötung seines Zwillings verblutete.«[114] Zwar läuft einem bei der Vorstellung eine Gänsehaut über den Rücken, ja selbst die MedizinerInnen finden es »unerfreulich«, trotzdem entspricht dieses Vorgehen der Logik der Pränataldiagnostik. So wie Einzelschwangerschaften mit abweichendem Befund »therapeutisch« beendet werden und den Frauen geraten wird, so schnell wie möglich wieder schwanger zu werden, wird hier eben der »abnorme« Fetus abgetötet, um dem oder den »gesunden« Feten das Überleben zu ermöglichen.

Noch »unangenehmer« ist die Reduktion von Mehrlingen. »Ist die Abtötung eines kranken Mehrlings noch eine Methode mit eindeutiger medizinischer Indikation, so kommen wir in

beträchtliche Schwierigkeiten bei der Reduktion von Mehrlingsschwangerschaften zu Drillingen oder Zwillingen.«[119] Hier führt sich die moderne Reproduktionsmedizin dann endgültig selbst ad absurdum: es betrifft nämlich durch Hormonstimulation und/oder In-vitro-Befruchtung entstandene Mehrlingsschwangerschaften mit fünf bis sieben Feten. Diese »zu gut gelungene« Unfruchtbarkeitsbehandlung muß dann auf ein normales Maß reduziert werden. »Die Indikation hierzu ist nicht nur die Notwendigkeit oder der Wunsch, wenigstens zwei bis drei der zuviel angelegten Feten zu retten, sondern es ist in vielen Fällen auch eine mütterliche Indikation, weil eine Vielfachschwangerschaft eine ernste gesundheitliche und auch lebensbedrohliche Gefahr darstellt.«[120] Auch hier wird die Medizin die »Geister, die sie rief« nur unter Einsatz tödlicher Methoden wieder los...

Der dritte Punkt, den Hansmann im Rahmen seiner »unangenehmen« Seiten aufzählt, ist das Problem der Anenzephalen[121] bzw. die Frage, ob diese Schwangerschaften, wenn sie pränatal diagnostiziert werden, entgegen der sonstigen Vorgehensweise in einem solchen Falle ausgetragen werden sollen, um die Neugeborenen, die mit Hirntoten gleichgesetzt werden, dann als Organspender zu verwenden. Die Perversion der Perversion: Erst werden Methoden entwickelt, um geschädigte Feten zu identifizieren und dann zu selektieren, begründet mit der »Unzumutbarkeit« für die Frau, eine solche Schwangerschaft auszutragen. Findet sich jedoch eine Verwendung für diese Feten, wird erwogen, der Frau trotz bzw. aufgrund des Wissens um den Zustand des Fetus, diese Schwangerschaft bis zum Ende zuzumuten. Natürlich – wie immer – alles vorgeblich zum Wohle der Frau, wenn sie »aus der Entnahme von Organen bei ihrem todgeweihten Kind einen Sinn für diese Schwangerschaft ableiten kann«.[122]

Es fällt nicht schwer, sich vorzustellen, wie MedizinerInnen einer solchen Frau in den leuchtendsten Farben schildern, welchen Dienst sie der Menschheit erweist, wie viele Men-

schenleben gerettet werden könnten, wenn sie dieses Kind austrägt...

Die derzeit praktizierten Therapien setzen auf der Symptomebene an. Die Therapie der Ursachen wäre in vielen Fällen nur mittels der Keimbahntherapie – also dem verändernden Eingriff in den Zellkern, der weitervererbt wird – möglich. Allerdings scheint die Keimbahntherapie im ganzen Problemfeld der Anwendung gentechnischer Methoden auf den Menschen der einzige Bereich zu sein, der sowohl WissenschaftlerInnen als auch PolitikerInnen ethisch problematisch erscheint.

Andererseits glauben viele, daß das mit der Keimbahntherapie so schwer und nur ethisch problematisch zu erreichende Ziel der Verhinderung der Geburt von Kindern mit genetischen Defekten anders viel einfacher zu erreichen ist, nämlich mittels der Präimplantationsdiagnostik. Damit wird die Qualitätskontrolle in vitro (im Reagenzglas) gezeugter Embryonen vor dem Einsetzen in die Gebärmutter einer Frau bezeichnet, bei der die Embryonen auf genetische Defekte hin überprüft werden.

Die neueste Methode, die derzeit in den USA erprobt wird, ist das Entfernen einer Zelle aus dem Embryo im 8- oder 16-Zellstadium, in dem die Zellen noch totipotent, also noch nicht auf die Entwicklung bestimmter Körperteile festgelegt sind. Diese abgespaltene Zelle wird vervielfacht und das so gewonnene Material genetisch untersucht. Derzeit ist nicht abgeklärt, ob sich der »Restembryo« störungsfrei weiterentwickelt.

Die WissenschaftlerInnen sind in dieser Hinsicht jedoch optimistisch. Und wenn demnächst der Beweis der Unschädlichkeit erbracht ist, was nach ihrer Auffassung nur eine Frage der Zeit sein kann, gehen sie von einer Steigerung der Nachfrage nach In-vitro-Fertilisation aus, als Möglichkeit für genetisch »belastete« Paare, die auf diesem Wege dann pränatale Diagnostik und eine eventuelle Abtreibung umgehen können. Bereits heute raten HumangenetikerInnen solchen Paaren zur

Befruchtung mit Spendersamen (heterologe Insemination) und/oder zur Reagenzglasbefruchtung.

»Die Keimbahntherapie ist meines Erachtens überhaupt noch nicht relevant. Was relevant ist, ... ist die Präimplantationsdiagnostik... Wenn eine solche Technik etabliert und eine Präimplantationsdiagnostik möglich ist, erübrigt sich eigentlich eine Keimbahntherapie, denn dann hat man die Möglichkeit zu selektieren, und man braucht nicht Präembryonen zu implantieren, die krank sind, sondern man kann solche implantieren, die gesund sind.«[123]

Es ist allerdings zu befürchten, daß sich viele WissenschaftlerInnen mit der Verwirklichung dieser Horrorvision noch nicht zufriedengeben mögen. Denn: »Verändert werden darf nicht nur, verändert werden muß sogar manchmal auch das Genom des Menschen«[124] – und die neuen Fortpflanzungstechniken liefern das Forschungsmaterial sozusagen frei Haus.

Die Keimbahntherapie beim Menschen ist derzeit noch Zukunftsmusik. Die somatische Gentherapie befindet sich zwar auch noch im Experimentierstadium, aber die experimentierenden WissenschaftlerInnen sehen die Anwendbarkeit dieses Verfahrens schon in greifbarer Nähe. Im Gegensatz zur Keimbahntherapie wird die somatische Gentherapie durchgängig als unproblematisch gesehen und der Transplantationsmedizin zugeordnet – sie ist also gar nichts Neues!

Die somatische Gentherapie besteht darin, »kranke« Gene in Körperzellen durch »gesunde« zu ersetzen. Dies geschieht, indem »gesunde« Gene mit Hilfe von Viren außerhalb des Körpers in isolierte Zellen eingeschleust und diese dann in den Körper der Kranken zurückverpflanzt werden. In der Theorie hört sich das recht einfach an, in der Praxis gibt es jedoch gewisse Schwierigkeiten: »Erstens kann der Einbau des genetischen Materials in die Zielzellen nicht kontrolliert werden, zweitens wird die Expression des eingeschleusten Gens nicht beherrscht, und drittens ist die »Sicherheit« des Übertragungs-

mechanismus nicht gewährleistet. Somit ist die Entstehung von Krebs eine realistische Gefahr.«[125]

Trotz dieser Problematik hat die amerikanische Gesundheitsbehörde 1989 das erste Mal eine somatische Gentherapie genehmigt, allerdings an Personen, die schon Krebs im Endstadium hatten.[126] Seit 1990 sind derartige Menschenversuche in den USA grundsätzlich erlaubt. Und auch die deutsche Bundesärztekammer bereitet sich auf die Gentherapie vor. 1989 gab sie »Richtlinien zur Anwendung der Gentherapie beim Menschen« heraus. Wann sie zur Anwendung kommen, dürfte nur noch eine Frage der Zeit sein.

Es geht voran...

Mittlerweile beginnen sich die Auswirkungen der geschilderten »Errungenschaften des Fortschrittes« abzuzeichnen. Zwar hat in Deutschland die Zahl der Abtreibungen aufgrund eugenischer Indikation abgenommen – 1977 waren es 4,3 Prozent aller Abtreibungen, 1988 nicht einmal 1,3 Prozent.[127] Paradoxerweise hat sich aber das eugenische Alltagsdenken weiter verfestigt. Diese fortschreitende Normalität des Selektionsdenkens zeigt sich an der steigenden Nachfrage nach immer neuen Tests. Statt Sicherheit herzustellen, schaffen sie noch mehr Ängste, die nur durch neue Tests – und damit noch effizientere Auslese – befriedigt werden sollen: Eine Spirale ohne Ende!

Die zunehmenden Möglichkeiten, die genetische Ausstattung eines Menschen sowie deren Fehler festzustellen, hat für diejenigen, bei denen solche »Fehler«[124] festgestellt werden, bereits weitreichende Folgen. Sie müssen nicht nur mit dem fragwürdigen Wissen, das sie jetzt über sich haben, zu leben lernen. Sie müssen sich auch darauf einstellen, wegen ihrer »fehlerhaften« genetischen Ausstattung in zunehmendem Maße diskriminiert zu werden. In den USA wurde unlängst

eine Studie erstellt, die genau das nachweist. Parallel dazu läuft ein Prozeß ab, der Menschen allein auf ihre Gene und deren Fehler reduziert. Der Autor dieser Studie glaubt deshalb auch, daß sich, je mehr genetische Untersuchungen durchgeführt werden, »immer mehr Menschen... außerhalb der Gesellschaft, in einer biologischen Unterklasse wiederfinden. Sie werden unfähig sein, ausreichend Arbeit zu finden, angemessene Gesundheitsfürsorge, ausreichend Versicherungen oder andere soziale Dienstleistungen«.[129]

Was als Hilfe für einzelne – mit gleichzeitiger Diskriminierung ohnehin schon marginalisierter Randgruppen der Gesellschaft – propagiert wird, wird für mehr und mehr Menschen zum Problem. Daß die genetische Selektionspolitik nicht einer kleinen Gruppe ohnehin allgemein als nicht lebenswert angesehener Behinderter und Kranker vorbehalten bleiben soll, ist spätestens klar geworden, als die Europäische Gemeinschaft ihr Projektpapier »Prädiktive Medizin« veröffentlichte. Das Projekt hatte »die Verbesserung der fortschrittlichen Gentechnologien« zum Ziel, um »Gene, die mit Krankheiten in Verbindung stehen, mit der Aussicht zu identifizieren, sie zu isolieren und ihre Struktur zu analysieren«.[130] Und auch hier geht vom angehäuften Wissen der Zwang aus, es in Handeln umzusetzen.

Im Visier haben die WissenschaftlerInnen nicht nur die »klassischen« Erbkrankheiten, sondern auch »Zivilisationskrankheiten« wie Herzkranzgefäßerkrankungen, Diabetes, Krebs und schwere Psychosen. Zwar wird konstatiert, daß bei der Verursachung dieser Krankheiten Umweltkomponenten eine wichtige Rolle spielen, aber: »Da es höchst unwahrscheinlich ist, daß wir in der Lage sein werden, die umweltbedingten Risikofaktoren vollständig auszuschalten, ist es wichtig, daß wir soviel wie möglich über Faktoren der genetischen Prädisposition lernen und somit stark gefährdete Personen identifizieren können. Zusammengefaßt zielt prädikative Medizin darauf ab, Personen vor Krankheiten zu schützen, für die sie

von der genetischen Struktur her sehr anfällig sind, und gegebenenfalls die Weitergabe der genetischen Disponiertheit an die nächste Generation zu verhindern«[131] – was das auch heißen mag. Das Projekt mußte wegen des zu offensichtlich eugenischen Hintergrundes zurückgezogen werden, es wird jetzt aber leicht verändert im Rahmen des Human Genome Projekt der EG durchgeführt.

Verluste

Noch sind von den Auswirkungen der schleichenden Verfestigung eugenischen Denkens in erster Linie »nur« Behinderte und Frauen betroffen, aber dort werden sie immer manifester. Die Diskussionen der letzten Zeit um ethische und juristische Aspekte von Zwangssterilisation, Sterbehilfe und Pränataldiagnostik haben die eugenische Schere im Kopf vieler Menschen deutlich gemacht. Behinderte und Kranke werden als lebensunwert angesehen, deshalb muß alles darangesetzt werden, Krankheit und Behinderung zu verhindern – das wird dann Prävention genannt. Diese Eingleisigkeit des Denkens verhindert jegliche Entwicklung von Alternativen, geschweige denn deren Erprobung.

Und so findet die Eugenik kaum bemerkt, kaum widersprochen ihren Weg auch in die Gesetzgebung: Das neue »Betreuungsgesetz« ermöglicht die Zwangssterilisation sogenannter »nicht einwilligungsfähiger« Personen, und das neue Ausländergesetz enthält quasi ein Gebärverbot für ausländische Frauen. »Zusätzlich schafft sich der Staat mit Artikel 17 Absatz 2 und 69 ein bevölkerungspolitisches Steuerungsinstrument: Dort ist die Aufenthaltsgenehmigung an den Nachweis ausreichenden Wohnraums gebunden. Und da alle Kinder ab dem 6. Monat aufenthaltsgenehmigungspflichtig werden und ab dem zweiten Lebensjahr der Wohnraum dazu kontrolliert wird, wird auch durch jedes Kind der Aufenthalt in Frage

gestellt. Dadurch sollen die ›nichtdeutschen‹ Frauen einer staatlich reglementierten Geburtenkontrolle unterworfen werden, und der Staat setzt dann die deutsche Volksmeinung durch, daß angeblich türkische Frauen Kinder gebären wie die Karnickel!«[132] Und die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht verabschiedete bereits 1986 die sog. »Einbecker Empfehlungen« in denen festgelegt wurde, daß Neugeborene mit schweren Behinderungen nicht unbedingt behandelt werden müssen. D. h., sie werden für nicht lebenswert befunden und zum Sterben »liegengelassen«.

Für die Frauen gibt es anscheinend immer mehr technische Möglichkeiten, um in der Schwangerschaft »selbstbestimmte« Entscheidungen zu treffen: je mehr Angebote, desto mehr Entscheidungsmöglichkeiten für sie. Und die ziehen wiederum Entscheidungszwänge nach sich. Bei der Propagierung der neuen Möglichkeiten, die Frauen heute angeblich haben, geht ganz unter, daß nicht nur Gewinne, sondern auch Verluste zu verbuchen sind: Der Verlust von Wahlmöglichkeiten, wo doch ständig neue Wahlmöglichkeiten eröffnet werden. So z. B. der Verlust des Rechts auf Nichtwissen, zunehmend der Verlust, Kinder als das, was sie sind und wie sie sind, anzunehmen, sich unbefangen auf eine Schwangerschaft einzulassen. Immer schwieriger wird es auch, sich dem Wunsch nach Einflußnahme zu entziehen, den Wunsch, Zufall durch Wahl zu ersetzen, zu unterdrücken. Dabei geht auch unter, daß entgegen den offiziellen Verlautbarungen immer weniger die Frauen und immer mehr die hochspezialisierten Fachleute die Entscheidungen treffen.

Parallel dazu verfestigt sich ein gesellschaftliches Klima, in dem Behinderung und Krankheit mehr und mehr in die private Verantwortlichkeit gedrängt werden. Statt die tradierten Diskriminierungsprozesse zu unterbrechen, werden sie zementiert, der Eindruck erzeugt, Behinderung sei heute »nicht mehr nötig«. Und wenn es doch mal »passiert«, ist frau/man halt selber schuld und muß sehen, wie sie/er zurechtkommt.

Indem die Pränataldiagnostik den Eindruck erweckt, Kontrolle über nicht Kontrollierbares herstellen zu können und parallel dazu Alte und Kranke einem sozialen Druck zum »selbstbestimmten« Sterben ausgesetzt werden, wird aus dem öffentlichen Bewußtsein langsam aber sicher ausgeblendet, daß es eine Gesellschaft ohne Behinderung und Krankheit noch nie gegeben hat – und auch nicht geben wird. Indem aber die Hoffnung auf eine »leidfreie Zukunft« genährt wird, gehen auch zunehmend die Bewältigungsfähigkeiten für den Umgang mit Tod, Schmerz, Krankheit verloren, und es wird verhindert, daß sich neue, bessere entwickeln.

Weibliche Selbstbestimmung zwischen feministischem Anspruch und »Alltagseugenik«

Der vorangegangene Beitrag hat aufgezeigt, daß mit der »Neuen Eugenik« nicht nur eine Enttabuisierung der rassenhygienischen Kontinuität, sondern auch eine weitere, subtilere Stufe eugenischer Bevölkerungspolitik erreicht wurde. Es wurde auch deutlich gemacht, daß sich die Situation von schwangeren Frauen durch die technologischen »Fortschritte« der Humangenetik, insbesondere der pränatalen Diagnostik, nicht in Richtung feministischer Selbstbestimmung verbessert hat. Sie hat sich in mehrfacher Hinsicht sogar verschlechtert: durch die eugenische Inpflichtnahme, durch die Medizinisierung der Schwangerschaft und der mit ihr einhergehenden Degradierung von Schwangeren zum »fetalen Umfeld«. Oder einfach dadurch, daß die Schwangerschaft zunehmend zu einer angstbesetzten Phase wird und die Angst der Frauen durch die vagen statistischen Informationen und Untersuchungsergebnisse letztlich nicht abgebaut werden kann.

Von der Wahlfreiheit zur Rechtspflicht

Die »stürmische« Nachfrage von Frauen nach pränataler Diagnose, auf die sich HumangenetikerInnen so gerne berufen, ist heute Realität. Sie wurde aber erst durch das stürmische Angebot humangenetischer Beratung und Diagnose geschaffen und durch die zunehmende Verschlechterung öffentlicher Leistun-

gen für behinderte Menschen und deren Familien vorangetrieben. Behinderung ist heute nicht nur teuer, sondern auch ganz offiziell zur »Zumutung« gemacht worden. Das wurde durch die BGH-Urteile bestätigt, mit denen ÄrztInnen zum Schadensersatz in Höhe des Unterhalts für das behinderte Kind verurteilt wurden, dessen Abtreibung sie durch zu lasche pränatale Beratung vermasselt hatten: »Der Beklagte (der Arzt) (hat) durch seine Nachlässigkeit der Mutter etwas aufgezwungen, was ihr das Gesetz nicht zumuten wollte und was sie deshalb zu vermeiden berechtigt gewesen wäre.«[1] Im selben Urteil prägte der BGH auch den Begriff des »aufklärungsrichtigen Verhaltens« der Schwangeren, womit die »Schadensabwendung« durch Schwangerschaftsabbruch gemeint ist.

Damit wurde ein richterliches Werturteil über das Leben behinderter Menschen ausgesprochen, auch wenn das von BefürworterInnen der Rechtsprechung bestritten wird. Es ist dasselbe Werturteil, das der eugenischen Indikation überhaupt zugrunde liegt und das während der gesetzgeberischen Beratung auch so formuliert wurde. Von »Kretinen« und »Monstern« war da die Rede, deren Geburt den Frauen nicht zugemutet werden sollte.[2] Die Einführung der eugenischen Indikation allein beweist bereits, daß es beim Paragraphen 218 von Anfang an auch um eugenische, bevölkerungspolitische Interessen ging. Denn rein rechtlich gesehen ist sie überflüssig. Genau wie bei der sozialen Indikation wird auf die Zumutbarkeit für die Schwangere abgestellt (im nazistischen Erbgesundheitsgesetz ging es dagegen um den Grad der Behinderung); die eugenische Indikation könnte also ohne weiteres als soziale Indikation behandelt werden.

Der Grund für die Einführung der eugenischen Indikation liegt in dem damaligen Stand der medizinischen Technik. Es gab noch keine Chorionzottenbiopsie, mit der bereits in der 8. Schwangerschaftswoche eine Chromosomenanalyse durchgeführt werden kann. Die Funktion der eugenischen Indikation liegt darin, für diese Fälle des Schwangerschaftsabbruchs

– und nur für diese – eine entsprechend verlängerte Frist, innerhalb derer abgetrieben werden darf, zu legalisieren.

Wie wenig es dabei um das feministische Selbstbestimmungsrecht geht, zeigen zwei andere rechtliche Diskussionen, die im Wege der BGH-Rechtsprechung um Schadensersatz für die nicht verhinderte Geburt eines behinderten Kindes an Bedeutung gewinnen. Namhafte BGB-Kommentatoren[3] diskutieren längst darüber, ob nicht auch Eltern, die bewußt ein behindertes Kind zeugen, d. h., obwohl sie wissen, daß sie einen »genetischen Defekt« haben, ihrem behinderten Kind gegenüber schadensersatzpflichtig sind. Von »rechtswidrigem Geschlechtsverkehr«[4] und vom »werdenden Persönlichkeitsrecht« des Fetus, »normal geboren zu werden«,[5] wird da munter diskutiert. Der BGH hat ein Recht des behinderten Kindes auf Nichtexistenz bislang abgelehnt.[6] Aber diese Rechtsprechung kann angesichts der sich verbreitenden Selektionsethik nicht als »gefestigt« angesehen werden.

Die zweite Diskussion betrifft die Frage der Mitwirkungspflicht von Schwangeren bei Pränataldiagnostik und Fetaltherapie. Auch hier erweist sich der Paragraph 218 als nützliches Instrument gesundheitspolitischer Kontrolle. Da die Voraussetzungen der eugenischen Indikation auf »ärztlicher Erkenntnis« beruhen müssen, ist z. B. Rechtsprofessor Detlev Krauß der Ansicht, daß sich eine schwangere Frau »allen diagnostischen Verfahren, die ein Arzt für sinnvoll hält«, unterziehen muß. Er vertritt die wohl gängige Rechtsmeinung: »Das Gesetz gewährt der Schwangeren Schutz vor einer unzumutbaren Beeinträchtigung ihres künftigen Lebens durch ein geschädigtes Kind – es verlangt jedoch dabei deren opferbereite Mitwirkung zur Vermeidung von Fehldiagnosen zum Schutz des Ungeborenen, von dem die Gefahr einer solchen Beeinträchtigung nicht ausgeht.«[7]

Und es verlangt die Unterstützung der Experimente der Pränatalmediziner, müßte angefügt werden. Diese nämlich sind zur Erforschung und Weiterentwicklung auf die Mitwirkung möglichst vieler schwangerer Frauen angewiesen. Oftmals wer-

den dabei Frauen, die sich zu einem eugenischen Abbruch entschließen, noch als Versuchskaninchen benutzt. Das wird in Standardwerken der Pränatalmedizin ganz offen zugegeben: »Während einer ersten Phase des Experimentierens wurden in 11 Fällen vor einer Abruptio (aus genetischen Gründen) mit dem Einverständnis der Patientinnen insgesamt 40 Hauptproben zu Trainings- und Kontrollzwecken entnommen...«[8]

Die (eugenische) Inpflichtnahme von schwangeren Frauen vollzieht sich also in fast allen gesellschaftlichen Bereichen. Diese gesellschaftspolitische Entwicklung hat das Leben von Schwangeren und die Schwangerschaft selbst grundlegend verändert.

Diese Erkenntnisse sind nicht neu, sie werden in der Frauenbewegung seit einigen Jahren diskutiert.[9] Eine Folge dieser Diskussionen ist auch die kritische Reflexion des feministischen Selbstbestimmungsbegriffs, zu der bereits zahlreiche Publikationen vorliegen.

Die neue Reflexion über Selbstbestimmung

Ganz radikal hat die Soziologin Maria Mies für die Abschaffung eines Slogans plädiert, der jahrelang als Zentralaussage feministischer Selbstbestimmung galt: »Mein Bauch gehört mir« war der Kampfruf der Anti-§218-Bewegung der siebziger Jahre. Er stand für freie Abtreibung und gegen pronatalistische Eingriffe des Staates in die weibliche Selbstbestimmung. Mies sieht in diesem Slogan einen Ausdruck bürgerlichen Besitzdenkens, der das Primat des Kopfes über den Körper postuliert. Diesem Slogan setzt Mies einen anderen entgegen: »›Ich *bin* mein Körper.‹ Ich bin eine ganze, unteilbare Person. Das bedeutet auch«, so Mies weiter, »keine ›Rechte‹ vom Staat zu fordern, nicht das ›Recht‹ auf Abtreibung, nicht das ›Recht‹ auf

Samenbanken etc. Denn sämtliche ›Rechte‹ basieren auf dem bürgerlichen Eigentumsbegriff und sind nur durchzusetzen, wenn wir mit uns, mit unseren Kindern etc. umgehen wie mit Privateigentum.«[10]

Die exponierteste Kontrahentin dieser Position ist wohl die US-Amerikanerin Laurie B. Andrews, die die gesetzliche Absicherung des weiblichen Selbstbestimmungsrechts u. a. gerade deshalb fordert, um Frauen Eigentumsrechte an ihrem Körper zu verschaffen, damit sie unmittelbar finanziell vom Verkauf ihrer Körperteile und ihren körperlichen Dienstleistungen profitieren können.[11] Damit orientiert sich Andrews in ihrer Utopie des »reproductive freedom« wesentlich an dem Ziel der Gleichberechtigung von Frauen mit Männern in kapitalistischen Produktionsverhältnissen.

Den amerikanischen Begriff der Reproduktionsautonomie griff Silvia Kontos auf, indem sie der Position von Maria Mies die Forderung nach Reproduktionsautonomie für Frauen entgegensetzte. Sie bevorzugt diesen Begriff, weil er über den Begriff des Selbstbestimmungsrechts, so wie er in den siebziger Jahren entwickelt wurde, hinausgreife, da er eindeutig mehr umfasse als das Recht auf Abtreibung oder freie Verhütung:

»Er meint die Autonomie im gesamten Reproduktionsprozeß, vom Umgang mit den eigenen sexuellen Empfindungen und Bedürfnissen, der Menstruation, der Empfängnisverhütung und Abtreibung, über die Gestaltung von Schwangerschaft und Geburt bis hin zu den verschiedenen Möglichkeiten der Organisation der Versorgung und Erziehung von Säuglingen und Kleinkindern oder des Übergangs von Kindern in den Erwachsenenstatus. Autonomie heißt hier Kampf um die größtmöglichen Entscheidungs- und Handlungsspielräume von Frauen.«[12]

Während Kontos sich die Verwirklichung von Reproduktionsautonomie unter Einbezug der möglichen – durch Frauen kontrollierten – Inanspruchnahme der neuen Gen- und Reproduktionstechnologien (und damit auch der Prä-

nataldiagnostik) vorstellt, fordert sie gleichzeitig eine kritische Reflexion über den Reproduktionsprozeß und über die Verantwortung, der sich Frauen bei ihrer Entscheidung zwischen den verschiedenen Fortpflanzalternativen (IFV ja oder nein, Abtreibung ja oder nein, Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik ja oder nein) stellen müssen.

Gerade die Übernahme dieser Verantwortung weist Mies zurück. Auf dem zweiten bundesweiten Frauenkongreß gegen Gen- und Reproduktionstechnologie, 1988 in Frankfurt, präzisiert sie ihre Kritik am Selbstbestimmungsbegriff in der These: »Es gibt keine Selbstbestimmung ohne Fremdbestimmung.«[13] In einer historischen und philosophischen Untersuchung zeichnet sie den Weg der Spaltung lebendiger Zusammenhänge (Kopf ./. Körper, Natur ./. Kultur, Freiheit ./. Leben, Transzendenz ./. Immanenz, etc.) nach. Die historischen Selbstbestimmungsprozesse erweisen sich ihrer Ansicht nach als Spaltungs- und Fremdbestimmungsprozesse:

»Der Aufstieg der Männer basiert auf dem Abstieg der Frauen. Der Fortschritt Europas beruht auf dem Rückschritt der Kolonien. Die Entwicklung der Produktivkräfte beruht auf Raub, Krieg und Gewalt. ... Die Selbstbestimmung des bürgerlichen Individuums, des Subjekts, beruht auf der Fremdbestimmung anderer Menschen, vor allem von Frauen und anderen Kolonisierten.«[14]

Den Weg der historischen Untersuchung des weiblichen Selbstbestimmungsbegriffs geht auch die österreichische Soziologin Susan Zimmermann und fördert dabei Erstaunliches zutage. In ihrer Untersuchung über den Selbstbestimmungsbegriff der SexualreformerInnen um die Jahrhundertwende zeichnet sie nach, wie eifrig sich damalige Feministinnen an der Etablierung einer rassenhygienischen Ideologie beteiligten. Zentrale Perspektive dieser SexualreformerInnen, so Zimmermann, war »die umfassende Reform des ›Geschlechtslebens‹ und der Mutterschaft im Sinne der Utopie einer Gesellschaft freier und gleichberechtigter Individuen beiderlei Geschlech-

tes.«[15] Diese Utopie der freien und gleichberechtigten Individuen war jedoch nach Zimmermanns Darstellung eng mit der Entwicklung einer Subjekttheorie verbunden, wonach Subjektwerdung bzw. die Entwicklung von Individualität wesentlich auf selbstverantwortender Kontrolle über den Körper, über das Gebärverhalten und über das Gesundheitsverhalten beruhte. Damit erfolgte die Einteilung von Frauen in Subjekte und »Noch-nicht-Subjekte: Wer nicht selbstverantwortlich mit sich umging, der handelte unverantwortlich. Wer die ›neue Ethik‹ der Selbstverantwortung nicht in sich selbst verwirklichte, der hatte dann in der Konsequenz auch den Anspruch auf die individuelle Freiheit, die Subjekthaftigkeit, verwirkt.«[16]

Die damaligen Feministinnen traten dabei unumwunden für eine Gesellschaftsutopie der »Höherentwicklung der Rasse« ein, deren Durchsetzung sie mit Normierung, Überwachung und rechtlicher Sanktion für verantwortungsvolles Gebärverhalten forderten. Die rassenhygienische Dimension dieser Sexualreformdebatte sei mit einigen bei Zimmermann angeführten Zitaten verdeutlicht:

Die »Unkultur der... zufälligen, unüberlegten Zeugung« äußere sich u. a. »in der erschreckenden Belastung unserer Gesellschaft mit Siechen und Schädlingen«.[17] In der neuen Mutterschaft, der »neuen Frau« bzw. in einer neuen Art von Elternschaft sollte sich die Utopie der »Höherentwicklung der Rasse« verwirklichen, indem die Kinder zu »Schaffenden«[18], zu »starken und frohen Menschen«[19], zu Individuen auf dem Weg zum »Übermenschen«[20], ausgestattet mit einer »gesunden und kraftvollen Konstitution«[21], heranwachsen würden. Kurz, gefordert wurden: »qualitativ hochwertige Produkte«[22], »Individuen, von scharfer Originalität, [die] nicht nur Volksmassen wie Schafherden«[23] sein würden.

Die ReformerInnen plädierten für Zwangssterilisierung der »Unverantwortlichen« und »Minderwertigen«:

»Kranke, geistig, sittlich und körperlich Minderwertige (sol-

len) im Interesse der Gesellschaft von der Fortpflanzung ausgeschlossen werden«,[24] heißt es in einer von Zimmermann zitierten Resolution aus dem Jahre 1916.

Bei den Einsichtsfähigen hingegen sollte der »Imperativ der Verantwortlichkeit«[25] durchgesetzt werden:

»Es muß im Volk die Einsicht verbreitet werden, daß die Fortpflanzung krankhafter Anlagen eines der größten Verbrechen ist und fast schlimmer ist als ein Mord...«[26] Wenn eine Frau nicht die Mittel hat, Kinder »zu ordentlichen Menschen zu erziehen«, begehe sie »nicht nur eine Dummheit, sondern beinahe ein Verbrechen«,[27] wenn sie doch welche bekomme.

Zimmermann zieht aus ihrer historischen Analyse die Schlußfolgerung, daß heute eine Radikalisierung der »Forderung nach Befreiung der Frau im Sinne einer zum abstrakten und objektivierten Rechtsgut gewordenen ›Selbstbestimmung‹« letztendlich in die Sackgasse führe. Denn das diesem Begriff zugrundeliegende Freiheitsverständnis schließe historisch und theoretisch »einen tatsächlichen und für alle Frauen befreienden Umgang mit der Gebärfähigkeit«[28] aus.

Führt die Debatte um den Selbstbestimmungsbegriff in einem Teil der deutschsprachigen Frauenbewegung zur Forderung nach Abkehr vom Selbstbestimmungsbegriff, wollen andere Stimmen an ihm festhalten. So z. B. Ute Annecke, Herausgeberin der »beiträge zur feministischen theorie und praxis«, die den Begriff, aufgrund seines antihierarchischen Momentes, als notwendigen Widerstandsbegriff der Frauenbefreiung qualifiziert. Der Frauenbewegung sei es vor dem Hintergrund der historischen und gegenwärtigen negativen Implikationen dieses Begriffs aufgegeben, sich »auf eine positive inhaltliche Bestimmung« einzulassen. Eine Begriffsbestimmung, »die Selbstbestimmung als die Möglichkeit versteht, daß ein Selbst, ein Individuum ›etwas mit der Stimme (be)nennt, mit der eigenen Stimme festsetzt‹, im Sinne von ein Votum abgeben, eine von keiner fremden Stimme festgesetzten Entscheidung für oder gegen etwas trifft.«[29]

Diese positive Besetzung und Erstreitung von Selbstbestimmung erscheint ihr gerade im Hinblick auf die neuen Technologien notwendig:

»Gerade weil die Vielfalt der technologischen Angebote an Diagnose- und Behandlungsmethoden in der Medizin, in der Reproduktionstechnik Frauen keine wirklichen Entscheidungsalternativen eröffnen..., sondern die Übereinstimmung mit den herrschenden sozialen Erwartungen voraussetzen, ist es desto dringlicher, daß Frauen sich eine inhaltliche Entscheidungsfreiheit und Wahlfreiheit erstreiten. Das Recht von Frauen, sich gegen sogenannte Sachzwänge und soziale Normen zu stellen, das Recht auf Nichtwissen (z. B. Geschlechtsbestimmung des Fötus), das Recht, Nein zu sagen, und das Recht, selbstbestimmte praktische Alternativen zu organisieren, diese Wahlfreiheiten gilt es für Frauen bewußt zu erkämpfen. Nur der aufklärerische feministische Dialog, der die materiellen Verhältnisse, Interessen und Entscheidungsräume thematisiert, in denen sich weibliche Selbstbestimmung ausdrückt, die potentielle Widersprüchlichkeit zwischen individuellen und kollektiven Bedürfnissen von Frauen problematisiert und die strukturelle Verantwortung – auch von Frauen – diskutiert, trägt die Chance in sich zum (selbst)bewußten Handeln, stärkt den gemeinsamen Widerstand.«[30]

Für die Beibehaltung des Selbstbestimmungsbegriffs spricht sich auch die Soziologin Dorothea Brockmann aus. Allerdings wendet sie sich gegen einen neuen »Generalbegriff der Selbstbestimmung«, mit dem die negativen Implikationen hinweggedacht werden können. Sie fordert eine Neubetrachtung des Selbstbestimmungsbegriffs unter dem Postulat »Das Private ist politisch«. In diese Neubetrachtung sollen die bislang unreflektierten Widersprüchlichkeiten des Konzepts der Selbstbestimmung aufgenommen werden. Dabei weist sie insbesondere auf zwei Widersprüche hin. Zum einen bringe ein Konzept, »das die Subjektwerdung auf Körperbeherrschung stützt«, die »Selbstbestimmung... in eine prekäre Gratwan-

derung zwischen befreienden und repressiven Momenten der Körper-Selbst-Kontrolle«.[31] Der zweite Widerspruch ergibt sich ihrer Ansicht nach aus dem Aspekt, daß Selbstbestimmung als Subjektbegriff notwendig auf Individualismus basiert:

»Im Konzept des Individualismus ist aber das Subjekt asozial gedacht in dem Sinne, daß es Subjekt wird in der Sphäre des Privaten, in der scheinbar gesellschaftsfreien Verfolgung und zugleich konkurrierenden Durchsetzung seiner Interessen, wobei die kollektiven Konsequenzen dieser Durchsetzung ausgeblendet werden.«[32]

Daraus zieht sie eine ähnliche Schlußfolgerung wie Mies, daß Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung immer auch ein Moment der Gewalt und Unterdrückung anderer enthalten: »Und zwar in dem Sinne, daß Selbstbestimmung als Individualkategorie die Ausblendung widersprüchlicher Lebensinteressen anderer beinhaltet, in der Reproduktionsmedizin eben der Lebensinteressen der Behinderten.«[33]

Wenngleich sie damit den Protest der Behindertenbewegung gegen Pränataldiagnostik und selektive Abtreibung für berechtigt hält, weil »mit Nutzung dieser Techniken und der Akzeptanz von selektiver Abtreibung Frauen sich an einer Alltagseugenik zu Lasten der Behinderten, der körperlich und geistig Unangepaßten beteiligen«[34], spricht sie sich gleichzeitig gegen ein Verbot oder auch nur einen »heroischen Verzicht« auf diese Techniken aus:

»Dies würde nur die Verdrängung verdichten, die gerade zur Nutzung der Technik verleiten; es würde die oft verzweifelten Versuche diskriminieren, wo Frauen hoffen, mit technischen Lösungen einen individuellen Lebensentwurf zu entlasten; es würde weiterhin den Dialog versperren, der vielleicht diese einsame Verzweiflung aufnehmen könnte.«[35]

Neben der Aufnahme eines solchen von Schuldgefühlen befreiten Dialoges plädiert sie für eine verantwortliche, an dem Postulat »das Private ist politisch« orientierte Handlungs-

maxime. Allerdings reduziert sich diese Forderung bei ihr auf »die Wahrnehmung, daß wir mit allem Tun eben immer auch Antworten geben und es uns zumuten sollten, das bewußt zu tun. Bewußt auch das, wo wir Antworten verweigern, wo wir Reproduktionsmedizin nutzen, obwohl wir wissen (können), daß sie auf Eugenik zielt, daß sie Behinderte in ihrer Würde verletzt.«[36]

Eine Handlungsmaxime, in der sie offensichtlich einen Erkenntnisweg sieht: »Vielleicht wird erst, wenn wir das so heftig Verdrängte in Verantwortung ansehen, also darauf antworten, und zwar in der Anerkenntnis von Mittäterschaft als Verweigerung von Verantwortung, der Blick frei, das eigene Handeln auf das Kollektiv, das soziale Netzwerk zu beziehen.«[37]

Die Diskussion wird radikaler

Die hier angeführten Namen und Meinungen geben nur einen Ausschnitt aus der in den 80er Jahren vehement geführten feministischen Diskussion wieder. Der Selbstbestimmungsdiskurs wurde in dieser Zeit nicht nur an der Frage der Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik und humangenetischer Beratung geführt. Die Frauenbewegung – bzw. die damals allerorts aus dem Boden sprießenden »Gen- und Repro«-Frauengruppen – setzte/n sich prinzipiell mit den neuen Biotechnologien und ihren Heilsversprechungen auseinander. Daß hiervon Frauen in aller Welt besonders betroffen sind, daß es einen untrennbaren Zusammenhang zwischen Gen- und Reproduktionstechnologien gibt, erkannte frau ebenso schnell wie die Notwendigkeit einer feministischen Radikalisierung und Kritik im Hinblick auf das liberalistische Selbstbestimmungsmodell, wonach die individuelle Freiheit an der Anzahl der Wahlmöglichkeiten in einer bestimmten Situation gemessen wird.

Deutlich zeichnete sich diese Radikalisierung an den zwei großen Frauenkongressen, die es bislang zu diesem Thema in der BRD gab, ab. Während der erste bundesweite Frauen-, Gen- und Repro-Kongreß 1985 in Bonn noch überwiegend von Informationsveranstaltungen über die neuen Technologien geprägt war und einzelne prominente Frauen – wie Maria Mies, die Schweizerin Renate Klein und die US-Amerikanerin Gena Corea – radikale Akzente setzten, gab es auf dem zweiten Kongreß 1988 in Frankfurt kaum noch Diskussionen über die Möglichkeiten feministischer Umgehensweisen mit den neuen Technologien, wie z. B. die Organisation von »feministischen« Samenbänken und Leihmütter-Agenturen.

Vielmehr wurde der Kongreß von Veranstaltungen über den historischen Bezug zur Eugenik-Bewegung des 19. und 20. Jahrhunderts, die Auseinandersetzung mit patriarchalischem Natur- und Technologie-Verständnis und der Kontinuität nationalsozialistischer Forschungspraxis und Selektionsideologie sowie die Herstellung internationaler Bezüge bestimmt.[38]

Gena Corea, die über die zunehmende Industrialisierung der Reproduktionstechnologien referierte, analysierte die weibliche Freiheit, die von den amerikanischen TechnologiebefürworterInnen gemeint sei, als »junk-liberty«: eine Freiheit, die so viel Wert ist wie das US-amerikanische Junk-food. Während die größte amerikanische Bürgerrechtsvereinigung, die ACLU (American Civil Liberty Union), mit der Behauptung eines Selbstbestimmungsrechts von Leihmüttern erfolgreich gegen das im Staate Michigan ausgesprochene Verbot von Leihmüttern zu Felde zog, wurden amerikanische Leihmütter den Bestellerpaaren wie Kühe zur Auswahl vorgeführt oder mußten sich die Anwesenheit der Besteller bei der Geburt mit der juristischen Begründung, diese sei schließlich im Preis inbegriffen, gefallen lassen. Mit dem Selbstbestimmungsrecht zur Leihmutterschaft, so Corea, müsse frau sich der Menschenwürde entledigen. Übrig bleibe die Junk-liberty, das Recht, den eige-

nen Körper oder Teile davon zu verkaufen. Ohne den Liberalismus in den USA, so ihre These, wäre die Etablierung der Leihmütter-Industrie auf dem US-amerikanischen Markt nicht möglich gewesen.

Die Referentinnen aus Indien, Namibia, Brasilien, El Salvador und Singapur lenkten die Aufmerksamkeit des Kongresses darauf, daß die neuen Gen- und Reproduktionstechnologien Frauen weltweit und unter den unterschiedlichsten Lebensbedingungen (be)treffen. Die Inderin Vibhuti Patel referierte über die Verfeinerung des Femizids an Frauen und Mädchen in Indien durch den Einsatz von Amniozentese zur Geschlechtsdeterminierung. Die Tradition der systematischen Tötung von Frauen in Indien könne mittels des »sauberen« Weges des Fetozids an weiblichen Feten auch nach westlichem Demokratiemuster aufrechterhalten werden. So zitierte Patel eine in der internationalen Fachpresse anerkannte medizinische Fallstudie über die Anwendung der Amniozentese in einem indischen Hospital, in der es heißt: »In Entwicklungsländern wie Indien, in denen Eltern nahegelegt wird, ihre Familie auf zwei Nachkommen zu begrenzen, haben diese Eltern dann bei diesen zwei ein Recht auf Qualität, sofern sie sich garantieren läßt. Amniozentese bietet Hilfe in dieser Hinsicht.«[39] Die flächendeckende Anwendung dieser und anderer Methoden zur Geschlechtsbestimmung und -wahl[40], die in der Öffentlichkeit zur Erhöhung der Qualität der indischen Bevölkerung angepriesen werden, sei so weit verbreitet, daß es nicht selten vorkomme, daß Frauen zwar ohne Wasser und Strom lebten, aber regelmäßig mit Amniozentese versorgt würden.

Auf den Status der Frauen aus den Dritte-Welt-Ländern als Versuchskaninchen für Gen- und Reproduktionstechnologien verwies Ana Gomes dos Reis aus Brasilien. Zur Zeit des Kongresses wurde dort der neueste gentechnisch erzeugte Anti-Schwangerschafts-Impfstoff an Frauen erprobt.

Weniger unter Einsatz der neuen gen- und reproduktionstechnologischen Möglichkeiten als unter Einsatz der klassi-

schen Methoden wie (Zwangs)Sterilisation und Sanktionierung durch Steuererleichterungen und Sozialleistungen wird Bevölkerungspolitik in Singapur betrieben. Dort vermischen sich klassisch eugenische und rassistische Ideologien zu einem Bevölkerungspolitik-Brei, in dem Frauen zu Gebärmaschinen und bestenfalls Bürgerinnen zweiter Klasse degradiert werden. Die Referentin Irene Koh berichtete über Steuererleichterungen für gebildete Frauen aus der Mittel- und Oberschicht, die heiraten und im »Interesse des ökonomischen Erfolgs ihres Landes ›intelligente‹ Kinder produzieren«[41] und Geldgeschenke für Frauen aus der als »minderwertig« geltenden Bevölkerungsgruppe der Malayen – die in der Regel der unteren Bildungs- und Einkommensschicht angehören –, die sich nach der Geburt ihres ersten oder zweiten Kindes »freiwillig« sterilisieren lassen.[42]

Der Kongreß in Bangladesch

Das Zusammenwirken traditioneller und moderner Methoden der Bevölkerungspolitik war dann auch ein Schwerpunktthema auf der »Internationalen Konferenz über Gen- und Reproduktionstechnik und Frauengesundheit« 1989 in Bangladesch.[43] Angesichts des gewaltigen Technologietransfers zwischen »erster« und »dritter« Welt stellte die Finrage-Aktivistin Renate Klein die These auf, daß die neuen Reproduktionstechnologien *die* universalen Methoden globaler Bevölkerungskontrolle würden, wobei den Frauen der Entwicklungsländer langfristig die Rolle der »Brüterinnen« für die Kinderwünsche weißer Frauen der Industrienationen zugedacht sei. Allerdings zeigte der internationale Austausch unter Feministinnen auch, daß in beiden Teilen der Welt die klassischen Formen der Bevölkerungskontrolle (Zwangssterilisation etc.) neben den Hochtechnologien (Amniozentese, gentechnologisch hergestellte Antikonzeptiva, Reagenzglasbefruchtung) Anwendung

finden. Es gibt auch keine globale Bevölkerungspolitik, die nach pronatalistisch in den Industrieländern, antinatalistisch in den Entwicklungsländern differenziert.

Während IVF-Kliniken in Indien, Malaysia, auf den Philippinen, in Indonesien oder China aus dem Boden sprießen, erleben Zwangssterilisationsgesetze und -praktiken gegen behinderte Frauen (und Männer) Neuauflagen in Ländern wie der BRD, Japan oder Dänemark.[44] Amniozentese und andere Selektionsmethoden mit anschließender selektiver Abtreibung werden in den Industrieländern angewandt, aber auch in Indien, Korea oder Thailand. Hier zur Selektion behinderter, dort zur Selektion weiblicher Feten.

Wie auf anderen Kongressen wurde auch in Bangladesch die Frage nach einer Definition feministischer Selbstbestimmung gestellt. Farida Akther, Finnrage/Ubinig-Aktivistin in Bangladesch und Organisatorin der Konferenz, rückte die Frage in den Zusammenhang mit materialistischen Reproduktionsverhältnissen. »Welche Freiheit meinen wir, wenn wir sagen, unser Körper gehört uns? Reden wir dann von Eigentumsrechten? Sehen wir uns als Eigentümerinnen, die, im Besitz der Reproduktionsmittel der menschlichen Spezies, über das Produkt unserer Reproduktionsfabrik verfügen können?«[45] Im Kampf gegen die Reduktion von Frauen auf ihre biologischen Reproduktionsfähigkeiten formulierte Farida Akther die Forderung nach Reproduktionsrechten von Frauen: »Die Frage der Reproduktionsrechte ist damit im wesentlichen eine Frage nach der Zerstörung der existierenden sozialen Reproduktionsverhältnisse im Rahmen umfassender sozialer Transformation.«[46]

In welche Richtung transformiert werden soll, ob jegliche selektive Technologie abgelehnt werden soll oder ob die Amniozentese zur Behinderungsdiagnostik nicht doch sinnvoll sei, wenngleich deren Einsatz zur Geschlechtsbestimmung als Form des Femizids strikt verboten gehöre, diese Fragen konnten auch in Bangladesch nicht abschließend geklärt werden.

Das Private ist politisch

Bei der Frage nach weiblicher Selbstbestimmung in bezug auf pränatale Diagnose geht es wesentlich um das Verhältnis von Individuum und Kollektiv, also um die sozialen Bezüge individueller Selbstbestimmung. Das hat insbesondere Dorothea Brockmann mit dem Gedanken »Das Private ist politisch« verdeutlicht. Wenn Frauen Selbstbestimmung durch selektive Abtreibung realisieren wollen, dann beteiligen sie sich an der Akzeptanz von Eugenik, unabhängig davon, ob sie selbst Verfechterin der Eugenik sind oder nicht. Daß diese Erkenntnis nun auch von nichtbehinderten Feministinnen so formuliert wird, ist m. E. einer der größten Erfolge der bisherigen Selbstbestimmungsdebatte.

Um Mißverständnissen vorzubeugen, sei an dieser Stelle noch einmal deutlich gesagt: Es geht hier nicht um die Frage, ob Frauen generell ein Recht auf Abtreibung haben. Als Feministin ist meine eindeutige Antwort: Natürlich!

Bei der selektiven Abtreibung geht es aber um die Entscheidung gegen eine zunächst gewollte Schwangerschaft. Sie wird zur Ungewollten durch ein potentielles Qualitätsmerkmal eines Fetus, durch die Bewertung einer möglichen Behinderung als »lebenswert« oder »lebensunwert«, bzw. als zumutbare oder unzumutbare Belastung für die Frau. Zwar geht es auch bei der nichtselektiven Abtreibung einer von Anfang an ungewollten Schwangerschaft um die Bewertung eines Fetus als Belastung, eine solche Bewertung orientiert sich aber nicht an individuellen Qualitätsmerkmalen des »potentiellen Kindes«, sondern an davon unabhängigen Lebensbedingungen der Frau und ihren Lebensvorstellungen. Der besondere Charakter der selektiven Abtreibung offenbart sich an dem Willen, sich für ein sogenanntes Normkind und gegen ein behindertes Kind zu entscheiden. Dieser Wille wird durch gesellschaftliche Verhältnisse geprägt, die auch zwanghaften Charakter haben (kön-

nen). Die gesellschaftlichen Bedingungen ändern jedoch nichts an dem qualitativen Aspekt der Entscheidung.

Es geht desweiteren auch nicht um eine Personalisierung des Fetus im Sinne der »Lebensschützer«-Mafia, denn diese richtet sich gegen die Interessen nichtbehinderter Frauen wie gegen die behinderter Menschen. In dieser Diskussion geht es mir allerdings darum, ob die Entscheidung für die Pränataldiagnose Teil dessen ist, was wir unter *feministischer* Selbstbestimmung bzw. Reproduktionsautonomie verstehen.

Diese Frage stellt sich zwangsläufig, wenn Dorothea Brockmann zu »Selbst-Verantwortung« und bewußtem Handeln auffordert. Damit drängt sich die Suche nach einer feministischen Ethik auf, d. h. die Frage nach der Handlungsmaxime für weibliche Selbstbestimmung. Diese wiederum kann sich aber nicht ausschließlich an den gesellschaftlichen Verhältnissen orientieren, denn dann wäre Handeln immer nur Reflex auf gesellschaftliche Verhältnisse, für das gar keine Verantwortung übernommen werden kann. Nach dem Prinzip des dialektischen Determinismus handeln Menschen weder völlig unabhängig von den gesellschaftlichen Verhältnissen noch völlig abhängig von diesen Bedingungen. Innerhalb der gegebenen Bedingungen können Menschen in Übereinstimmung mit bestimmten gesellschaftlichen Bedürfnissen und Notwendigkeiten handeln oder im Widerspruch zu ihnen.[47]

Ob sich Frauen im Widerspruch zu den pränataldiagnostischen Angeboten verhalten, ob sie selektive Abtreibung sowohl im Hinblick auf die damit verbundene Fremdbestimmung durch MedizinerInnen ablehnen als auch vom Blickpunkt der eigenen Beteiligung an eugenischer Bevölkerungspolitik aus, das hängt wesentlich von den eigenen feministischen Idealen und Zukunftsvorstellungen ab. Die Frage nach der Handlungsmaxime für weibliche Selbstbestimmung wirft deshalb die Frage nach der (feministischen) Utopie von Individuum und Kollektiv auf, und ob in dieser Utopie behinderte Menschen einen Platz haben.

Um es noch einmal deutlich zu formulieren: Die Entscheidung für ein behindertes Kind wäre einfacher, wenn es keine Diskriminierung von behinderten Menschen und ihren Angehörigen gäbe, wenn Mütter mit ihren behinderten Kindern nicht aus der Gesellschaft ausgegrenzt würden. Die Frage ist aber, ob Frauen, die heute über Selbstbestimmung reden, sich wenigstens unter den behindertenfreundlichsten Bedingungen vorstellen können, sich für ein behindertes Kind zu entscheiden.

Die Frage stellt sich nicht nur deshalb, weil es behinderte Menschen immer und überall gegeben hat und geben wird. Sie stellt sich auch, weil mit ihr die Frage nach dem feministischen Menschenbild verbunden ist.

Feministinnen und Behinderung

In den Publikationen nichtbehinderter Feministinnen wird Behinderung überwiegend mit trostlosem Leid und Belastung insbesondere für die Mütter assoziiert. Zwar gibt es Ansätze einer Utopie, wie z. B. die von Maria Mies formulierte Utopie der »lebendigen Zusammenhänge«, in der die Akzeptanz von Behinderung und Andersartigkeit angelegt ist. Auch Ute Annecke beschreibt die Selbstbestimmungsfreiräume, die es zu erkämpfen gilt, als solche, in denen »Dimensionen des ›Anderen‹, des Ausgegrenzten, Negierten und Abgewerteten« Eingang finden.[48] Doch eine Utopie der Differenzen in einem von kapitalistischen und patriarchalischen Leistungsnormen befreiten Kollektiv scheint immer bei dem Gedanken an Behinderung ins Stocken zu geraten. Das wird deutlich, wenn Behinderungen üblicherweise in einem Atemzug mit Krankheit, Leid und Tod genannt und damit notwendig als Unglücksmomente begriffen werden.[49] Momente, für die in einer utopischen

Zukunft »andere Umgangsformen«[50] gefunden werden müssen, die aber in jedem Fall Unglück bleiben.

Die gesellschaftlichen Verhältnisse verhindern nach Silvia Kontos' Ansicht »eine realitätsgerechte Auseinandersetzung mit den spezifischen Problemen bestimmter Behinderungen und schüren die irrationale Angst aller Schwangeren, ein behindertes Kind zur Welt zu bringen«.[51] Als spezifisches Problem einer bestimmten Behinderung benennt sie das Folgende: »Starb ein Kind mit einem Wasserkopf früher oft schon im Mutterleib, so konnte frau das Gott, der Natur oder dem Schicksal zuschreiben, heute muß sie sich entscheiden, ob sie einer Fetalchirurgie zustimmt oder nicht oder aber das Kind abtreibt.«[52]

Es fällt auf, daß ihr nur diese zwei Alternativen einfallen. Es gäbe nämlich möglicherweise noch zwei weitere: Operation kurz nach der Geburt oder aber ein Leben mit Wasserkopf.

Ebenso scheint sie nur zwei Umgangsformen mit Behinderung zu kennen: Die sogenannte »rationale Angst« vor Behinderung und die »irrationale« oder gar »hysterische Angst« vor Behinderung. Die letztgenannten Formen der Angst will sie in ihrer ansatzweise entwickelten Utopie der Reproduktionsautonomie beseitigt wissen. Keine Angst vor Behinderung zu haben, das scheint es auch in ihren kühnsten Träumen nicht zu geben.

Auch Dorothea Brockmann bleibt in ihrem Blick auf nichtbehinderte Lebensentwürfe beschränkt, wenn sie vom behinderten Kind als »nur bedingt zu selbständigem Leben« fähig oder »möglicherweise in seiner autonomen Lebensgestaltung eingeschränkt[t]« schreibt.[53] Genau diese an Nichtbehinderung orientierte Definition von Autonomie und selbständiger Lebensgestaltung versuchen wir aus der Behindertenbewegung seit Jahrzehnten aufzubrechen. Ambulante Dienstleistungszentren – oder »Autonom Leben-Zentren«, wie sich die neueren Modelle nennen – haben seit einigen Jahren angefangen, die Bedingungen für autonome Lebensentwürfe behinderter Menschen und deren Angehörige zu schaffen.[54]

Mag sein, daß Dorothea Brockmann lediglich auf die materiellen Verhältnisse der heutigen Gesellschaft hinweisen will, die für die große Mehrzahl behinderter Menschen jeden Ansatz eines selbstbestimmten Lebens ausschließen. Ihre Schlußbemerkung, in der sie ein Zitat von Gisela Wülffing übernimmt, indiziert jedoch, daß auch in ihrem Menschenbild Behinderung ausschließlich negativ besetzt ist: »Wir werden zu sozialen, selbstbewußten Subjekten wohl nur, wenn wir aufhören, als Opfer, als ›wandelnde Invalidinnen‹ (Gisela Wülffing) durch die Welt zu gehen...«[55]

Behinderung und Subjektsein schließen sich also aus? Es soll hier keine Haarspalterei betrieben werden, und Dorothea Brockmann will bestimmt etwas anderes sagen. Aber: Sprache ist verräterisch, und in diesem Fall wird verraten, was die meisten Leute, und eben auch Feministinnen, nicht denken können: Behinderung als neutraler Zustand, der aus sich heraus – wie der Status des Geschlechts – weder notwendigerweise mit Leid noch mit Glück verbunden ist.[56] Das aber ist die Umkehrung der Parole der Behindertenbewegung: »Nicht die Behinderung macht uns das Leben schwer, sondern die diskriminierenden Verhältnisse der Gesellschaft!«

Der Wunsch nach einem nichtbehinderten Kind – ein Urwunsch?

Wie wenig diese Parole begriffen und aufgenommen wird, zeigt sich deutlich an der Diskussion über selektive Pränataldiagnose. Auf einer Veranstaltung fragte ich einmal Frauen, die ihr Recht auf selektive Abtreibung mit den gesellschaftlichen Verhältnissen begründeten, ob sie auch in einer Gesellschaft mit den behindertenfreundlichsten Bedingungen ein Recht auf selektive pränatale Diagnose und anschließender Abtreibung haben wollten. Behindertenfreundliche Bedingungen hießen also: keine Sonderschulen, Heime oder andere Sondereinrich-

tungen! Jede Frau, die ein behindertes Kind bekommt, erhält finanzielle und personelle Unterstützung. Das Kind wird in jeder Krabbelstube und jedem Kindergarten aufgenommen. Es gibt überall Hilfsmittelzentren, die bei Bedarf individuell angepaßte Hilfsmittel entwickeln. Es gibt keine Wohnprobleme für behinderte Menschen. Es gibt ausreichend Zentren, die Pflegeleistungen zu Hause unter Autonomiebedingungen anbieten. Für Behinderte, die von zu Hause ausziehen wollen und die eine Wohngemeinschaft brauchen, gibt es genügend Angebote. Es gibt Arbeitsplätze für behinderte Menschen im allgemeinen Produktionsbereich. Es gibt keine mitleidigen Blicke mehr, wenn eine Frau ihr behindertes Kind über die Straße schiebt oder wenn Behinderte sich in der Öffentlichkeit bewegen...

Es dauerte, bis sich die Frauen zu einer Antwort durchringen konnten, aber die überwiegende Antwort lautete »Ja, auch dann will ich pränatale Diagnose«, wenngleich die Begründung schwerfiel.

Sehr spontan wurde diese Begründung von Susanne von Paczensky in einem »Konkret«-Streitgespräch geliefert. Sie qualifizierte den Wunsch nach einem nichtbehinderten Kind[57] als einen »Urwunsch der Menschen«, der von Anfang an bestanden habe, »quer durch die Zeiten und Kontinente und nix mit falschen Ideologien und Eugenik zu tun hat.«[58]

Weil der Satz spontan in einem feindselig geführten Streitgespräch zwischen Behinderten aus der Krüppelbewegung und Frauen aus der Frauenbewegung geführt wurde, darf er nicht zu sehr auf die analytische »Goldwaage« gelegt werden. Dennoch entspricht diese Äußerung einem biologistischen Erklärungsmodell, denn die Eigenschaft Behinderung wird als naturwidrig verstanden. Wer aber hat die Natur des Menschen bislang definiert?[59]

Über Kinderwünsche ist bereits viel geschrieben und nachgedacht worden, verstärkt vor dem Hintergrund der neuen Reproduktionstechnologien. Kinder erfüllen je nach Kulturkreis und ökonomischem System verschiedene Funktionen. In

Ländern mit nur schwach entwickelten sozialen Sicherungssystemen gelten Kinder als soziale Sicherheit. In den westlichen Industrienationen erfüllen Kinder mehrere unterschiedliche Funktionen: Vervollkommnung der »Keimzelle des Staates«, Statussymbol, Aufwertung der Weiblichkeit etc. Insbesondere aber steckt hinter dem Kinderwunsch der Versuch, sich selbst zu reproduzieren. Deshalb wird die Geburt eines behinderten Kindes von nichtbehinderten Frauen als »narzißtische Kränkung« empfunden. Deshalb gibt es auch vereinzelt behinderte Frauen, die sich ein behindertes Kind wünschen.[60]

Susanne von Paczensky muß aber recht gegeben werden, wenn sie sagt, daß der Wunsch nach einem nichtbehinderten Kind nichts mit falschen Ideologien und Eugenik zu tun habe. Das anzunehmen wäre ein Trugschluß, denn ein wesentliches Merkmal der Eugenik ist der Gedanke der Ausmerze, der Selektion. Der Wunsch nach einem nichtbehinderten Kind ist deshalb genauso ungefährlich wie der Wunsch nach einem behinderten Kind. Die Gefahr liegt in der Durchsetzung des Wunsches und in seiner politischen Wirkung. Erst wenn der Wunsch nach einem nichtbehinderten Kind verabsolutiert und mit technologischen Scheinangeboten auf seiner Durchsetzbarkeit beharrt wird, dann wird dieser Wunsch zur Gefahr und zur Pflicht.

Recht auf ein nichtbehindertes Kind?

Auch ein Selbstbestimmungsbegriff, der ein »Recht auf ein nichtbehindertes Kind« impliziert, ist gefährlich. Gefährlich ist er nicht deshalb, weil er die Abtreibung bestimmter Feten bedeutet, sondern weil er nur im Rahmen einer (Bevölkerungs-) Politik verwirklicht werden kann, die sich potentiell gegen die Lebensinteressen behinderter Menschen und nichtbehinderter Frauen (aber auch Männer) richtet.

Peter Singer, der spätestens seit Juni 1989[61] das Interesse bundesrepublikanischer Medienöffentlichkeit auf sich zieht, ist nur ein Vertreter derjenigen, die diese Politik konsequent zu Ende denken. Er fordert u. a. die aktive Tötung schwerbehinderter Neugeborener und legitimiert diese Politik, indem er behinderte Menschen zu Unpersonen erklärt. In seiner Wertehierarchie stehen bestimmte behinderte Menschen noch unterhalb von Schimpansen und Schweinen, weil sie die grundlegenden Merkmale von Personen, »Rationalität, Autonomie und Selbstbewußtsein«, angeblich nicht erfüllen.[62]

Es wäre zu einfach, Singer als Neonazi zu brandmarken. Er ist mit Sicherheit ein berühmter Vertreter der »Neuen Eugenik«. Diese tödliche Denkrichtung ist nicht erst mit dem Nationalsozialismus entstanden, sondern hat in der westlichen Hemisphäre eine über hundertjährige Geschichte.

Klaus Dörner hat diese Geschichte die »Medizinierung der Sozialen Frage« genannt, deren vorläufiger, grausamer Höhepunkt die Nazi-Politik der »Endlösung der sozialen Frage« war.[63] Interessant ist seine Abhandlung für die Diskussion um pränatale Diagnose vor allem deshalb, weil auch er sich mit dem Begriff der Selbstbestimmung historisch auseinandersetzt. Er kommt zu dem Schluß, daß die Ideologie der Selbstbestimmung insbesondere in der deutschen Geschichte immer eine Ideologie der Ungleichheit der Menschen implizierte. Selbstbestimmung, so seine Untersuchung, wurde ökonomisch und philosophisch zum Vehikel, um die Freiheit bestimmter Bevölkerungsgruppen auf Kosten der Gleichheit aller Menschen zu legitimieren. Und zwar mit potentiell tödlicher Konsequenz für alle Beteiligten: »Das Selbstverständlichwerden der Unterwerfung unter die kapitalistischen Gesetze des freien Marktes und des sozialdarwinistischen Imperativs vom ›Überleben des Tüchtigsten‹ mußte sich auswirken. War schon die weitere Steigerung des Rechts auf freie Selbstbestimmung mit Hilfe des Konzepts der Minderwertigkeit durch Opferung des Rechtes auf Gleichheit aller Menschen erkauft, ...und wollte man...

eine Gesellschaft aus immer ›besseren, sozialeren, gesünderen und glücklichen Menschen‹ haben, dann mußten nicht nur die schlechteren, unsozialeren, kränkeren und unglücklicheren Teile der Bevölkerung zum Verschwinden gebracht werden, sondern dann mußte man auch selbst das Recht auf den eigenen Tod haben, wenn man sich schlecht, unsozial, krank oder unglücklich fühlt.«[64]

Auch die enge Verknüpfung zwischen Freitod und dem Recht, andere – im Wohlverständnis ihrer Interessen – zu töten, zeigt Dörner auf: »Hier wird eine Logik und eine Ethik geboren, die, wenn man nur ihre Voraussetzungen akzeptiert, unwiderlegbar ist und die uns bis heute in Atem hält: wenn man nämlich eine Gesellschaft aus immer besseren, sozialeren, gesünderen und glücklicheren Menschen will, dann muß man einmal demjenigen Menschen das Recht auf den eigenen Tod zubilligen, der sich vorübergehend nicht so fühlt, dann muß man aber auch zum anderen denjenigen Menschen, die dauerhaft schlechter, unsozialer, kränker und unglücklicher sind, einmal das Recht auf den Tod zubilligen, zum anderen aber ihnen auch eine gewisse Pflicht hierzu auferlegen, da sie sonst die so definierte Weltordnung stören würden. Man muß ihren Tod erwarten dürfen. Und wenn es sich dabei um dauerhaft Minderwertige, Asoziale, Behinderte, geistig ohnehin Tote, Alte und Sterbende handelt, dann muß man in dem Fall, daß sie nicht für sich selbst sprechen und entscheiden können, für sie fürsorglich sprechen und entscheiden dürfen, um sie von ihrem unwerten, unmenschlichen, sicher auch qualvollen Vegetieren zu erlösen; denn würden sie für sich sprechen und entscheiden können, würden sie nach dieser Logik und Ethik naturnotwendig und wissenschaftlich bewiesen sich selbst den Tod wünschen.«[65]

Selbstbestimmung wurde und wird eben nicht nur als Freiheit im Sinne von Abwesenheit von (staatlichem, gesellschaftlichem) Zwang verstanden. Die historischen Rückblicke von Klaus Dörner, Susan Zimmermann und anderen zeigen, daß die Grundlage dieses Begriffs immer ein bestimmtes, den Gleichheitsgedanken opferndes Menschenbild war. Das Recht auf Selbstbestimmung wird auch heute nur denjenigen zugestanden, die bereit sind, sich an diesem selektiven Menschenbild zu orientieren und sich den gesellschaftlichen Verhältnissen zu unterwerfen. Davon ist auch die Diskussion um weibliche Selbstbestimmung und pränatale Diagnose bestimmt.

Der feministische Selbstbestimmungsbegriff ist aber anderen Selbstbestimmungsbegriffen insoweit überlegen, als er immer auch an einer Utopie der Gleichheit der Geschlechter orientiert ist und damit zumindest ein Gleichheitsmoment enthält.

In der alten wie der neuen Frauenbewegung wurde das Gleichheitsprinzip oft verdrängt, wenn Rechte gefordert werden, die einseitig an der Situation bestimmter Frauen ansetzen. Das läßt sich am Beispiel der Abtreibungs- und Verhütungsfrage gut nachzeichnen. Während hier Verhütung und Abtreibung zur Befreiung von Gebärzwang als wesentliche Instrumente der weiblichen Selbstbestimmung verstanden und gefordert werden, wird vergessen, daß dieses Recht für viele Frauen in den »Dritte-Welt-Ländern«, aber auch für behinderte Frauen im eigenen Land, nur als Pflicht existiert.

Angela Davis gibt eine ähnliche Einschätzung der »Prochoice«-Bewegung in den USA. Der Grund, warum so wenig schwarze Frauen an dem Kampf um legale Abtreibung in den 70er Jahren beteiligt waren, lag nach Angela Davis weniger daran, daß schwarze US-Amerikanerinnen damals von ihrem Kampf gegen Rassismus bereits völlig vereinnahmt waren. »Der wirkliche Grund für den fast lilienfarbenen Teint der Kampagne für Abtreibungsrechte lag nicht in einem vermeint-

lich kurzsichtigen oder unterentwickelten Bewußtsein farbiger Frauen. Die Wahrheit lag in der ideologischen Untermauerung der Bewegung für Verhütungs- und Abtreibungsrechte selbst begraben.«[66] Diese Ideologie war nach Angela Davis immer nur eine der weißen Mittelklasse-Amerikanerin, die die Situation von schwarzen und Latina-Frauen unbeachtet ließ. Deren Geschichte ist aber eine des Gebärverbots mittels Zwangssterilisation und ökonomischer Ausgrenzung. Auch heute noch wird in den USA für farbige Frauen nur die »freiwillige« Sterilisation bezahlt, während sie für eine Abtreibung überwiegend selbst in die Tasche greifen müssen.

Der geringen Beteiligung farbiger Frauen an der »Pro choice« Kampagne entsprach ein nur geringes Interesse weißer Frauen an den von Puertoricanerinnen, Schwarzen, Chicanas und einheimischen Amerikanerinnen getragenen Kampagnen gegen mißbräuchliche Sterilisationspolitik.[67]

Selbstbestimmung und die Überwindung der Spaltung

Die neue Diskussion um weibliche Selbstbestimmung kann diese Spaltung zwischen Frauen nur überwinden, wenn dem Gleichheitsgedanken mehr Raum gewidmet wird.[68]

Daraus folgt zum einen die Notwendigkeit, »das Abtreibungsthema in einen globaleren Zusammenhang zu stellen«[69], wie es Verena Krieger vorschlägt. »Der globale Zusammenhang besteht in der weltweit stattfindenden Enteignung der Gebärfähigkeit der Frauen. Daß die einen Frauen zum Gebären gezwungen werden sollen und daß die anderen daran gehindert werden, entspringt demselben Kalkül. Das Recht auf frei gewählte Abtreibung braucht das Recht auf frei gewählte Mutterschaft – und umgekehrt. Weiße und farbige Frauen, Krüppelfrauen und Prostituierte, Ausländerinnen und Inländerinnen haben erst dann ein gemeinsames Interesse, wenn es beide Aspekte miteinbezieht.«[70]

Für die Diskussion um pränatale Diagnose folgt daraus die Absage an ein »Recht auf ein nichtbehindertes Kind«, einschließlich der biologistischen Scheinlösung selektiver Technologie.

Das aber setzt eine Umorientierung in der Utopie von Frauen voraus. Behinderung darf nicht mehr automatisch mit Leid gleichgesetzt und Nichtbehinderung als Voraussetzung für Glück verstanden werden. Erst wenn Behinderung und Nichtbehinderung als gleiche neutrale Zustände gedacht werden können, dann gibt es eine Utopie, in der Behinderte und Nichtbehinderte gleiche Menschen sind, in der Behinderte nicht nur »Auch-Menschen« sind. Daran muß sich der feministische Selbstbestimmungsbegriff orientieren.

Diese Forderung gibt wenig Handlungsanleitung für den alltäglichen Umgang mit der Praxis der pränatalen Diagnose. Die Kritik, sie gehe an der gegenwärtigen Realität von Frauen vorbei, wird mit Sicherheit vorgetragen werden. Vorsorglich sei ihr entgegengehalten: So schmackhaft realpolitische Forderungen und Handlungsmaximen sind, das Denken können sie nicht ersetzen. Denn was nicht gedacht werden kann, darum wird auch nicht gekämpft.

Nützliche Krüppel

Behinderte als WerbeträgerInnen der »Lebensschützer«[1]

Sie versuchen es immer wieder: Die verschiedenen Organisationen der »Lebensschützer« starten immer mal wieder Initiativen, um Mitglieder der emanzipatorischen Behindertenbewegung[2] für ihr Ziel, ein grundsätzliches Verbot von Abtreibungen, zu gewinnen, um sie dann über den Argumentationsstrang der Kritik an der eugenischen Indikation medienwirksam einsetzen zu können.

Die Kampagnen sind in der emanzipatorischen Behindertenbewegung immer auf Widerstand gestoßen, aber es gibt durchaus auch Behinderte, die der »Lebensrecht«-Bewegung angehören und sich für die Verschärfung der Abtreibungsgesetzgebung in zum Teil peinlicher und entwürdigender Weise instrumentalisieren lassen. In Deutschland sind sie im »Helen-Keller-Kreis«[3] zusammengeschlossen.

In anderen Ländern gibt es entsprechende Organisationen, so z. B. »Disabled Women for Life«[4] in Großbritannien. Auf diese beiden Organisationen bzw. einige ihrer Mitglieder werde ich mich im folgenden hauptsächlich beziehen.

Der erste mir bekannte Vorstoß fand 1981, im Jahr der Behinderten, statt. Der »Arbeitskreis für das Leben« der katholischen Studentengemeinde Heidelberg verschickte ein Flugblatt mit der Überschrift »Du sollst nicht töten«, geschmückt mit der Darstellung eines sechs Wochen alten Embryos[5], der sich in wörtlicher Rede der geneigten Leserschaft vorstellt: »... Ich bin kein Teil meiner Mutter, sondern ein einmaliger Mensch, der sich selbständig entwickelt.«[7]

Hier wird mit offensichtlicher Frauenfeindlichkeit die symbiotische Beziehung zwischen Mutter und Ungeborenem völlig geleugnet. Daneben enthält das Flugblatt die übliche Hetze gegen »Massentötungen« sowie deren Krankenkassenfinanzierung und einen Absatz mit der Überschrift »Zum Jahr der Behinderten«, in dem die Frage gestellt wird: »Soll mit Hilfe der vorgeburtlichen Untersuchungen und der eugenischen Indikation... eine ›Endlösung der Behindertenfrage‹ angestrebt werden?«[6]

Es kommt nicht von ungefähr, daß die »Lebensschützer« versuchen, mit dieser Thematik AnhängerInnen in der emanzipatorischen Behindertenbewegung zu gewinnen. Ende der siebziger Jahre hatten Mitglieder der Behindertenbewegung angefangen, sich mit dem dunkelsten Kapitel des deutschen Behindertenbetreuungswesens zu beschäftigen: Die Zeit des Nationalsozialismus, in der Behinderte als »Ballastexistenzen« und »lebensunwertes Leben« galten, die zunächst erfaßt und asyliert, dann zwangssterilisiert und schließlich umgebracht wurden – im Auftrag der Regierung, wenn auch ohne gesetzliche Grundlage, staatlich geplant und mit deutscher Gründlichkeit durchgeführt.

Geistige Grundlage dieser wirklichen Massenmorde war die Eugenik bzw. Rassenhygiene, wie sie in Deutschland hieß. Es handelt sich dabei um eine Selektionslehre, die vorgibt, wer »würdig« ist, sich fortzupflanzen und wer nicht. Eugenisches Gedankengut erfreute sich Anfang dieses Jahrhunderts großer Beliebtheit. Hitler hatte schon in »Mein Kampf« geschrieben: »(Der völkische Staat) hat, was irgendwie erblich belastet und damit weiter belastend ist, für zeugungsunfähig zu erklären und dies auch praktisch durchzuführen.«[8] Die gesetzliche Regelung der Zwangssterilisation war denn auch eine der ersten Maßnahmen, die die Nazis zur »Reinhaltung des deutschen Blutes« trafen; später folgten dann die euphemistisch »Euthanasie«[9] genannten Morde.

Das Kapitel »Eugenik und Euthanasie« des deutschen Fa-

schismus war aber mit dem Kriegsende noch nicht abgeschlossen. Tatsächlich fanden sich viele Kontinuitäten sowohl bei den »Täterpersönlichkeiten«, die vor, während und nach Ende des »3. Reiches« ÄrztInnen und WissenschaftlerInnen waren, aber auch Kontinuitäten im Denken, das diesen Personen erst ermöglichte, ihre Karrieren so ungebrochen fortzusetzen.

Die Beschäftigung mit der eigenen Geschichte und das Aufzeigen von Kontinuitäten machte die Behindertenbewegung so interessant für die »Lebensschützer«. Es gab da scheinbar Gemeinsamkeiten ...

1985 wagte sich der »Helen-Keller-Kreis« noch weiter vor als 1981 die katholischen Studenten. Unter der Überschrift »Sind die Behinderten bedroht?« wurde aus Franz Christophs »Krüppelschlägen« zitiert. Damit konnte Franz Christoph, prominentes Mitglied der Behindertenbewegung, zum »Lebensschützer« gekürt werden, und die gewünschte Verbindung zwischen Behindertenbewegung und klerikalen Abtreibungsgegnern war hergestellt.

Die Verwendung der Zitate war aber nur deshalb möglich, weil sich die Argumente der Behindertenbewegung und der »Lebensschützer« teilweise stark ähneln, sich mitunter überschneiden, und es ist wohl auch kein Zufall, daß ein männlicher Vertreter der Behindertenbewegung instrumentalisiert wurde und sich auch instrumentalisieren ließ – er hat sich nie von dieser Vereinnahmung distanziert. (Vgl. T. Degener, S. 118)

Sind sich auch die Argumente manchmal verwirrend ähnlich – die Sprache ist es nicht, und so entlarven sich die AutorInnen dann doch oft selbst als das, was sie sind. So ist durchgängig von »Kindern« (= Ungeborene, Feten) die Rede, die »getötet« werden, beliebt ist auch die Verwendung von Ausdrücken aus der Nazizeit. Da heißt es z. B.: »Die eugenische Indikation ... eine Endlösung der Behindertenfrage?« oder »Die eugenische Indikation als moderne Form der Rassenauslese?«[10]

Ulrich Ochs, Mitglied des »Helen-Keller-Kreises«, geht 1985 in einem Offenen Brief an den damaligen Präsidenten des

Deutschen Bundestages, Philipp Jenninger, noch weiter. Er klagt, daß er Angst habe, »daß das Leben der Behinderten wie im Dritten Reich erneut bedroht ist und sie gesetzlich getötet werden können«.[11] Begründet wird diese Angst mit der eugenischen Indikation des § 218, der »wie Hitlers Euthanasieprogramm« gegen das »lebensunwerte Leben« ein »regelrechte(r) Feldzug gegen das ungeborene Leben« sei. Der »Rassenideologie« Hitlers entspräche die »Unzumutbarkeitsideologie, durch die jeder Ungeborene wie Freiwild abgeschlachtet werden darf«.[12] Das Ganze gipfelt in den Sätzen: »Ich kann zwischen der Rassenideologie Hitlers und der »Strafrechtsreform« des Abtreibungsparagraphen 218 keinen Unterschied erkennen. Durch die sogenannte »eugenische Indikation« werden die Behinderten ein zweites Mal nach einem »modernen Ausschwitz« gebracht. In heutigen Tötungsanstalten (Kliniken) werden sie wieder auf grausame Weise getötet und anschließend in den Verbrennungsofen geschoben«.[13] Der Brief schließt mit der Bitte an den »verehrte(n) Herr(n) Präsident(en) des Deutschen Bundestages«[14], das Parlament dazu zu bewegen, »diesen Paragraphen abzuschaffen«[15] – womit natürlich nicht die ersatzlose Streichung des § 218 im Sinne der Frauenbewegung gemeint ist.

Diesen Brief erhielten viele Behinderteninitiativgruppen. In einem Begleitschreiben wurde zur Mitarbeit in der »Bewegung für das Leben« aufgefordert. Welchen Rücklauf diese Aktion hatte – und auch wie Jenninger darauf reagierte –, ist leider nicht bekannt.[16]

Die ständige Gleichsetzung von Abtreibung im allgemeinen und aufgrund eugenischer Indikation, die Verhöhnung der Überlebenden und Opfer der Konzentrationslager und Euthanasieanstalten durch Gleichsetzung der damaligen Morde mit Abtreibung sind typische und leicht zu durchschauende Argumentationsmuster der »Lebensschützer«. Frauen, die abtreiben, werden im selben Atemzug Nazi-Massenmördern gleichgesetzt. Das ist an Zynismus kaum zu überbieten und darüber

hinaus ein plumper Versuch, Fraueninteressen gegen die Interessen von behinderten Menschen auszuspielen. Da fällt es kaum noch ins Gewicht, daß diese menschenverachtende Argumentation nicht einmal in sich stimmig ist: Auschwitz hatte mit der »Euthanasie« behinderter Menschen nichts zu tun.

Sich gegen die Anbiederungsversuche der »Lebensschützer« abzugrenzen fällt nicht besonders schwer. Aber auch dann nicht, wenn die »Lebenschutz«forderungen mit scheinbar feministischer Argumentation verknüpft werden? Wenn sie auf tatsächlicher Behindertenfeindlichkeit und Doppelmoral in der Gesellschaft fußt? Das ist in den Schriften der Engländerin Alison Davis der Fall. Sie ist Mitbegründerin der englischen »Lebensschutz«organisation »Disabled Women for Life«.[17]

Anfänglich Mitglied der Frauenbewegung und Mitstreiterin für die Liberalisierung der Abtreibung, wurde sie zu einer vehementen – und in England sehr bekannten – »Lebensschützerin«. Auslöser für diesen Sinneswandel war ein Zeitungsartikel über ein Elternpaar, das seinem behinderten Baby, das die gleiche Behinderung hatte wie Alison Davis, »erlaubt« hatte zu sterben. Der behandelnde Arzt hatte die Eltern zu dieser Entscheidung ermutigt. Er nannte es »einen Akt der Liebe«[18], das Kind unter Beruhigungsmittel zu setzen und verhungern zu lassen.

Empört über dieses Vergehen, das kein Einzelfall war und ist, schrieb sie einen Leserbrief an eine große englische Tageszeitung, über den sie mit »Women for Life«[19], einer Organisation von »Lebensschützerinnen«, in Kontakt kam. Diese überzeugten sie davon, daß Abtreibung an sich und die Tötung neugeborener behinderter Kinder auf demselben Gedankengut beruhen und somit direkt zusammenhängen – ein Schluß, der von »LebensschützerInnen« immer gezogen wird.

In der Folgezeit änderte A. Davis ihren Standpunkt dahingehend, daß sie Frauen ein Recht auf Abtreibung, jedoch nicht

auf selektive Abtreibung zugestand. Wie sie heute schreibt, nahm sie diesen Standpunkt nur ein, um sich selbst eine Möglichkeit offenzulassen für den Fall, daß sie eine Abtreibung gebraucht hätte – eine Haltung, die sie der Mehrheit der Frauen, die für ein Recht auf Abtreibung sind, unterstellt. Ihrer Meinung nach handelt es sich dabei um Selbstbetrug. Indem die Frauen nicht wahrnehmen (wollen), daß dabei ein menschliches Wesen getötet wird, können sie ruhigen Gewissens eine Abtreibung durchführen lassen und werden dadurch, als selbst gesellschaftlich Unterdrückte, »zu Unterdrückerinnen einer noch verletzbareren Gruppe« – nämlich ihren eigenen ungeborenen Kindern.[20]

Die Ablehnung allein der selektiven Abtreibung sei »eine Art umgekehrter Diskriminierung«[21] gewesen. »Ich war so darauf versessen, daß behinderte Menschen (...) gleiche Rechte haben sollten, daß ich mich dafür einsetzte, daß wir mehr Rechte haben sollten als sonst jemand. Daß die ungeborenen Behinderten vor Abtreibung geschützt werden sollten, aber nicht die ungeborenen Nichtbehinderten.«[22]

Heute nimmt Alison Davis eindeutig die Position der »Lebensschützer« ein: Menschliches Leben beginnt mit der Befruchtung und muß von diesem Augenblick an geschützt werden – behindert oder nicht. »... wenn ich gleiche Rechte für mich und meinesgleichen (Behinderte, Anm. d. Verf.) wollte, konnte ich diese nicht im Gegenzug den Ungeborenen absprechen, nur weil es für mich nützlich war, sie als ... ›geringer‹ oder ›weniger nützlich‹ anzusehen«.[23] Auch die Schlußfolgerung: »Wer abtreibt, leistet Morden Vorschub«, fehlt nicht: »... ich kann nicht jetzt das Recht darauf einfordern, meine ungeborenen Kinder töten zu dürfen, um meine persönliche Unabhängigkeit zu erhalten. Wenn ich es tue, habe ich kein Recht, meinen Kindern das Recht zu verweigern, mich zu töten, wenn ich alt werde, unbequem und unerwünscht«.[24]

Frauen, die abtreiben, tragen also an anderen Morden eine Mitschuld, wenn sie nicht gar selbst zu potentiellen Mörderin-

nen gemacht werden. Eine beliebte Argumentationsfigur in »Lebensschützer«-Kreisen.

Durchgängig wird in »LebensschützerInnen«-Kreisen Frauen und insbesondere schwangeren Frauen die Fähigkeit abgesprochen, eigenständige Entscheidungen treffen zu können. Alison Davis argumentiert, daß die Möglichkeit, legal abzutreiben, dem Gros der Frauen nichts gebracht habe außer der Gefahr, zu einer Abtreibung überredet zu werden. Die liberale Regelung in England sei sehr bequem für PolitikerInnen, ÄrztInnen und Partner, die deshalb Frauen zur Abtreibung nötigen würden.[25]

Die Frau als Subjekt, die eigenständige Entscheidungen trifft, taucht bei Alison Davis nicht auf. Sie treibt ab, weil sie sich dazu überreden läßt oder weil sie selbstsüchtig ist und ihre Karriere weiterverfolgen will, anstatt Mutter zu werden.

Dennoch bezeichnet sich Alison Davis als Feministin, wenn auch mit der Einschränkung, daß sie die Forderung der Frauenbewegung nach freier Abtreibung, die ja eine der zentralen Forderungen der Frauenbewegung ist, nicht mitträgt. Die Frauen seien in der Abtreibungsfrage dem Patriarchat auf den Leim gegangen. Anstatt sich von patriarchalen Unterdrückungsstrukturen zu befreien, hätten die Frauen diese so verinnerlicht, daß sie im Kampf um ihre eigene Emanzipation zu Unterdrückerinnen der Ungeborenen geworden seien. Darum müsse sich die Frauenbewegung zunächst einmal von diesen Unterdrückungsmechanismen emanzipieren und dann nach »gewaltfreien Lösungen«[26] für das Problem »unerwünschte Schwangerschaften« – dessen Existenz sie immerhin nicht leugnet – zu suchen. In diesem Sinne schlägt sie die Adoption als Lösung vor, auch für behinderte Kinder gäbe es genügend Adoptiveltern.[27] Zu ihrem »gewaltfreien« Maßnahmenkatalog gehören auch eine fürsorgliche gesellschaftliche Atmosphäre und soziale und finanzielle Hilfen für Schwangere. Das wäre sicherlich begrüßenswert, doch zeigt sich immer wieder, daß die Entscheidung für eine Abtreibung durch

Geld in der Regel nicht rückgängig zu machen ist,[28] zumal diese finanziellen Hilfe ohnehin meist nur den Zeitraum von Schwangerschaft und Geburt betreffen.

So begrüßenswert eine Verbesserung des gesellschaftlichen Klimas für Kinder und Behinderte ist – denn dort liegt unbestritten vieles im argen –, die Forderungen gehen an der Realität von Frauen vorbei. Es hat zu allen Zeiten in allen Gesellschaftssystemen Abtreibungen gegeben, die je nach Ausprägung der jeweiligen Gesellschaft mehr oder minder gefährlich für die Frauen waren. Selbst in Zeiten, in denen die katholische Kirche Denken und Handeln der Menschen in Europa bestimmte, gab es Abtreibungen. Die Gründe für den Abbruch sind im Grunde immer dieselben gewesen: »Schwache Gesundheit, hohe Kinderzahl, kein Geld, nichteheliche Beziehungen, Angst vor Schande – aber auch die Angst um die eigene Schönheit.«[29]

Und auch bei der Adoption ist es nicht zufällig so, daß nur wenige Kinder einer großen Zahl adoptionswilliger Eltern gegenüber stehen. Es gibt kaum Frauen, die bereit sind, eine unerwünschte Schwangerschaft durchzustehen, um am Ende das Kind wegzugeben. Katz-Rothman sieht in dieser Tatsache einen Beweis dafür, daß Frauen nicht leichtfertig mit ihrer reproduktiven Potenz umgehen, sondern diese wertschätzen, deshalb demonstriere »Abtreibung als Lösung für eine unerwünschte Schwangerschaft die Wichtigkeit, die die Mutter-Kind-Beziehung für Frauen hat«.[30]

Alison Davis kann mit ihrem »Konzept von Feminismus« die Forderung an Frauen, jede Schwangerschaft auszutragen, vereinbaren – ein Widerspruch in sich, aber vom vorgeblichen Feminismus abgesehen, eine klassische »LebensschützerInnen«einstellung. Egal, wie sehr es das eigene Leben verändert oder beeinträchtigt, es ist die Aufgabe der Frau, jedes Kind, das sie empfängt, auch zu bekommen und in selbstloser, »typisch weiblicher« Weise großzuziehen. Zwar wird nicht mit Heim- und Herdideologie und biologistischen Begründungen

für die »Rolle der Frau« argumentiert wie sonst oft bei »LebensschützerInnen« – unterm Strich bleibt für die Frauen dasselbe: Mutterschaft als biologisches Schicksal. Das Leben der Frau zählt nicht, das des zukünftigen Kindes um so mehr – eine absolut unfeministische Sichtweise. Anliegen der Frauenbewegung war und ist es ja gerade, sich gegen die jahrhundertealte Bevormundung und Unterdrückung bei Entscheidungen für oder gegen Kinder zur Wehr zu setzen, sich »als Menschen zu sehen, deren Leben in sich selbst zählt. Das ist auch der Grund, weshalb Feministinnen ganz generell das Recht von Frauen auf Abtreibung einer unerwünschten Schwangerschaft unterstützen: als Bestätigung, daß das Leben von Frauen wichtig ist.«[31]

Daß dieses Eintreten für eigenständige Entscheidungen von Frauen über ihre Fortpflanzung angegriffen wird, sie als Mörderinnen und/oder selbstsüchtige Wesen denunziert werden, kennt frau zur Genüge von mehr oder weniger rechten/konservativen »LebensschützerInnen«. Daß dasselbe nun im Namen des »wahren« Feminismus geschieht, ist neu.

Vieles von dem, was Alison Davis in ihren Veröffentlichungen anführt, korrespondiert mit Aussagen und Forderungen der emanzipatorischen Behindertenbewegung – wie auch vieles, was hiesige »LebensschützerInnen« zu diesem Thema sagen. Die Kosten/Nutzen-Rechnungen, nach denen das Leben behinderter Menschen als »unwert« angesehen wird, weil es zuviel kostet; die Selbstverständlichkeit, mit der als »von der Norm abweichende« Feten abgetrieben werden; das Anprangern der Alltagseugenik, die Forderung nach besseren Lebensbedingungen für behinderte Menschen – dies sind auch alles Inhalte aus der Behindertenbewegung.

Alison Davis können gerade behinderte Frauen noch weiter zustimmen: die Unfähigkeit der Frauenbewegung, sich mit der Problematik behinderter Frauen auseinanderzusetzen, ihren unreflektierten Umgang mit der eugenischen Indikation kennen wir alle.

Auch die spezifischen Probleme behinderter Frauen, die

Davis benennt, kennt jede: das Gebärverbot für behinderte Frauen, das bis hin zu Zwangssterilisation und -abtreibung im Falle geistig behinderter Frauen reichen kann. Aus diesen Tatsachen einen allgemeinen Gebärzwang abzuleiten, bleibt jedoch allein »LebensschützerInnen« vorbehalten.

Wenn Behinderte über ihre »Bedrohung« durch die eugenische Indikation berichten und deswegen das Verbot der Abtreibung überhaupt fordern, ist das äußerst medienwirksam – vorausgesetzt, man/frau ist nicht ohnehin der Meinung, daß Behinderte besser umgebracht bzw. nicht geboren wären. Und das ist es, was Behinderte für die »LebensschützerInnen« so interessant macht. Von den »LebensschützerInnen« werden Behinderte dazu benutzt, zunächst Mitleid zu wecken, um dann ihre Überzeugung, daß die liberalisierte Abtreibung an allem schuld sei, nachzuschieben, was zu dem Schluß führt: Ist erst die Abtreibung verboten, geht es auch den Behinderten besser.

Das ist natürlich ein Trugschluß. Eugenisches Denken, das sich in vielen Jahren in den Köpfen der Menschen entwickeln und festsetzen konnte, ist mit Gesetzen nicht zu bekämpfen. Dafür bedarf es anderer Maßnahmen, die jedoch nicht im Interesse der »LebensschützerInnen« liegen. So hätte Ulrich Ochs in seinem »Offenen Brief« an den Bundestagspräsidenten z. B. auch bessere Unterstützung für Eltern mit behinderten Kindern, gemeinsame Beschulung von behinderten und nichtbehinderten Kindern, mehr behindertengerechten Wohnraum, staatliche Unterstützung selbstbestimmter Lebensformen behinderter Menschen – alles auch Forderungen der emanzipatorischen Behindertenbewegung – fordern können. Ihm reicht jedoch die Forderung nach dem Verbot der Abtreibung.

Alison Davis hat dagegen einen differenzierteren Forderungskatalog sowie eine differenziertere Analyse ihrer Situation als Behinderte in einer kapitalistischen Gesellschaft. Die Quintessenz bleibt für die Frauen jedoch dieselbe: sie sollen jede Schwangerschaft austragen, ihre Gründe für einen Abbruch werden nicht akzeptiert, vielmehr werden sie diffamiert,

und es wird ihnen die Fähigkeit, eigenständige Entscheidungen zu treffen, abgesprochen.

Seit wir – die behinderten Frauen/Krüppelfrauen aus der emanzipatorischen Behindertenbewegung – unseren eigenen Standpunkt im Hinblick auf die Abtreibung entwickelt haben, müssen wir immer nach zwei Seiten hin klarmachen, daß wir keine »LebensschützerInnen« sind, obwohl wir eugenisches Denken und selektive Abtreibung aufs schärfste kritisieren. Gegenüber den Frauen aus der Frauenbewegung müssen wir immer wieder klarstellen, daß wir grundsätzlich für das Recht auf Abtreibung bei ungewollten Schwangerschaften und die ersatzlose Streichung des § 218 sind. Wir kritisieren aber die selektiven Abtreibungen, die aufgrund eines einzigen Merkmals des Embryos – seiner »mangelhaften« Qualität – bei an sich gewünschten oder zumindest bereits akzeptierten Schwangerschaften vorgenommen werden. Den »LebensschützerInnen« gegenüber müssen wir immer wieder deutlich machen, daß wir ihre Position nicht teilen und uns nicht von ihnen vereinnahmen und instrumentalisieren lassen. Es geht ihnen nicht darum, mit Behinderten eine behindertenfreundlichere Welt aufzubauen, vielmehr sind sie Mittel zum Zweck. Indem sie hier Behinderte einsetzen, können die Abtreibungsgegner ihre Parole »Verbot der Abtreibung, weil die eugenische Indikation Behinderte bedroht« besonders gut »verkaufen«. Sie ist jedoch nur eine Strategie von mehreren, die parallel, je nach Zielgruppe, eingesetzt werden. Sind es hier behinderte Menschen, sind es bei anderer Gelegenheit Bilder von zerstückelten Embryos, die gegen Abtreibung Stimmung machen sollen.

Wer sich vor den Propagandakarren der »LebensschützerInnen« spannen läßt, muß sich darüber im klaren sein, daß auch die »LebensschützerInnen« Behinderte diskriminieren, denn: Wer andere benutzt, der mag sie wohl als nützlich, auf keinen Fall aber als gleichberechtigt ansehen.

Der Selbstbestimmungsbegriff als neue soziale Waffe?

Eines der ersten linken Bücher, das auf die Gefahren der Gentechnologie hinweist, trägt den Titel »Gentechnologie – Die neue soziale Waffe«.[1] Die AutorInnen dieses Buches zeigen anhand verschiedener Themenkreise auf, wie sich Rassismus, Sexismus, Eugenik und ökonomische Ausbeutung mittels Gentechnologie auf moderne Art legitimieren und praktizieren lassen. Als Teil und Produkt einer Naturwissenschaft, die ungebrochene gesellschaftliche Anerkennung genießt, eignet sie sich wunderbar, um Ungleichheiten objektiv und neutral abzusichern. Was in den vorhergehenden Beiträgen für den Bereich der Humangenetik und Pränatalen Medizin ausführlich dargestellt wurde, weisen die AutorInnen von »Gentechnologie – Die neue soziale Waffe« auch für die Produktionsverhältnisse und andere Einsatzfelder nach: Im Zusammenspiel mit der – inzwischen nicht mehr so neuen – Reproduktionstechnologie ist Gen-Technologie Instrument sozialer Aussonderung und Diskriminierung. In diesem Sinne also Technologien als soziale Waffe.

In den letzten Jahren läßt sich eine thematische Veränderung in der Diskussion um diese Technologien ausmachen. Diskutiert wird nicht mehr so sehr über die Möglichkeiten und Risiken der Technologien selbst, sondern über deren ethische Grundlagen und Legitimation. Sind Eier- und Samenverkauf oder Leihmutterschaft an sich verwerflich oder erst ihre Vermarktung durch Banken und Agenturen? Wie weit und vor allem ab wann dürfen Embryonen zu Forschungszwecken produziert und verbraucht werden? Ist der genetische Fingerabdruck legitimes Beweismittel im Strafverfahren und darf er

auch am Arbeitsplatz eine Rolle spielen? Wie ist das eigentlich mit der ethischen Legitimation von Abtreibung? Warum dürfen Frauen über das Schicksal ihrer Embryonen entscheiden, BiotechnologInnen aber nicht? Und wie ist das eigentlich mit der »Euthanasie«? Wenn abgetrieben werden darf, warum dürfen dann nicht auch behinderte Säuglinge getötet werden? Und wenn die Tötung behinderter Säuglinge prinzipiell legitim ist, weil die Säuglinge von den Feten entwicklungsmäßig nicht so weit entfernt sind, wie ist es dann mit den pflegebedürftigen Alten oder den unheilbar Kranken, die von den Toten nicht so weit entfernt sind? Was sich bereits mit Einsetzen der parlamentarischen Enquête-Kommission »Chancen und Risiken der Gentechnologie« abzeichnete,[2] spiegelt sich nun in den einschlägigen Zeitschriften, Magazinteilen und Talk-Shows wider: Die Ehtik-Diskussion ist zu einem zentralen gesellschaftlichen Anliegen geworden.

Eine nahezu unangefochtene Schlüsselrolle kommt dabei dem Begriff der Selbstbestimmung zu. Im Zusammenhang mit der Darstellung der humangenetischen Kontrolle von Schwangeren wurde bereits ausgeführt, in welche Richtung der Begriff von den BioethikerInnen instrumentalisiert wird. Er dient insbesondere der eugenischen Inpflichtnahme von zu Risikoschwangeren erklärten Frauen, die zur Erfüllung dieses Zwecks subjektiviert werden, nachdem man sie zuvor zum »fetalen Umfeld« degradiert hatte, um den »intrauterinen Raum« besser »erschließen« zu können.[3] Ähnliche Selbstbestimmungspflichten lassen sich in den Argumentationsmustern der BefürworterInnen der Leihmutterschaft, der In-vitro-Fertilisation oder des genetischen ArbeitnehmerInnenscreening ausmachen.[4] Damit läßt sich der Begriff selbst im biotechnologischen Sinne als soziale Waffe einsetzen.

Weil der Selbstbestimmungsbegriff in allen gesellschaftlich brisanten Zusammenhängen eine zunehmende Rolle spielt, steht die Diskussion darüber auch in untrennbarem Zusammenhang mit der neuen Ethik-Debatte. Nachdem bereits in

zahlreichen Veröffentlichungen auf diesen Diskurs eingegangen und Position bezogen wurde, wird mittlerweile von einigen Stimmen kritisiert, die Teilnahme am ethischen Diskurs unterstütze »die Alibifunktion dieses Diskurses, indem sie von faktischen Machtstrukturen« ablenke.[6] So richtig der Hinweis auf die Ablenkung von Macht- und Herrschaftsstrukturen ist,[7] so sehr unterschätzt diese Position die Funktion der modernen ethischen Debatte. Diese ist leider nicht lediglich Ablenkungsmanöver von Hierarchisierungs- und Ausgrenzungsprozessen, in denen ethische Werte prinzipiell bedeutungslos sind, weil »Durchsetzung und Ausbau der Bio-Technologien ... in einem Netzwerk komplexer ökon., polit. und wissensch. Machtstrukturen und Interessen statt(findet), in denen die individuelle Entscheidung (...), die möglicherweise durch ethische Normen zu beeinflussen wäre, von untergeordneter Bedeutung ist«.[8] Neben der Notwendigkeit, der für einige Bevölkerungsgruppen lebensbedrohlichen neuen Ethik-Debatte eine Widerstandsethik entgegenzusetzen[9] – ein Projekt, das in diesem Buch nicht eingelöst werden kann –, ist die Beschäftigung mit der neuen Ethik-Debatte gerade deshalb notwendig, weil ihr Bedeutungsgehalt in der modernen industriellen Leistungsgesellschaft so groß ist. Wenn ethische Begrifflichkeiten zu »soziale Waffen« werden, setzt Gegenwehr die Auseinandersetzung mit diesem Prozeß voraus. Am Beispiel der Abtreibungs- und »Euthanasie«debatte, soll das im folgenden untersucht werden.

Die neue Ethik-Diskussion wurde uns, so wird vielfach behauptet, von den BiotechnologInnen aufgezwungen, um die Akzeptanz der Gen- und Reproduktionstechnologien zu forcieren. Hagen Kühn wies dagegen bereits 1987 auf den gesamtgesellschaftlichen Kontext des neuen Ethik-Bedarfs hin: »Die Formel von der ›geistig-moralischen Wende‹ ist mehr als eine Politikerphrase. Sie signalisiert, daß in den achtziger Jahren die Werte, Normen und Verhaltensmotive des menschlichen Zusammenlebens zum unmittelbaren Austragungsfeld der sozia-

len Konflikte geworden sind. Sie zeigt auch, daß die Initiative bei den herrschenden Interessen liegt, die natürlich keine Chance hätten, wenn sie nicht durch das Handeln der einzelnen Menschen ›freiwillig‹ realisiert und wenn nicht ihre Notwendigkeiten zu Gewissensäußerungen verinnerlicht würden.«[10]

Hintergrund dieser Entwicklung ist der wachsende Unmut weiter Bevölkerungskreise gegenüber den »ökonomischen und ökologischen Zumutungen der Wachstumskrise«[11] einerseits und die den Anforderungen der flexiblen Leistungsgesellschaft nicht mehr genügende »Überanpassung an die kleinbürgerliche Illusion des ›Privaten‹, die sich jetzt zum ›Mobilitätshindernis‹ ausgewachsen hat«,[12] andererseits.

Bei der Moralisierung der Bevölkerung im Rahmen der neuen Ethik-Debatte geht es also nicht nur darum, Akzeptanz für neue Risikotechnologien und -verfahren und die damit verbundenen Herrschafts- und Selektionsverhältnisse zu schaffen. Die Individuen sollen sich insgesamt der Brutalisierung der Lebensverhältnisse – seit Ende der 70er Jahre als »Krise des Sozialstaates« bekannt – anpassen, und zwar aus freien Stücken, denn staatlicher Zwang gehört nicht zum Erfolgsrezept des modernen kapitalistischen Leistungsstaates.[13]

Deutlich formulieren die (Neo-)Konservativen selbst ihr Ziel, die Menschen zur »eigenverantwortliche(n) Selbststeuerung inmitten unvollkommener, suboptimal geregelter Umweltgegebenheiten« zu motivieren.[14]

Ethischer Pragmatismus, der über soziale und politische Widersprüche hinwegsieht, ist also angesagt! Dazu bedarf es der Aneignung einer den Verhältnissen entsprechenden Selbstverantwortungs-Ethik, wobei Kühn diese Verantwortung in einem doppelten Sinne verstanden haben will. Einmal als »Verhaltenspflicht« hinsichtlich der individuellen Funktionstüchtigkeit im Rahmen der gesellschaftlich zugewiesenen Rolle (Arbeiter, Mutter, etc.) und zweitens als Anerkennung von »individueller Schuld«, weil die Verhaltenspflicht nicht erfüllt

wird.[15] Theoretisch, so Kühns weitere Ausführungen, ist die Herstellung von »individueller Verantwortlichkeit als Schuld und Verhaltenslast (...) in der Ethik an den Nachweis von ›Freiheit‹ gebunden«.[16] Diese Bedingungen sind in dem Begriff der Selbstbestimmung auf ideale Weise erfüllt. Selbstbestimmung war seit jeher mit dem Bild des eigenverantwortlich handelnden Subjekts aufs engste verknüpft. Als Gegenteil von »Fremdbestimmung« stellt der Begriff darüber hinaus die notwendige Assoziation zur Freiheit her.

Wesentliches Strukturelement zur praktischen Durchsetzung einer so verstandenen Verantwortungs-Ethik ist, wie Kühn treffend analysiert, »der *Markt*, und der effizienteste ›Wert‹ ist der ›Erfolg‹. Je stärker die Menschen objektiv und subjektiv auf den Markterfolg angewiesen sind, desto überflüssiger wird es nämlich, sie mit traditionellen Tugenden wie Gehorsam, Unterordnung, Fleiß oder Hygiene autoritär zu traktieren. (...) Und der Markt ersetzt formal persönliche und staatliche Autorität, indem er aus sich selbst heraus Zwangslagen hervorbringt ›in der ganz unpersönlichen Form der Unvermeidlichkeit, sich den ökonomischen ›Gesetzen‹ des Marktkampfes anzupassen‹, die Bewährung vor dieser Unvermeidlichkeit ist der Erfolg.«[17]

Vor dieser als soziale Waffe fungierenden Selbstbestimmungsethik gibt es kein Entrinnen, sind erst einmal die Voraussetzungen – Verantwortung als Verhaltenspflicht und individuelle Schuld und die »freie« Teilnahme am Markt – akzeptiert. Eindrücklich belegt diese das Beispiel der weltweit ersten feministischen Samenbank in Oakland, Kalifornien, USA.[18]

Die 1982 gegründete feministische »Sperm Bank of California« wurde als Reaktion auf die patriarchalische Reproduktionsmedizin, die u. a. die Weitergabe von Spendersamen an lesbische oder alleinlebende heterosexuelle Frauen untersagt, gegründet. Samenbänke, die in den 70er Jahren in den USA[19] und wenig später auch in der BRD gegründet wurden, setzten (und setzten noch) als Teilnahmebedingung voraus, daß die

Frau, die sich künstlich mit dem Samen eines unbekannten Spenders befruchten lassen will, verheiratet oder in einer festen heterosexuellen Beziehung und in stabilen finanziellen Verhältnissen lebt.[20] Die Samenbank der Frauen in Oakland verfolgt nicht nur das Ziel, allen Frauen Zugang zu den neuen Reproduktionstechnologien zu verschaffen, sie will auch zur Entmedizinisierung des weiblichen Reproduktionsprozesses beitragen, indem dort nicht ÄrztInnen über die Befruchtung einer Frau entscheiden, sondern die relativ einfache Technik der künstlichen Insemination[21] von den Frauen selbst, mit oder ohne Hilfe der Samenbank-Mitarbeiterinnen,[22] durchgeführt wird.

»Unser Konzept ist das der reproduktiven Freiheit«, klärt mich Barbara Raboy, Gründerin und Leiterin der feministischen Samenbank auf. »Wir unterstützen das Recht eines jeden Individuums, sein/ihr reproduktives Schicksal selbst zu bestimmen. Wir nehmen die Herausforderung an, die neuen Reproduktionstechnologien allen Menschen zugänglich zu machen.«

Die Voraussetzungen, unter denen diese feministisch-liberalen Ziele realisiert werden, sind die Gesetze des US-amerikanischen Marktes, der weit strengeren Regeln folgt als viele europäischen Märkte, in denen die Sicherungssysteme der »sozialen Marktwirtschaft« dämpfend wirken. Das gilt ganz besonders für den amerikanischen Gesundheitssektor, in dem keine gesetzliche Krankenversicherung existiert und Krankheit folglich weniger als körperlich-geistige Katastrophe, denn als Ursache für schnellen finanziellen Ruin gefürchtet wird.

LeistungsanbieterInnen im US-amerikanischen Gesundheitsmarkt müssen sich darüber hinaus auf die Besonderheit des amerikanischen PatientInnenrechts und des konsumentInnenfreundlichen Schadensersatzrechts einstellen. Diese Rechtsgebiete, die als Reaktion auf den Mangel an Ausgleichmechanismen im Sozialrecht, wie etwa Verletzten- oder Berufsunfähigkeitsrenten, entwickelt wurden, beinhalten z. B., daß

ÄrztInnen und andere LeistungsanbieterInnen im Vergleich zu hiesigen Verhältnissen extrem hohe Schadensersatzsummen zahlen müssen, wenn ihnen Pfuschereien und Aufklärungsfehler nachgewiesen werden. Die »Wrongful-life«-Rechtsprechung, die ÄrztInnen für die Geburt eines behinderten Kindes haftbar macht, entspringt eben diesen Marktgesetzen. Daß diese Haftungsgrundsätze nun auch in die bundesdeutsche Rechtsprechung Einzug gehalten haben, kann als Indiz für die Amerikanisierung des bundesdeutschen Gesundheitswesens gewertet werden, womit das Beispiel der feministischen Samenbank in Oakland mit Einschränkungen auch auf hiesige Verhältnisse übertragbar ist.

Die Anpassung an die amerikanischen Marktgesetze vollziehen die Samenbänklerinnen nach dem Muster der selbstbestimmten Verantwortungsethik, dem die feministische »Opendoor«-Philosophie nicht nur untergeordnet, sondern auch notfalls zur Selektions-Philosophie umgearbeitet wird.

Einigen Frauen wird der Zugang zur Samenbank nämlich durchaus verschlossen: »Wir würden niemals eine Alkoholikerin, eine Frau, die Drogen mißbraucht, oder eine Frau aufnehmen, die so krank ist, daß die Schwangerschaft ein großes medizinisches Risiko für sie bedeuten würde.«[23] Auf meine Frage, wie sie eine Frau mit einer genetisch-bedingten Behinderung, die für sich entschieden hat, das »Risiko« eines behinderten Kindes einzugehen, behandeln, lautete die verhaltene Antwort: »Nun, wir müßten uns darüber mit unseren ÄrztInnen und AnwältInnen beraten. Grundsätzlich sind wir natürlich für die Wahlfreiheit der Frau, aber wir haben auch die Verantwortung für eine sorgsame Beratung der Frau. (...) Die Wrongful-life-Rechtsprechung zwingt uns dazu. (...) Wir müssen auch daran denken, daß wir darüber andere Klientinnen verlieren könnten.«

Auch die übrigen Frauen, denen die Samenbänklerinnen prinzipiell offen gegenüber stehen, müssen ein Aufnahmeprogramm durchlaufen. Voraussetzung für die direkte Beziehung

einer Samenspende ohne Einschaltung eines/r GynäkologIn ist nämlich die Teilnahme an ihrem vierstufigen Inseminationsprogramm, das neben der Darlegung zahlreicher sozialer und medizinischer Daten auch ein medizinisches Check-up enthält. Wer daran nicht teilnehmen möchte, wird auf den GynäkologInnen-Umweg verwiesen, denn Samen werden auch an frei praktizierende ÄrztInnen verkauft.

Von der Warte der Samenbänklerinnen aus ist diese Programmgestaltung lediglich eine Vorsichtsmaßnahme gegen mögliche Schadensersatzprozesse, denn mit ihrem Produktangebot sind sie zu LeistungsbringerInnen auf dem US-amerikanischen Gesundheitsmarkt geworden.

Eine weitere »reine Vorsichtsmaßnahme« gegen Schadensersatzansprüche ist der vertraglich vereinbarte Haftungsausschluß bei der Geburt eines behinderten Kindes, den jede Frau, die sich inseminieren lassen will, unterzeichnen muß. Barbara Raboy erklärt diese Schutzmaßnahme selbst mit den Mechanismen des Marktes: »Wir machen jeder Frau klar, daß wir kein gesundes, körperlich oder emotional normales Kind garantieren können. Selbst mit unserem Samen-Screening-Programm können wir diese Garantie nicht geben. (...) Es klingt vielleicht komisch, aber wir haben ein Produkt, das Samen heißt, und deshalb müssen wir unser Denken und Verhalten im Sinne des Produkthaftungsrechts regulieren. Wenn wir mit einem Spender fahrlässig umgehen, kann die Frau, die dessen schadhaften Samen kauft, uns verklagen. (...) Wir versuchen unser bestes, um die Männer, die ein Bevölkerungsrisiko darstellen könnten, auszusortieren. Aber wir können keine absolute Garantie geben.«

Das »Risiko« eines behinderten Kindes wird durch vertragliche Vereinbarung von der Frau im Rahmen ihrer eigenverantwortlichen Selbstbestimmung übernommen. Im Gegenzug wird den KundInnen vertraglich versichert, daß der Spender mit allen zur Verfügung stehenden Tests auf medizinische Risiken untersucht wurde. Die Durchfallquote ist entsprechend

hoch: In den ersten drei Jahren des Bestehens der Bank – und in dieser Zeit waren die Aidstests noch im Erprobungsstadium! – wurden 60 Prozent der potentiellen Spender aufgrund genetischer oder sonstiger gesundheitlicher Risiken abgelehnt.[24] Stolz bemerkt Barbara Raboy dazu: »Bei uns bekommst du den gesündesten Samen in den Vereinigten Staaten.« Die Sachzwänge des Marktes führen zur freiwilligen Übernahme eugenischer Denkmuster. Die HumangenetikerInnen können zufrieden sein, daß feministische Samenbänklerinnen es übernehmen, unerwünschte Erzeuger und Risikoschwangere auszusondern.

Die Übernahme der eugenischen Denkweise reicht allerdings nicht aus, um die Nachfragen des Reproduktionsmarktes zu befriedigen. Wer sich als Spender verdingen will, darf zwar auf Geheimhaltung seines Namens vertrauen, muß sich aber ansonsten auf eine vollständige Erfassung seiner Privatsphäre in einem elfseitigen Fragebogen einstellen. Dieser Katalog wird den Kundinnen zur Auswahl des Samenspenders vorgelegt. Die Eigenschaftsdaten reichen vom Körpertyp (Größe, Haut- und Augenfarbe, Haare, Zähne, etc.) über ethnische Herkunft, Ernährung und Lebensstil, Bildungsstand, Hobbys, Religion und Talente bis zur letzten sportlichen Aktivität des Spenders. Zwar wird kein Zweifel daran gelassen, daß sich die meisten dieser Eigenschaften nicht vererben lassen, aber »wenn eine Frau sich einen Yogi als Spender wünscht, weil sie glaubt, daß ihr Kind dann ausgeglichener würde, dann akzeptieren wir diesen Wunsch«, so die Leiterin der Samenbank. In dem taz-Interview führte sie weiter aus, »daß diese Leute ihre eigenen Ansichten und Glaubenssysteme haben, die wir ernstnehmen müssen.«[25] Auch die sozialbiologische Denkweise der BioethikerInnen, nach der soziale Eigenschaften und Lebenszusammenhänge immer mit biologischen Faktoren – und damit zu individueller Schuld! – in Bezug gesetzt werden, wird damit aufgewertet.

Voraussetzung dieser liberal-feministischen Haltung ist die

unbedingte Akzeptanz der Gen- und Reproduktionstechnologien. Weder Amniozentese noch In-vitro-Fertilisation werden von den Organisatorinnen der Samenbank abgelehnt: »Wenn wir die technischen Möglichkeiten hätten, würden wir sie anbieten«, so Barbara Raboy. »Ich verstehe das als Teil der individuellen reproduktiven Freiheit.« Auch Leihmutterschaft wird durch Belieferung einer Leihmutter-Agentur mit Samen unterstützt.[26] Die »Open-door«-Philosophie reduziert sich somit auf die Freiheit der gesunden, fitten Männer und Frauen, am Reproduktionsmarkt teilzunehmen. Verdeckt wird diese Selektionsethik durch das Prinzip der Wahlfreiheit. Was darunter zu verstehen ist, liest sich im Vorwort des Three-Year-Report so: »Je größer die Wahlmöglichkeiten, die den Individuen zur Verfügung stehen, desto höher ist der Beziehungsstandard unter den Menschen.«

Nach anfänglichen Schwierigkeiten wird die »Sperm Bank of Nothern California« inzwischen auch in Expertenkreisen akzeptiert. Die Feministinnen der Samenbank sind nicht nur angesehenes Mitglied der nationalen Vereinigung der »Gewebe-Banken«, der Ruf ihrer »Qualitätssperrmien« hat längst die kalifornische Grenze überschritten. Sie beliefern nach eigenen Angaben ÄrztInnen und Krankenhäuser in allen Staaten der USA und exportieren in elf Länder, darunter Indien, El Salvador und die Philippinen.[27] Die feministische Samenbank hat sich damit zu einem der größten Samenlieferanten in den USA entwickelt.

Ganz anders funktionieren die Mechanismen der Verantwortungsethik bei den Themen der Abtreibung und »Euthanasie«. Die Sachzwänge des Marktes, die aus sich heraus die verantwortungsvolle Selbstoptimierung des Individuums bewirken, versagen in der Abtreibungs- und Euthanasiefrage, denn weder Abtreibungen noch Tötungshandlungen sind Produkte, die über den Markt angeboten werden. Wo die Kräfte des Marktes nicht wertregulierend greifen, da verstärkt sich der Druck »auf die Anpassung der Moral«.[28]

Bei der Abtreibungsfrage heißt das vor allem, daß es auf den

richtigen Inhalt des Selbstbestimmungsbegriffes ankommt oder genauer, auf die Klärung von Verhaltenspflicht und individueller Schuld. Das ist bei dem Thema der Abtreibung ein schwieriges Unterfangen, denn die den gesellschaftlichen Verhältnissen und den bevölkerungspolitischen Interessen angepaßte Selbstbestimmung kann je nach Sachlage gegensätzliche Handlungen erfordern. Vereinfacht ausgedrückt: die selektische Abtreibung »defekter« Feten und auch die »sozialhygienische« Abtreibung ist bei Ausländerinnen oder behinderten Frauen erwünscht. Demgegenüber soll die sozial anerkannte, deutsche, nichtbehinderte Frau sich möglichst zahlreich für den völkischen »Kampf der Wiegen« fortpflanzen.[29] Die eigenverantwortliche Selbstbestimmung, die in dieser Frage eingefordert wird, ist somit höchst diffizil. Während bei den bevölkerungspolitisch erwünschten Abtreibungen wenigstens noch die behindertenfeindlichen oder rassistischen gesellschaftlichen Verhältnisse als Strukturmerkmale der Selbstbestimmungsentscheidung wirksam werden, stehen die kinderfeindlichen Verhältnisse dem Verzicht auf Abtreibung diametral entgegen.

Als weiteres Hindernis für den Einsatz des Begriffs der Selbstbestimmung als soziale Waffe kommt hinzu, daß der Wortsinn die Suggestion der männerfreien Entscheidung impliziert. Das aber ist nicht im Sinne der patriarchalen Bedingungen der Gesellschaft, insbesondere nicht im Interesse der Reproduktionsmedizin, die, wie Swantje Köbsell ausführlich dargestellt hat, den Zugriff auf den »intrauterinen Raum« und das Produkt Fetus existentiell benötigt. Daß die autonome Entscheidung über Abtreibung den Frauen nicht ohne Mitsprache der Männer überlassen werden soll, offenbart sich beispielhaft an den jüngeren Stellungnahmen von Männern zur ethischen Dimension von Abtreibung und »Euthanasie«. Erbitterte Feinde in der »Euthanasie«-Debatte finden sich hier in einer Frontlinie gegen das feministische Selbstbestimmungsrecht, und zwar unabhängig davon, ob sie selbst Abtreibungsgegner oder -befürworter sind. Während sich der australische

Moralphilosoph Peter Singer[30], sein Frankfurter Kollege Anton Leist und der Rechtsprofessor Norbert Hoerster prinzipiell für die Abtreibung, aber gegen das feministische Selbstbestimmungsrecht aussprechen,[31] ist der Euthanasiegegner Franz Christoph prinzipiell gegen Abtreibung und damit auch gegen das feministische Selbstbestimmungsrecht, für das er die Worte »simpel und egoistisch« findet: »Frauen erklären den Fötus zum Leben, wenn sie ihn austragen wollen. Frauen erklären den Fötus zum Nicht-Leben, wenn sie ihn nicht austragen wollen. Beides soll, geht es nach Teilen der Frauenbewegung, akzeptiert werden. Es kann nicht angehen, daß dasselbe Leben je nach Situation unterschiedlich be- und damit entwertet wird.«[32]

Die Argumentation von Franz Christoph deutet bereits die Richtung an, in der der Konflikt bezüglich des Selbstbestimmungsbegriffs in der Abtreibungsfrage gelöst wird. Verantwortliches Selbstbestimmungsverhalten von schwangeren Frauen kann nur über die Subjektivierung des Fetus in die gesellschaftlich gewünschten Bahnen gelenkt werden. Erst damit kann individuelle Schuld für die Nichterfüllung der erwünschten Verhaltenspflicht auf Frauen geladen werden. Das funktioniert in beide Richtungen, hinsichtlich der selektiven Abtreibung über die Qualitätsverantwortung und bezüglich der Gebärpflicht über die Verantwortung gegenüber dem Subjekt Fetus. Das Mitspracherecht sichern sich die Vertreter des Patriarchats über die strafrechtlichen Sanktionsmöglichkeiten der §§ 218 ff. Strafgesetzbuch, die je nach den Erfordernissen der Verhältnisse mal strenger, mal weniger streng ausgelegt werden. Die Memminger Abtreibungsprozesse haben uns diese Möglichkeit 1989 drastisch vor Augen geführt.[33] Das Koordinatensystem der Verantwortungsethik in puncto Abtreibung ist damit ebenfalls strafrechtlich abgesichert.

Die Schlußfolgerung der Gebärpflicht aus Verantwortung gegenüber dem Fetus ziehen Singer, Leist oder Hoerster allerdings nicht,[34] denn sie halten eine »verantwortungsbewußte« Abtreibung auch in diesen nichtselektiven Fällen für legitim.

Nachdem sie den Fetus nämlich zunächst als »eigenständige(n) Angehörige(n) der biologischen Spezies *Homo sapiens*« und als »unverwechselbares Wesen mit einem einmaligen genetischen Programm«[35] zum von der Schwangeren getrennten Subjekt aufgebaut haben, erfolgt seine Depersonalisierung über die Bestimmung seines moralischen Status als »Wesen ohne ethisch relevante Eigenschaften«. Exemplarisch sei hierzu Singer zitiert: »Denn bei jedem fairen Vergleich moralisch relevanter Eigenschaften wie Rationalität, Selbstbewußtsein, Bewußtsein, Autonomie, Lust- und Schmerzempfindung und so weiter haben das Kalb, das Schwein und das viel verspottete Huhn einen guten Vorsprung vor dem Fötus in jedem Stadium der Schwangerschaft (...). Ich schlage daher vor, dem Leben eines Fötus keinen größeren Wert zuzubilligen als dem Leben eines nichtmenschlichen Lebewesens auf einer ähnlichen Stufe der Rationalität, des Selbstbewußtseins, der Wahrnehmungsfähigkeit, der Sensibilität, etc. Da kein Fötus eine Person ist, hat kein Fötus denselben Anspruch auf Leben wie eine Person.«[36]

KennerInnen der »Euthanasie«-Debatte[37] kommt die Argumentation bekannt vor, denn Singer und seine AnhängerInnen argumentieren ganz ähnlich, wenn es um die Legitimation von Tötungshandlungen gegenüber behinderten Neugeborenen oder bewußtlosen Unfallpatienten geht.

Den erheblichen Argumentationsaufwand, den die Absicherung derartiger Maßnahmen erfordert, hat Oliver Tolmein treffend charakterisiert: »›Euthanasie‹ zu einer gesellschaftlich legitimierten Maßnahme zu machen bedarf entweder eines terroristischen Zugriffs auf weite Teile der Bevölkerung oder verlangt eine Umwertung zentraler Werte, die nicht verordnet werden kann.«[38]

Der moralische Imperativ von der selbstbestimmten Vernichtung aufgrund anhaltender Mißstände im Pflegebereich, Kostendämpfungen im Gesundheits- und Sozialwesen und ähnlicher gesellschaftlicher Krisenerscheinungen funktioniert nur bei Individuen, die ihn auch verstehen und die so verstan-

dene eigenverantwortliche Selbstbestimmung ausüben können, nicht aber bei Säuglingen, Intensivmedizinpatienten oder senilen alten Menschen. Die als »Euthanasie«maßnahme ausgegebene Tötung dieser Menschen bedarf zu ihrer Legitimation eines weiteren Begriffs, der als soziale Waffe eingesetzt werden kann und seinerseits auch auf diejenigen zurückwirkt, denen die eigene Vernichtung ihrer Selbstbestimmung anheim gestellt wird.

Der Schlüsselbegriff lautet »Lebens(un)wert«, für dessen Enttabuisierung nahezu alle Euthanasiebefürworter so heftig streiten. »Lebenswert« sind nur bestimmte Individuen, die von den BioethikerInnen den moralischen Status der Person im Singerschen Sinne verordnet bekommen. Alle sonstigen Anhänger der Spezies »Homo sapiens« können ohne ethische Probleme getötet werden, seien sie nun Feten, Behinderte oder Alte, jedenfalls soweit sie sich jeweils zur Unperson erklären lassen. Die Etablierung des Personenbegriffes im Zuge der Abtreibungsdiskussion wie auch die grundsätzliche Anerkennung eines Abtreibungsrechts von Frauen ist daher unverzichtbare Voraussetzung der »Euthanasie«-Propaganda.[39] Sie ist zudem eine taktische Überlegung, denn im Rahmen der Abtreibungsdiskussion kann jedenfalls von Frauen erwartet werden, daß sie diesen Personenbegriff am ehesten akzeptieren, ist es doch ein verlockendes Angebot, sich argumentativ gegen den Mordvorwurf der klerikalen Abtreibungsgegner zu wehren.[40]

Von hier ist es nur ein kleiner Schritt zur moralischen Legitimation der sogenannten »Früheuthanasie«. Nach dem Motto: »Wer A(treibung) sagt muß auch Euthanasie sagen«, werden insbesondere AbtreibungsbefürworterInnen in die Pflicht einer konsistenten Ethik genommen.[41] Die Suche nach der »rationale(n) und konsistente(n) Lösung für die unterschiedlichen Probleme der angewandten Ethik«[42] ist vergleichbar der Anpassung an die Sachzwänge des Marktes. Der effizienteste Erfolg ist die widerspruchsfreie Ethik, mit der die gesellschaft-

lichen Widersprüche und ihre Machtverhältnisse ausgeblendet werden, weil sie aus »rationalen Erwägungen« darin keinen Platz finden können. Durch die bilanzierende Gleichsetzung von Abtreibung und »Früheuthanasie« wird zudem die Mittäterschaft der Frauenbewegung an der »Euthanasie«-Praxis und -Debatte konstruiert. Die den Frauen zugestandene eigenverantwortliche Selbstbestimmung läßt sich somit in doppelter Hinsicht als soziale Waffe einsetzen.

Eine feministische Widerstandsethik muß demgegenüber den Blick auf die Macht- und Gewaltverhältnisse innerhalb der gesellschaftlichen Handlungsspielräume richten. Die US-amerikanische Rechtsprofessorin Catherine MacKinnon weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß sich in der Abtreibungsdebatte noch nie gründlich mit dem Kontext, in dem Frauen schwanger werden, auseinandergesetzt wurde. Diesen beschreibt sie als »eine Konsequenz von Geschlechtsverkehr unter Bedingungen der Ungleichheit der Geschlechter, d. h. eine von Zwangssexualität«.[45] Wenn wir auf dieser Grundlage Abtreibung und »Euthanasie« vergleichen, dann wird deutlich, daß bei der Abtreibung Frauen die Opfer von Gewaltverhältnissen sind, während bei »Euthanasie« die Frauen als Täterinnen allenfalls in der Rolle der Eugeniker (Biomedizinerin) in Frage kommen, denn die tödliche Gefahr für Behinderte, Kranke und Alte geht von der BioethikerInnen-Mafia aus.

Der Einsatz des Selbstbestimmungsbegriffs als soziale Waffe in den Abtreibungs- und »Euthanasie«-Debatten setzt die Akzeptanz des Primats der konsistenten praktischen Ethik voraus, die die Ausschaltung des Blickes auf gesellschaftliche Herrschafts- und Widerspruchsverhältnisse zur Bedingung hat. Wird dagegen der Blick auf die gesellschaftlichen Widersprüche – im Sinne einer dialektischen Ethik – gerichtet, so verkehrt sich die Situation. Die soziale Waffe richtet sich gegen diejenigen, die sie zur Stabilisierung der Verhältnisse einsetzen wollen.

Anmerkungen

Humangenetik und pränatale Diagnostik: Instrumente der »Neuen Eugenik«

1 Der alte abwertende Begriff »Krüppel« bzw. »Krüppelfrau« wird seit Ende der siebziger Jahre ins positive gewendet von einigen Behinderten für sich selbst benützt. Er spiegelt die Realität behinderter Menschen in unserer Gesellschaft – also Aussonderung, Isolation, Diskriminierung – besser wider als der verharmlosende Begriff »Behinderte«.
2 Galton, Francis, in: Greer, Germaine, Sex and Destiny. The Politics of Human Fertility, 1985, S. 259
3 Greer, a. a. O., S. 263
4 vgl. Rifkin, Jeremy, Kritik der reinen Unvernunft. Pamphlet eines Ketzers, 1987, S. 57
5 Greer, a. a. O., S. 266
6 vgl. Groth/Grottian, in: Bradish/Feyerabend u. a. (Hg.), Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnologien, 1989, S. 85
7 ebd., S. 85 f.
8 Zum Umgang mit dem GzVeN in der Nachkriegszeit vgl. Schmacke/Güse, Zwangssterilisiert, verleugnet, vergessen. Zur Geschichte der nationalsozialistischen Rassenhygiene in Bremen, 1984, S. 85 ff. und Köbsell, Swantje, Eingriffe. Zwangssterilisation geistig behinderter Frauen, 1987, S. 28 ff.
9 Schroeder-Kurth, in: Timm, Walter u. a., Ethische Aspekte der Hilfen für Behinderte. Unter besonderer Berücksichtigung von Menschen mit geistiger Behinderung, 1989, S. 66
10 Groth/Gottian, in: Bradish/Feyerabend, a. a. O., S. 87
11 vgl. Greer, a. a. O., S. 274
12 vgl. Schleiermacher, in: Mitteilungen der Dokumentationsstelle zur Erforschung der nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik, Nr. 5/6, 1985
13 Weingart/Kroll/Bayertz, Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Rassenhygiene und Eugenik in Deutschland, 1988, S. 580
14 ebd., S. 634, Hervorhebung durch d. Verf.
15 ebd., S. 653

15 Milunksy, Aubrey, Unsere biologische Mitgift. Was man über Erbanlagen wissen muß, wenn man Kinder haben möchte und wenn man älter wird, 1979, S. 172
17 Zeitraum um die Geburt herum sowie Neugeborenenphase
18 vgl. Bentfeld, Michael, »Qualitätssicherung« der reproduktiven Medizin. Datenerfassung in der Neugeborenenheilkunde, in: Dr. Med. Mabuse Nr. 54, 1989
19 zitiert nach: demokratisches gesundheitswesen, Nr. 2, 1989
20 Deutscher Bundestag, Chancen und Risiken der Gentechnologie. Bericht der Enquete-Kommission »Chancen und Risiken der Gentechnologie«, 1987, S. 150, Hervorh. durch d. Verf.
21 Rifkin zit. nach: Döring, Hans-Walter, Technik und Ethik, 1988, S. 73
22 Kuhse, in: Klees, Bernd, Der gläserne Mensch im Betrieb, 1988, S. 40
23 ebd.
24 Singer, Peter, Praktische Ethik, 1984
25 Weiterführende Lektüre: »Tödliche Ethik« von Bruns, Penselin, Sierck, 1990 und Peter Singers »Praktische Ethik«, 1984
26 Singer, a. a. O., S. 185
27 Singers Kriterien für »Personalität« sind Sich-seiner-selbst-Bewußtsein, Rationalität und Autonomie, vgl. ebd., S. 179
28 ebd., S. 186 f.
29 ebd., S. 187
30 die randschau, Nr. 1, 1989, S. 13 ff.
31 Beck, U., in: Der Spiegel, Nr. 47, 1988
32 vgl. Bundesärztekammer, s. o.
33 Zimmermann, Klaus F., Eine ökonomische Theorie von Familie und Bevölkerungsentwicklung, in: Landezentrale für politische Bildung Baden-Württemberg, Bevölkerungsentwicklung in der BRD, 1988, S. 47
34 Schröder-Kurth, in: Timm u. a., a. a. O., S. 63
35 ebd., S. 64
36 ebd.
37 Klees, a. a. O.
38 Weingart u. a., a. a. O., S. 684
39 Hansmann in: Deutscher Bundestag, Protokoll der 15. Anhörung des Ausschusses für Forschung und Technologie, 24.2.1988, S. 63
40 WHO-Regionalbüro für Europa, Wenn ein Kind unterwegs ist... Die perinatologische Versorgung im europäischen Vergleich, 1987, S. 53

41 ebd., S. 97
42 vgl. Zimmermann, in: Herrmann/Lüpke (Hg.), Lebensrecht und Menschenwürde. Behinderung, eugenische Indikation und Gentechnologie, 1991, S. 36
43 vgl. Schindele, Eva, Individuelle Auswirkungen pränataler Diagnostik, 1988, S. 9
44 WHO-Regionalbüro in Europa, a. a. O., S. 85
45 ebd.
46 E-colibri Nr. 2, 1987
47 zit. nach Schindele, 1988, a. a. O., S. 9
48 Sterblichkeit während der Geburt
49 Deutsches Ärzteblatt vom 14.3.1986, in: E-colibri Nr. 2, 1987
50 Hansmann, ebd., S. 10
51 vgl. Schröder-Kurth, in: Timm u. a., a. a. O., S. 62
52 vgl. Schindele, Eva, Gläserne Gebär-Mütter. Vorgeburtliche Diagnostik – Fluch oder Segen, 1990, S. 43
53 Milunsky, a. a. O., S. 149
54 vgl. die randschau Nr. 5, 1991
55 vgl. Schindele (1990), a. a. O., S. 40
56 Zimmermann, in: Herrmann/Lüpke, a. a. O., S. 98
57 WHO-Regionalbüro für Europa, a. a. O., S. 89
58 ebd.
59 Schindele (1988), a. a. O., S. 11
60 Delumeau, Jean, Angst im Abendland. Die Geschichte kollektiver Ängste im Europa des 14. bis 18. Jahrhunderts, 1989, S. 19
61 ebd., S. 30 u. S. 20
62 ebd., S. 29
63 Kath-Rothmann, B., Schwangerschaft auf Abruf, 1989, S. 14
64 vgl. Schindele (1990), a. a. O., S. 181f. und Görres, in: Tim u. a., a. a. O., S. 162ff.
65 vgl. Schindele (1990), a. a. O., S. 168 und S. 172
66 ebd., S. 170
67 vgl. Görres, in: Timm u. a., a. a. O., S. 168
68 Schindele (1990), a. a. O., S. 171
69 In den Patiententestamenten legt man/frau fest, im Falle von Krankheit oder Unfall mit irreversibler Schädigung keine lebenserhaltenden Maßnahmen in Anspruch nehmen, also sterben zu wollen. Diese »Patiententestamente« sind nicht rechtsverbindlich.
70 Hansmann, in: Deutscher Bundestag (1988), a. a. O., S. 96
71 Hansmann, Manfred, Aktuelle diagnostische und therapeuti-

sche Verfahren, in: Berg u. a. (Hg.), Forum Paidikos, Pränatale Diagnostik, 1989, S. 25
72 vgl. Schindele (1988), a. a. O., S. 14
73 vgl. ebd.
74 ebd.
75 »Eltern«, Nr. 10, 1985, S. 4
76 vgl. »Eltern«, Nr. 2, 1989, S. 47
77 vgl. Schindele (1988), a. a. O., S. 10
78 ebd., S. 12
79 ebd., S. 13
80 GID, Nr. 73, Dez. 1991
81 in: Köbsell, Swantje/Stahl, Monika, Humangenetik, die »saubere Eugenik« auf Krankenschein, in: die randschau 3/86
82 Schamlos, Nr. 3, 1988, S. 30
83 vgl. Katz-Rothmann, a. a. O., S. 52
84 vgl. »Eltern«, Nr. 2, 1989, S. 47
85 vgl. Blatt, Robin J. R., Bekomme ich ein gesundes Kind? Chancen und Risiken der vorgeburtlichen Diagnostik, 1991, S. 228 ff.
86 vgl. GID, Nr. 57, Juli 1990, GID, Nr. 68, Juni 1991, S. 25
87 vgl. Marschner, in: Timm u. a., a. a. O., S. 55
88 Spina Bifida = offener Rücken, Hydrozephalus = Wasserkopf
89 Fehlbildungsgrundrisiko, das sog. »Basisrisiko« für jede Schwangerschaft ist drei bis vier Prozent
90 Schindele (1990), a. a. O., S. 201
91 ebd.
92 ebd.
93 ebd. S. 206 ff.
94 Fuhrmann/Weizel, in: Murken, Jan, Pränatale Diagnostik und Therapie, 1987, S. 133
95 GID, Nr. 68, Juni 1991, S. 25
96 vgl. Blatt, a. a. O., S. 122
97 ebd., S. 120
98 Murken, a. a. O., S. 63
99 Hansmann (1989), a. a. O., S. 28
100 Saling, Erich, An einer Subspezialisierung führt kein Weg vorbei. Die Situation der Geburtsmedizin in Beziehung zur Pädiatrie, in: Deutsches Ärzteblatt vom 8.6.1989, C-1086 F.
101 Feyerabend, Erika, Der Fötus und die Französische Revolution, in: GID, Nr. 70, August/September 1991, S. 51
102 BVerfGe in: Schultz, I., »Im Namen des Lebens«, in: beiträge zur feministischen theorie und praxis, Bd. 20, 1987, S. 53

103 ebd., S. 18
104 »Eltern«, Nr. 2, 1992, S. 60
105 Hansmann (1988), a. a. O., S. 12
106 Dubler-Baretta, Regina/Fischer, Barbara, Von der Rechtsstellung des Embryo und der Selbstbestimmung der Frau, in: »Streit«, Nr. 1, 1988, S. 30
107 Zimmer, Katharina, Die »Reduktion« von Mehrlingen, in: »Die Zeit«, 20.5.1988
108 Ableitung für Wasserkopf
109 Holzgreve, in: Murken, a. a. O., S. 226
110 vgl. ebd., S. 228 ff.
111 »Eltern«, Nr. 2, 1989, S. 48 ff.
112 »Eltern«, Nr. 2, 1992, S. 60
113 ebd., S. 62 f.
114 Harrison in: Albrecht, Matthias, Fötalmedizin. Prahlerei und Horror, in: demokratisches gesundheitswesen, Nr. 10, 1989
115 »Eltern«, Nr. 2, 1989, S. 50
116 Hansmann (1989), a. a. O., S. 28
117 ebd.
118 Zimmer, Katharina, a. a. O.
119 Hansmann (1989), a. a. O., S. 29
120 ebd., S. 30
121 Feten bzw. Kinder ohne Großhirn mit sehr geringer Lebenserwartung, eine äußerst seltene Mißbildung
122 Hansmann (1989), a. a. O., S. 31
123 Rehder, Helga, in: Deutscher Bundestag (1988), a. a. O., S. 98
124 Fischer, Ernst Peter, Gene sind anders. Erstaunliche Einsichten einer Jahrhundertwissenschaft, 1988, S. 217
125 Waldschmidt, Anne, Gentechnologie in der Medizin. Der Traum von der Machbarkeit, in: Dr. med. Mabuse, Nr. 73, August/September 1991, S. 25
126 demokratisches gesundheitswesen, Nr. 4, 1989, S. 6
127 vgl. demokratisches gesundheitswesen, Nr. 7/8, 1989
128 Das, was als abweichend von der Norm diagnostiziert wird, unterliegt einem ständigen Veränderungsprozeß je mehr überhaupt festgestellt werden kann, desto mehr Abweichungen finden sich auch. D. h., Normalität und auch genetische Normalität sind keine statischen Größen, sondern werden gesetzt.
129 GID, Nr. 70, August/September 1991, S. 13
130 Kommission der EG, 1988
131 ebd.
132 Scheer, Hamide in: Radikale Linke, 1990, S. 28

1 BGH, Juristen-Zeitung, 1983, S. 449
2 vgl. dazu: Ewinkel, Carola u. a. (Hg.), Geschlecht: Behindert, besonderes Merkmal: Frau, 1985, S. 80
3 Gitter, in: Münchener Kommentar § 1 Rz. 22, 37
Mertens, in: Münchener Kommentar § 823 Rz. 60
Staudinger-Schäfer, BGB-Kommentar § 823 Rz. 43
Soergel-Zeuner, BGB-Kommentar § 823 Rz. 18
4 Gitter, in: Münchener Kommentar § 1 Rz. 37
vgl. Stoll, in: Festschrift für Nipperdey, S. 739
5 Deutsch, in: Juristen-Zeitung 1983, S. 451
Helderich, in: Juristen-Zeitung 1965, S. 591
Plum, in: VersR 1982, S. 722
6 BGH, Juristen-Zeitung 1983, S. 450
7 Krauß, D., in: Murken, J. (Hg.), Pränatale Diagnostik und Therapie, S. 272
8 Rauskolb, R. u. a., in: Holzgreve, W. (Hg.), Pränatale Medizin, S. 92
9 Barbara Katz-Rothmann, hat mit ihrer Untersuchung über die Auswirkungen der Amniozentese auf die Schwanger- und Mutterschaft hierzu einen erheblichen Beitrag geleistet.
dies.: Schwangerschaft auf Abruf, 1989
vgl. Schindele, Eva: Gläserne Gebär-Mütter, 1990
Zur Rechtsprechung im Zusammenhang mit Pränatal-Diagnostik vgl. Degener, Theresia, in: Forum Recht Nr. 4, 1990, S. 127
Zur Kritik an Katz-Rothmanns kurzschlüssigen Überlegungen zur eugenischen Dimension der Pränatal-Diagnostik vgl. Degener, Theresia, in: Konkret Nr. 6, 1990, S. 16
10 Mies, Maria, in: DIE GRÜNEN (Hg.), Frauen gegen Gentechnik und Reproduktionstechnik, 1986, S. 114, (118)
11 Andrews, Laurie, in: Hastings Center Report Nr. 10, 1986, S. 28
12 Kontos, Silvia, in: DIE GRÜNEN (Hg.), a. a. O., S. 4, 137, (139)
13 Mies, Maria, in: Bradish u. a., Frauen gegen Gen-und Reproduktionstechnologie, 1989, S. 111, (116)
14 ebd., S. 116
15 Zimmermann, Susan, in: beiträge zur feministischen theorie und praxis Nr. 21/22, 1988, S. 53, (54)

16 ebd., S. 56/57
17 Schreiber, Adele, in: dies. (Hg.), Mutterschaft, 1912, S. 202
18 Mayday-Hentzelt, Martha von, in: Neues Frauenleben, 1912, S. 186
19 Stöcker, Helene, Die Liebe und die Frauen, 1906, S. 81
20 Carpenter, Edward, Wenn die Menschen reif zur Liebe werden, o. J., S. 158
21 Müller-Lyer, F., in: Schreiber, Adele, a. a. O., S. 151
22 Goldscheid, R., in: Neues Frauenleben, 1909, S. 87
23 o. Verf., in: Die Neue Generation, 1905, S. 130
24 Zimmermann, S., a. a. O., S. 66
25 ebd., S. 65
26 Müller-Lyer, a. a. O., S. 151
27 o. Verf., in: Die Neue Generation, 1905
28 Zimmermann, S., a. a. O., S. 67/68
29 Annecke, Ute, in: beiträge zur feministischen theorie und praxis, Nr. 24, 1989, S. 89–118
30 ebd., S. 98
31 Brockmann, Dorothea, in: beiträge zur feministischen theorie und praxis, Nr. 24, 1989, S. 105, (109)
32 ebd., S. 114
33 ebd., S. 115
34 ebd., S. 113
35 ebd., S. 115
36 ebd., S. 115/116
37 ebd., S. 116
38 Ein Grund für die Radikalisierung der Frauengruppen liegt auch in der 1987 mit der Verhaftung von Ingrid Strobl und anderer Frauen einsetzenden Kriminalisierung der Frauengruppen gegen Gen- und Reproduktionstechnologie (vgl. dazu Tolmein, Oliver, in: Konkret, Nr. 3, 1988). Die Bundesanwaltschaft hatte sich damals u. a. das Konstrukt des »anschlagsrelevanten Themas Gen- und Reproduktionstechnologien« ausgedacht.
39 Patel, Vibhuti, in: Bradish u. a., a. a. O., S. 53
40 Des weiteren gibt es noch besondere Diätprogramme oder die Trennung von Samenzellen in einer Zentrifuge, Medikamente (sog. »Select«-Tabletten) oder Vaginalgele und heilige »Kügelchen« (Rudraksh).
vgl. Patel, V., ebd.
41 Koh, Irene, in: Bradish u. a., a. a. O., S. 49
42 ebd., S. 50
43 Vgl. Degener, Theresia, in: Konkret, Nr. 5, 1989, S. 23. Organi-

siert wurde diese Konferenz, an der 140 Frauen aus 34 Ländern teilnahmen, von Finnrage und Ubinig. Letztere ist eine in Bangladesh aktive entwicklungspolitische Gruppe. Finnrage (Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering) ist die zentrale internationale Frauenorganisation von autonomen Frauengruppen, Wissenschaftlerinnen, Journalistinnen und Aktivistinnen, die 1984/1985 am Rande verschiedener Frauenkongresse zum Thema entstand.

44 In der BRD ist erstmals seit dem Nationalsozialismus die Zwangssterilisation geistig behinderter Frauen (und Männer) seit Einführung des ab 01.01.1992 geltenden neuen Betreuungsrechts wieder legal. Wenngleich eine ersatzweise Einwilligung in die Sterilisation »einwilligungsunfähiger« behinderter Personen durch den Betreuer (früher: »Vormund«) nur in ganz seltenen Ausnahmefällen und erst nach Durchführung eines besonderen gerichtlichen Verfahrens zulässig ist, darf die Tatsache der erstmaligen gesetzlichen Legitimation von Zwangssterilisation in der BRD darüber nicht vergessen werden.
Vgl. dazu: Sierck, Udo, »Saubere Selektion«, in: Konkret, Nr. 9, 1989, S. 36ff.; Jürgens, Andreas, in: Jürgens/Kröger/Marschner/Winterstein, Das neue Betreuungsrecht, München 1991, S. 57ff.

45 Akther, Farida, zitiert nach: Degener, Th., in: Konkret, Nr. 5, 1989, S. 24

46 ebd.

47 Klaus, G./Buhr, M., Philosophisches Wörterbuch, S. 382

48 Annecke, U., a. a. O., S. 100

49 Kontos, S., a. a. O., S. 141

50 ebd.

51 ebd., S. 141

52 ebd., S. 142

53 Brockmann, D., a. a. O., S. 113

54 Empfehlenswert zu dieser Thematik:
Mayer, A./Rütter, J. (Hg.), Abschied vom Heim, München 1988. Ein besonders gelungener Beitrag zum Thema »Autonomie und geistigbehinderte Menschen« ist der Erfahrungsbericht von H. aus Marburg (S. 83–85).

55 Brockmann, D., a. a. O., S. 116

56 Diese Sichtweise kann auch Katz-Rothmann in ihrem oben zitierten Buch nicht einnehmen. Zwar sieht sie Geschlecht und Behinderung als soziale Konstruktionen, löst diese Sichtweise aber nicht ein. Letztlich beharrt sie immer wieder darauf, daß Behinderung mit unendlich viel Schmerz und Leid verbunden sei.

vgl. Degener, Th., in: Konkret, Nr. 6, 1990, S. 18

57 Sie sagte »gesund«, aber in der Vermischung von Krankheit und Behinderung liegt bereits ein entscheidender Verständnisfehler!

58 Konkret, Nr. 4, 1989, S. 41, (46)

59 Ein Verständnis, das auch in der links-alternativen Öko-Bewegung der BRD weit verbreitet ist.
vgl. Tolmein, O., Geschätztes Leben, S. 33

60 Degener, T., in: Konkret, Nr. 6, 1989, S. 22

61 vgl. Tolmein, O., in: Konkret, Nr. 7, 1989, S. 26
ders.: Geschätztes Leben, 1990
Bruns, T./Penselin, U./Sierck, U. (Hg.), Tödliche Ethik, 1990

62 Singer, P., Praktische Ethik, 1984

63 Dörner, K., Tödliches Mitleid, 1988

64 ebd., S. 36

65 ebd., S. 37

66 Davis, A. Y., Woman, Race & Class, 1981, S. 203 (eigene Übersetzung)

67 ebd., S. 221

68 Ein erster grundsätzlicher Schritt in diese Richtung stellt der Band 27 der »beiträge zur feministischen theorie und praxis« dar, in dem sich den Themen Rassismus, Antisemitismus und Fremdenhaß (auch innerhalb der Frauenbewegung) gewidmet wird.

69 Krieger, V., Entscheiden, 1987, S. 239

70 ebd., S. 239

Nützliche Krüppel
Behinderte als WerbeträgerInnen der »Lebensschützer«

1 Mit »Lebensschützer« bzw. »Lebensschützerinnen« werden Personen und Organisationen bezeichnet, die im »Namen des Ungeborenen« jegliche Form von Abtreibung, besonders aufgrund sozialer Indikation, bekämpfen.

2 Behinderteninitiativen, die seit Ende der 70er Jahre gegen die Aussonderung, Isolierung und Diskriminierung behinderter Menschen kämpfen, zusammengeschlossen im »Forum der Behinderten- und Krüppelinitiativen«.

3 »Behinderte Mitglieder der Aktion Leben e. V., ..., haben sich zum Helen-Keller-Kreis zusammengeschlossen, um dem weiteren Massenmord an den Ungeborenen entgegenzutreten.
Helen Keller, die seit frühester Kindheit blind, taub und stumm war, konnte dank der Fürsorge ihrer Lehrerin sogar studieren... Sie soll den Behinderten von heute nicht nur Mut machen, sondern auch Beispiel dafür sein, daß behindertes Leben auch von GOTT geschaffenes LEBEN ist, über das der Mensch nicht verfügen darf.« Flugblatt der Aktion Leben e. V., vermutlich 1985

4 Behinderte Frauen für das Leben

5 »nach Prof. Blechschmidt«, Blechschmidt ist der »Hofprofessor« der Lebensschützer, der einen Großteil seiner Forschungen, deren Ergebnisse heute von den Lebensschützern gern angeführt werden, unter mehr als zweifelhaften Voraussetzungen während des Faschismus durchgeführt hat, vgl. Frauen gegen den § 218 (Hg.), Vorsicht »Lebensschützer«! Die Macht der organisierten Abtreibungsgegner, 1991, S. 118, 120 ff.

6 Arbeitskreis für das Leben der katholischen Studentengemeinde Heidelberg, 1981

7 ebd.

8 Hitler, Adolf, Mein Kampf, 1923, S. 447

9 »Schöner Tod«

10 Aktion Leben e. V., 1985

11 Ochs, Ulrich, Offener Brief an den Bundestagspräsidenten Philipp Jenninger, 1985, in: die randschau, Nr. 3, 1986

12 ebd.

13 ebd.

14 ebd.

15 ebd.

16 vgl. die randschau, Nr. 3, 1986
17 Da die Texte nur im Original vorliegen, verwende ich eigene Übersetzungen und gebe das englische Original in der Fußnote an.
18 Davis, Alison, Women with Disabilities: Abortion and Liberation, in: Disability, Handicap & Society, Vol 2, Nr. 3, 1987, S. 278 »... a loving thing to do...«
19 Frauen für das Leben
20 Davis (1987), a. a. O., S. 279, »... women become in turn oppressors of a still more vulnerable group (in this case their unborn children).«
21 ebd., »A kind of reverse discrimination...«
22 ebd., »So anxious was I that disabled people (...) should be accorded equal rights, I was advocating that we should have more rights than anyone else. That the unborn handicaped should be protected from abortion, but not the unborn able bodied.«
23 ebd., S. 280 »... if I wanted equal rights for me and those like me, I could not in turn deny them to the unborn simply because it was convenient for me to perceive them as... ›inferior‹ or ›less useful‹.«
24 ebd., »... I cannot now claim the right to kill my unborn children to protect my right to liberation. If I do, I have no right to deny my children the right to kill me when I get old, and inconvenient and unwanted by them.«
25 Was nebenbei, zumindest was PolitkerInnen und ÄrztInnen betrifft, jeglicher ansonsten in kapitalistischen Ländern praktizierten Bevölkerungspolitik widerspricht. Es sind immer nur bestimmte Frauen, die keine Kinder bekommen sollen, die anderen sollen so viele wie möglich in die Welt setzen.
26 Davis, Alison, From where I sit. Living With Disability in an Able Bodied World, 1989, S. 85, »non-violent solutions«
27 vgl. ebd.
28 vgl. Paczensky, Susanne v./Sadrozinski, Renate (Hg.), Zu Lasten der Frauen, 1988, S. 170 f.
29 Randzio-Plath, in: Paczensky v./Sadrozinski, a. a. O., S. 75
30 Katz-Rothmann, Barbara, Schwangerschaft auf Abruf, 1989, S. 13
31 ebd., S. 237

1 Herausgegeben von Friedrich Hansen und Regine Kollek, 1985
2 Dt. Bundestag (Hg.), Chancen und Risiken der Gentechnologie, 1987
3 vgl. die Angaben in Kap. »Humangenetik und pränatale Diagnostik«, Anm. 100
4 Auf die Brauchbarkeit des Begriffes im Rahmen des deutschen Nationalismus- und Rassismustaumels habe ich an anderer Stelle hingewiesen.
vgl. Degener, in: Kongreß der Radikalen Linken, 1990, S. 43 ff.
5 Anmerkung 5 entfällt
6 So die neunte These eines Papiers »Thesen zur ›Angewandten Ethik‹«, das im Frühling 1991 vom bundesweiten Frauentreffen gegen Gen- und Reproduktionstechnologie verabschiedet wurde.
7 Dazu weiter unten
8 Achte These des Papiers »Thesen zur ›Angewandten Ethik‹«
9 Im Sinne des von Georg Fülberth auf dem Radikale-Linke-Kongreß im Mai 1990 entwickelten Ansatzes einer Verbindung von Gesinnungs- und Widerspruchsethik.
Fülberth, in: Kongreß der Radikalen Linken, 1990, S. 39
Der von Ina Praetorius benutzte Begriff der »kritischen Ethik« (Praetorius, in: Mürner (Hg.), Ethik Genetik Behinderung, 1991, S. 222) knüpft zwar begrüßenswerte Assoziationen zur Schule der Kritischen Theorie, indem der Blick auf die Herrschaftsverhältnisse gerichtet wird. Angesichts des Umstands, daß heute deutsche PhilosophieProfessorInnen, die als SchülerInnen dieser Philosophierichtung gelten, sich berufen fühlen, zugunsten von Singer und seiner »Praktischen Ethik« zu intervenieren (Erklärung Berliner PhilosophInnen vom 14.12.1989 abgedruckt u. a. in der taz v. 10.01.1990), ist der Begriff »kritische Ethik« aber mit einer gewissen Beliebigkeit belastet.
10 Kühn, in: Jahrbuch für kritische Medizin. AS 146, S. 8
11 ebd.
Deutlich definiert in diesem Zusammenhang der vom Bundesministerium für Forschung und Technologie »auf Vorschlag wissenschaftlicher Institutionen, gesellschaftlich relevanter Gruppen und Bundesministerien einberufene Arbeitskreis ›Genforschung‹« seine Existenzgrundlage:

»Er (der vorliegende Bericht, Anm. T. D.) thematisiert die Chancen der Genomanalyse, verschweigt aber die Risiken nicht. Er nimmt zur Kenntnis, daß viele Menschen vielleicht nicht mehr an den Fortschritt glauben... Die Genomanalyse ist von diesem Bewußtseinswandel mitbetroffen. Ihre Akzeptanz sinkt in allen Industriestaaten, in der Bundesrepublik um so deutlicher, je höher der Schulabschluß ist...«
Bundesministerium für Forschung und Technologie (Hg.), Die Erforschung des menschlichen Genoms, 1991, S. 11

12 Kühn, a. a. O., S. 8

13 wenngleich er als Repressionsmaßnahme für bestimmte Bevölkerungsgruppen (Behinderte, AusländerInnen, etc.) durchaus erhalten bleibt.

14 Bericht der Kommission »Zukunftsperspektiven gesellschaftlicher Entwicklungen« im Auftrag der Landesregierung Baden-Württemberg, 1983, zitiert in: Tolmein, Geschätztes Leben, 1991, S. 62

15 Kühn, a. a. O., S. 22

16 ebd., S. 23

17 ebd., S. 22

18 Als Quellen beziehe ich mich auf den 1986 erschienenen Three Year Report der Samenbank, auf ein in der taz vom 14.07.1986 veröffentlichtes Interview, sowie auf ein (unveröffentlichtes) Interview, das ich 1986 mit der damaligen Leiterin, Barbara Raboy, in Oakland, Kalifornien, und mit einer ihrer Kolleginnen aus der »Filiale« in Los Angeles führte.

19 1986 waren es bereits 60, vgl. taz. v. 14.07.1986

20 vgl. dazu den immer noch aktuellen »Bestseller« zu der neuen Gen- und Reproduktionstechnologie: Corea, Mutter-Maschine, 1986, S. 34 ff.

21 Diese ist nicht zu verwechseln mit der In-vitro-Fertilisation, bei der Ei- und Samenzelle in der Petrischale und nicht in der Gebärmutter der Frau (in vivo) zusammengeführt werden!

22 von denen die meisten nicht Medizinerinnen sind, aber mit privaten Arztpraxen zusammenarbeiten

23 taz vom 14.07.1986

24 Gore/Raboy, The Sperm Bank of Northern California. Three Year Report, S. 20

25 taz vom 14.07.1986

26 ebd.

27 Gore/Raboy, a. a. O., S. 12

28 Kühn, a. a. O., S. 23

29 Zur entsprechenden bevölkerungspolitischen Dimension des § 218 StGB vgl. meinen Beitrag in: Frauen begehren Selbstbestimmung (Hg.), Wir sind Frauen, wir sind viele, wir haben die Schnauze voll, S. 7 ff.
Aus aktuellem Anlaß sei in diesem Zusammenhang angemerkt, daß der Begriff der »Lebensschützer-Mafia« angesichts seiner zunehmenden Instrumentalisierung durch die BiothikerInnen, überdacht werden muß.

30 zu Singer vgl. Kapitel »Humangenetik und pränatale Diagnostik«, S. 25

31 Hoerster beschränkt sich darauf, den feministischen Standpunkt als »am Kern des Problems vorbeigehen(d)« und als »durch die heutigen wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Entwicklung des Fötus eindeutig widerlegt« zu bezeichnen, weshalb der Slogan »Mein Bauch gehört mir« einfach nicht stimmen könne. Hoerster, Abtreibung im säkularen Staat, 1991, S. 9 und 24.
Dagegen setzen sich Singer und Leist zwar nicht mit der feministischen Theorie, aber immerhin mit einer alten, von der US-Amerikanerin Thomson entwickelten, feministischen Fabel auseinander. Verkürzt läßt sich diese folgendermaßen zusammenfassen: Stell dir vor, du wachst morgens auf und befindest dich Kopf an Kopf liegend mit einem berühmten bewußtlosen Geiger. Dieser hat ein Nierenleiden und kann nur überleben, wenn er neun Monate an deinem Blutkreislauf angekoppelt bleibt. Die Gesellschaft für Musikfreunde hat dich wegen deiner einzigartigen Blutgruppe gekidnappt und angeschlossen. Thomson, in: Rachels (Hg.), Moral Problems, 1975, S. 89 ff.
Aus Gründen, die hier nicht dargelegt werden sollen, finden beide männlichen Autoren diese Fabel nicht akzeptabel.
Singer, Praktische Ethik, S. 156 ff;
Leist, in: Medizin Mensch und Gesellschaft, Nr. 15, 1990, S. 129 ff.

32 Christoph, Tödlicher Zeitgeist, 1990, S. 16

33 Ausgezeichnet dargestellt in: Frauen gegen den § 218 (Bundesweite Koordination) (Hg.), Frauen fordern Selbstbestimmung, 1989

34 das besorgen andere

35 Hoerster, a. a. O., S. 25, der hier beispielhaft zitiert wird. Die Argumentationen von Singer und Leist differieren hiervon unwesentlich.

36 Singer, a. a. O., S. 126. Ähnlich Hoerster, a. a. O., S. 79ff.

Auf den Zeitpunkt der Empfindungsfähigkeit abzielend: Leist, a. a. O., S. 149

37 Die hier nicht dargestellt und analysiert werden kann. Ausführlich hat dies im übrigen Oliver Tolmein getan: ders., Geschätztes Leben, 1990

38 Tolmein, a. a. O., S. 62

39 Sie ermöglicht natürlich auch die Legitimation der Embryonenforschung.

40 Mehr unbewußt als bewußt wurde dieses Argumentationsmuster auch bereits von Teilen der §218-Bewegung übernommen. So heißt es in der zweiten These des Thesenpapiers der Bremer §218-Gruppe zum »Embryonenschutz und Selbstbestimmungsrecht«: »Die Weigerung einer Frau, eine solche Beziehung (die Schwangerschaft, Anm. T. D.) einzugehen bzw. fortzuführen, kann deshalb nicht verglichen werden mit Tötungshandlungen. Der Abbruch ist nicht die Zerstörung eines selbständigen anderen, sondern die Weigerung, einen anderen im eigenen Leibe herzustellen.«

Das Papier ist abgedruckt in: Frauen gegen den § 218 (Bundesweite Koordination), a. a. O., S. 24 ff.

Ob es sinnvoll oder sinnlos ist, den moralischen Status des Fetus zu bestimmen, und wenn ja, wie dieser auszusehen hätte, kann hier nicht ausdiskutiert werden. Der Hinweis auf die Gefahren dieser Argumentation im Hinblick des Singerschen Personenbegriffs soll auch lediglich als ein solcher verstanden werden.

41 In USA geschieht das über die Frage, ob abtreibende Frauen auch ein Recht auf einen toten Fetus haben. Wird diese Frage verneint, müssen abtreibungswillige Frauen bereit sein, ihren Fetus der Embryonenforschung zur Verfügung zu stellen. Wird die Frage bejaht, müssen Frauen auch der »Euthanasie«-Praxis zustimmen.

Vgl. dazu: Overall, Ethics and Human Reproduction: A Feminist Analysis, 1987, S. 40 ff.

42 »Erklärung Berliner PhilosophInnen«, taz v. 10.01.1990

43 MacKinnon, Feminism Unmodified, 1987, S. 95/96

Literatur

Albrecht, Matthias, Fötalmedizin. Prahlerei und Horror, in: demokratisches gesundheitswesen, Nr. 10, 1989

Andrews, Laurie, My Body, My Property, in: Hastings Center Report, Oktober 1986, S. 28 ff.

Annecke, Ute, Selbstbestimmung: Ein Bumerang für Frauen? Überlegungen zur aktuellen Debatte um die Selbstbetimmung, in: beiträge zur feministischen theorie und praxis, Band 24, 1989, S. 89–104

Bayertz, Kurt, GenEthik. Probleme der Technisierung menschlicher Fortpflanzung, Reinbek bei Hamburg 1987

Beck, Ulrich, Eugenik der Zukunft, in: Der Spiegel Nr. 47, 1988

Beck, Ulrich, Gegengifte. Die organisierte Unverantwortlichkeit, Frankfurt/Main 1988

Beck-Gernsheim, Elisabeth, Technik, Markt und Moral. Über Reproduktionsmedizin und Gentechnologie, Frankfurt/Main 1991

Bentfeld, Michael, »Qualitätssicherung« der reproduktiven Medizin. Datenerfassung in der Neugeborenenheilkunde, in: Dr. med. Mabuse Nr. 54, 1989

Blanken, Ingrid/Strahl, Monika, »Andere Umstände«. Die neuen Reproduktionstechniken und ihre Bedeutung für die weibliche Autonomie, dargestellt am Beispiel der In-vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryotransfer, unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Bremen, Studiengang Sozialwissenschaften, Juni 1988

Blatt, Robin J. R., Bekomme ich ein gesundes Kind? Chancen und Risiken der vorgeburtlichen Diagnostik, Reinbek bei Hamburg 1991

Bradish/Feyerabend u. a. (Hg.), Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnologien. Beiträge vom 2. Bundesweiten Kongreß in Frankfurt, 28.–30.10.1988, München 1989

Bradish, Paula, Ein feministischer Süd-Nord-Transfer, in: die tageszeitung, 20.5.1989, S. 11

Brockmann, Dorothea, »Gehört mein Bauch mir?« Die Herausforderung des Selbstbestimmungsbegriffes durch die neuen Reproduktionstechnologien, in: beiträge zur feministischen theorie und praxis, Band 24, 1989, S. 105–118

Bruns, Theo/Penselin, Ulla/Sierck, Udo (Hg.), Tödliche Ethik. Beiträge gegen Eugenik und »Euthanasie«, Hamburg 1990
Bundesministerium für Forschung und Technologie (Hg.), Die Erforschung des menschlichen Genoms. Ethische und soziale Aspekte, Frankfurt/New York 1991
Carpenter, Edward, Wenn die Menschen reif zur Liebe werden, Leipzig o. J.
Christoph, Franz, Tödlicher Zeitgeist, Notwehr gegen Euthanasie, Köln, 1990
CLIO (Zeitschrift zur Selbsthilfe), Vorgeburtliche Diagnostik, Nr. 25
Corea, Gena, MutterMaschine. Reproduktionstechnologien. Von der künstlichen Befruchtung zur künstlichen Gebärmutter, Berlin 1986
Dahl, Jürgen, Die Verwegenheit der Ahnungslosen. Über Genetik, Chemie und andere Schwarze Löcher des Fortschritts, Stuttgart 1989
Davis, Alison, Women with Disabilities: Abortion and Liberation, in: Disability, Handicap & Society, Vol. 2, Nr. 3, 1987
Davis, Alison, From where I sit. Living with Disability in an Able Bodied World, London 1989
Davis, Angela, Women, Race & Class, New York 1981
Dawkins, Richard, Das egoistische Gen, Berlin, Heidelberg 1988
Degener, Theresia, Junk Liberty, in: Konkret Nr. 12, 1988, S. 25
Degener, Theresia, Reproduktionsautonomie fremdbestimmt, in: Konkret, Nr. 5, 1989, S. 23
Degener Theresia, Herr/Frau Fötus?, in: Konkret, Nr. 6, 1991, S. 22
Degener, Theresia, Selbstbestimmung und Eugenik, in: Konkret, Nr. 6, S. 16 ff.
Degener, Theresia, wrongful life–Rechtsprechung. Abwertung behinderter Menschen und eugenische Abtreibung, in: Forum Recht, Nr. 4, 1990, S. 127 ff.
Delumeau, Jean, Angst im Abendland. Die Geschichte kollektiver Ängste im Europa des 14. bis 18. Jahrhunderts, Reinbek bei Hamburg 1989
demokratisches gesundheitswesen, Zeitung im Gesundheitswesen, Nr. 2, 1987
Deutsch, E., Anmerkungen zu BGH, in: Juristen-Zeitung, Nr. 447, 1983, S. 451
Deutscher Bundestag, Chancen und Risiken der Gentechnologie. Bericht der Enquete-Kommission »Chancen und Risiken der Gentechnologie«, Bonn 1987

Deutscher Bundestag, Protokoll der 15. Anhörung des Ausschusses für Forschung und Technologie, 24.2.1988
Die Grünen im Bundestag, Neue Aspekte: Bevölkerungspolitik und Tötungsvorwurf. Aus der Reihe Argumente, Bonn 1989
die tageszeitung, »Schöne Neue Welt«, 29.3.1989
Döring, Hans-Walter, Technik und Ethik, Frankfurt/Main, New York 1988
Dörner, Klaus, Tödliches Mitleid, Zur Frage der Unerträglichkeit des Lebens oder: die soziale Frage, Entstehung, Medizinierung, NS-Endlösung, heute, morgen, Gütersloh 1988
Dokumentationsstelle zur NS-Sozialpolitik, Mitteilungen Heft 5/6, Hamburg 1985
Dubler-Baretta, Regina/Fischer, Barbara, Von der Rechtsstellung des Embryo und der Selbstbestimmung der Frau, in: STREIT Nr. 1, 1988
e-colibri, Vorgeburtliche Diagnostik. »Durchsiebung aller Schwangeren«, Nr. 2, 1987
Eltern, Nr. 10/1985, 2/1989, 2/1992
Ewinkel, Carola/Hermes, Gisela u. a. (Hg.), Geschlecht: Behindert, besonderes Merkmal: Frau. Ein Buch von behinderten Frauen, München 1985
Feyerabend, Erika, Der Fötus und die Französische Revolution. Gedanken zum 7. Kongreß »Der Fetus als Patient«, der vom 24. bis 26. August 1991 in Bonn stattfand, in: GID, Nr. 70, Aug./Sept. 1991
Fischer, Ernst Peter, Gene sind anders. Erstaunliche Einsichten einer Jahrhundertwissenschaft, Hamburg 1988
Frauen begehren Selbstbestimmung (Hg.), Wir sind Frauen, wir sind viele, wir haben die Schnauze voll. Weg mit dem §218. Dokumentation der Protestaktionen 16. Juni 1990, Mannheim o. J.
Frauen gegen den §218 Bundesweite Koordination, (Hg.), Frauen fordern Selbstbestimmung, Mannheim 1989
Frauen gegen den § 218, Bundesweite Koordination (Hg.), Vorsicht »Lebensschützer«! Die Macht der organisierten Abtreibungsgegner, Hamburg 1991
Frauen gegen § 218 Hannover: »Bewegung für das Leben«: Gegen die Frauen! Betr.: Abtreibungsgegner.
GID (Genetischer Informationsdienst). Informationen & Kritik zu Gen- und Fortpflanzungstechnologien, Jahrgänge 1989–1992 (Januarhefte)
Gitter, in: Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Bd. 1, 2. Auflg., 1986

Goldscheid, Rudolf, Die Frauenfrage als Entwicklungsproblem, in: Neues Frauenleben, 1909, S. 85–90
Gore, B. Z./Raboy, B. L., The Sperm Bank of Northern California. Three Year Report, October 5, 1982 – September 30, 1985, o. O. 1986
Greer, Germaine, Sex and Destiny. The politics of human fertility, London 1985
Hansen, F./Kollek, R., Gen-Technologie – Die neue soziale Waffe, Hamburg 1985
Hansmann, Manfred, in: Deutscher Bundestag, Protokoll vom 24.2.1988
Hansmann, Manfred, Aktuelle diagnostische und therapeutische Verfahren, in: Berg u. a. (Hg.), Forum Paidikos, »Pränatale Diagnostik«, Braunschweig, Wiesbaden 1989
Helderich, A., Der Deliktschutz des Ungeborenen, in: Juristenzeitung 1965, S. 591
Herrmann/Lüpke (Hg.), Lebensrecht und Menschenwürde. Behinderung, Eugenische Indikation und Gentechnologie, Essen 1991
Hitler, Adolf, Mein Kampf, München 1923
Hoerster, N., Abtreibung im säkularen Staat. Argumente gegen den § 218, Frankfurt/Main 1991
International Herald Tribune, Treating the Fetus Via the Umbilical Cord, 31.3.1988
Jürgens, Andreas/Kröger, Detlef/Marschner, Rolf/Winterstein, Peter, Das neue Betreuungsrecht. Eine systematische Darstellung, München 1991
Katz-Rothmann, Barbara, Schwangerschaft auf Abruf, Marburg 1989
Klaus, Georg/Buhr, Manfred, Philosophisches Wörterbuch, Leipzig 1976
Klees, Bernd, Der gläserne Mensch im Betrieb, Frankfurt/Main 1988
Köbsell, Swantje, Eingriffe. Zwangssterilisation geistig behinderter Frauen, München 1987
Köbsell, Swantje/Strahl, Monika, Humangenetik, die »saubere Eugenik« auf Krankenschein, in: die randschau Nr. 3, 1986
Köbsell, Swantje/Waldschmidt, Anne, Pränatale Diagnose, Behinderung und Angst, in: Bradish/Feyerabend u.a. (Hg.), Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnologien. Beiträge vom 2. Bundesweiten Kongreß in Frankfurt, 28.–30. 10. 1988, München 1989
Koh, Irene, Eugenik und Frauenrechte in Singapur, in: Bradish, P. u. a., a. a. O., S. 47 ff.
Kommission der EG, Kom (88) 424 endg.-SYN 146 Brüssel, 20.7.1988
Kongreß der Radikalen Linken, »Deutschland? Nie wieder!« Reden

und Diskussionsbeiträge zum Kongreß der Radikalen Linken an Pfingsten 1990 und auf der Demo »Nie wieder Deutschland« am 12.5.1990 in Frankfurt am Main, Frankfurt/Main 1990
Kontos, Silvia, Wider die Dämonisierung medizischer Technik, in: Die Grünen im Bundestag, Ak Frauenpolitik & Sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis e. V., Köln (Hg.), Frauen gegen Gentechnik und Reproduktionstechnik, Dokumentation zum Kongreß vom 19.–21.4.1985 in Bonn, S. 137–148, Köln 1986
Krauß, Detlev, Rechtliche Überlegungen zum Schwangerschaftsabbruch aus kindlicher Indikation, in: Murken, J. (Hg.), Pränatale Diagnostik und Therapie, 2. Aufl., Stuttgart 1987, S. 272 ff.
Krieger, Verena, Entscheiden. Was Frauen (und Männer) über den § 218 wissen sollten. Hamburg 1987
Krüger-Nieland, in: RGRK. Das Bürgerliche Gesetzbuch mit besonderer Berücksichtigung der Rechtsprechung und des Bundesgerichtshofes. Kommentar, 12. Aufl. 1982
Krüppelschläge. Wie weit reicht das Selbstbestimmungsrecht der Frau?, in: Konkret, Nr. 4, 1989, S. 41
Kühn, H., »Die rationalisierte Ethik. Zur Moralisierung von Krise und Krankheit«, in: Jahrbuch für kritische Medizin. Medizin, Moral und Markt, Argument Sonderband AS 146, Hamburg 1987
Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg, Bevölkerungsentwicklung in der BRD, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1988
Leist, A., »Zur Ethik der Abtreibung«, in: Medizin Mensch und Gesellschaft, Nr. 15, 1990, S. 129 ff.
Lewontin/Rose/Kamin, Die Gene sind es nicht ... Biologie, Ideologie und menschliche Natur, München/Weinheim 1988
MacKinnon, C. A., Feminism Unmodified. Discourses of Live and Law, Cambridge, Massachusetts, USA, 1987
Mayday-Hentzelt, Martha von, Die Evolution der Mutterliebe, in: Neues Frauenleben, 1912, S. 183–187
Mayer, Anneliese/Rütter, Jutta (Hg.), Abschied vom Heim. Erfahrungsberichte aus Ambulanten Diensten und Zentren für Selbstbestimmtes Leben, München 1988
medizin heute Nr. 11, 1988
Mies, Maria, Argumente wider den Bio-Krieg, in: Die Grünen im Bundestag, Ak Frauenpolitik & Sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis e. V., Köln (Hg.), Frauen gegen Gentechnik und Reproduktionstechnik, Dokumentation zum Kongreß vom 19.–21.4.1985 in Bonn, Köln 1986, S. 114–118
Mies, Maria, Selbstbestimmung – Das Ende einer Utopie, in: Bra-

dish, Paula/Feyerabend, Erika/Winkler, Ute (Hg.), Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnologie. Beiträge vom 2. Bundesweiten Kongreß Frankfurt, 28.–30. 10. 1988, München 1989, S. 111–116

Milunsky, Aubrey, Unsere biologische Mitgift. Was man über Erbanlagen wissen muß, wenn man Kinder haben möchte und wenn man älter wird, Stuttgart 1979

Müller-Lyer, F., Die Ehe, in: Schreiber, Adele (Hg.), Mutterschaft. Ein Sammelwerk für die Probleme des Weibes als Mutter, München 1912

Murken, Jan, Pränatale Diagnostik und Therapie, Stuttgart 1987

Overall, C., Ethics and Human Reproduction: A Feminist Analysis, Worcester, Great Britain 1987

Ochs, Ulrich, Offener Brief an den Bundestagspräsidenten Philipp Jenninger, Waldbronn 1985, in: die randschau Nr. 3, 1986

Paczensky, Susanne v./Sadrozinski, Renate (Hg.), § 218: Zu Lasten der Frauen, Reinbek bei Hamburg 1988

Patel, Vibhuti, Geschlechtsbestimmung und Geschlechtswahl in Indien – Neue Techniken des Femizids, in: Bradish, P./Feyerabend, E./Winkler, U. (Hg.), Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnologien, Beiträge vom bundesweiten Kongreß Frankfurt, 28.–30.10.1988, München 1989, S. 53 ff.

Penrose, Einführung in die Humangenetik, Heidelberg/Berlin/New York 1962

Plum, W., Schwangerschaftsbetreuende Medizin vor neuen Haftpflichtrisiken, in: Versicherungsrecht, 1982, S. 722 ff.

Praetorius, I., »Ethik: ein umstrittenes Hoffnungswort«, in: Mürner, C. (Hg.), Ethik Genetik Behinderung, Kritische Beiträge aus der Schweiz, Luzern 1991

Rau, Wolfgang, Konservativer Widerstand und soziale Bewegung. Problemverständnis und Weltauslegung von Lebensrechtsgruppen, in: Europäische Hochschulschriften, Reihe XXII, Soziologie Bd. III, Peter Lang Verlag, 1987

Rauskolb, R./Anton-Lamprecht, I., Pränatale Diagnostik von erblichen Hauterkrankungen durch Fetoskopie und Elektronenmikroskopie, in: Holzgreve, W. (Hg.), Pränatale Medizin, Berlin u. a. 1987

Rehder, Helga, in: Deutscher Bundestag, Protokoll vom 24.2.1988

Rifkin, Jeremy, Kritik der reinen Unvernunft. Pamphlet eines Ketzers, Reinbek bei Hamburg 1987

Saling, Erich, An einer Subspezialisierung führt kein Weg vorbei. Die Situation der Geburtsmedizin in Beziehung zur Pädiatrie, in: Deutsches Ärzteblatt 8.6.1989, C-108 f

Schäfer, in: Staudinger, Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, 12. Aufl., 1986
schamlos (Frauenzeitung/Münster), Der einen Freud – der anderen Frust. Schwangerschaft zwischen Zwang und Lust. Schwangerschafts»vorsorge«untersuchung, Nr. 3, 1988
Schindele, Eva, Individuelle Auswirkungen pränataler Diagnostik. Vortrag auf dem 2. Kongreß »Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnik«, 29.10.1988, Frankfurt/Main
Schindele, Eva, Gläserne Gebär-Mütter. Vorgeburtliche Diagnostik – Fluch oder Segen, Frankfurt/Main 1990
Schmacke/Güse, Zwangssterilisiert, verleugnet, vergessen. Zur Geschichte der nationalsozialistischen Rassenhygiene in Bremen, Bremen 1984
Schreiber, Adele, Mißbrauchte und unwillkommene Mutterschaft, in: Schreiber, Adele (Hg.), Mutterschaft. Ein Sammelwerk für die Probleme des Weibes als Mutter, 1912
Schroeder-Kurth/Wehowsky (Hg.), Das Manipulierte Schicksal, Frankfurt/Main 1988
Schubert, Doris, »Ehrfurcht vor dem Leben«? – Zur Diskussion um die Reform des § 218 in der deutschen Nachkriegszeit, in: Sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis für Frauen e. V., beiträge zur feministischen theorie und praxis, Bd. 14, Frankfurt 1985
Schultz, Irmgard, »Im Namen des Lebens«. Zur aktuellen Auseinandersetzung um den § 218, in: Sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis für Frauen e. V., beiträge zur feministischen theorie und praxis, Bd. 20, Frankfurt 1987
Singer, Peter, Praktische Ethik, Stuttgart 1984
Singer, Peter/Kuhse, Helga, Should The Baby Live? Oxford, New York, Melbourne 1985
Sozialwissenschaftliche Forschung & Praxis für Frauen e. V. (Hg.), Geteilter Feminismus. Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis, Bd. 27, Köln 1990
Stöcker, Helene, Die Liebe und die Frauen, Minden 1906
Stoll, H., Zur Deliktshaftung für vorgeburtliche Gesundheitsschäden, in: Festschrift für Nipperdey, Bd. 1, München u. a. 1965, S. 739 ff.
Studie zur Chorionzottenbiopsie, München 1986
Thomson, J. J., »A Defense of Abortion«, in: Rachels, James, Moral Problems, New York, 1975, S. 89 ff.
Timm, Walter u. a., Ethische Aspekte der Hilfen für Behinderte. Unter besonderer Berücksichtigung von Menschen mit geistiger Behinderung, Marburg 1989

Tolmein, Oliver, Geschätztes Leben. Die neue »Euthanasie«-Debatte, Hamburg 1990
Tolmein, Oliver, Beugehaft und Kontaktschuld, in: Konkret, Nr. 3, 1988 S. 16ff.
UNZERTRENNLICH Nr. 10/11, 1988
Waldschmidt, Anne, Gentechnologie in der Medizin. Der Traum von der Machbarkeit, in: Dr. med. Mabuse Nr. 73, Aug/Sept. 1991
Weingart/Kroll/Bayertz, Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Rassenhygiene und Eugenik in Deutschland, Frankfurt/Main 1988
WHO-Ragionalbüro für Europa, Wenn ein Kind unterwegs ist... Die perinatologische Versorgung im europäischen Vergleich, Kopenhagen 1987
WHO, Perspectives in fetal Diagnosis of congenital disorders. Bericht einer WHO/Sereno-Tagung, Genf 4.–5.5.1984
WHO, Fetal diagnosis of hereditary deseases, o. J.
Zeuner in: Soergel, Bürgerliches Gesetzbuch mit Einführungsgesetz und Nebengesetzen, Bd. 4, 11. Aufl. 1985
Zimmer, Katharina, Die »Reduktion« von Mehrlingen, in: »Die Zeit«, 20.5.1988
Zimmermann, Beate, Der Beitrag der Medizin zur Entwicklung des DIN-Menschen, in: Herrmann/Lüpke, Essen 1991
Zimmermann, Klaus F., Eine ökonomische Theorie von Familie und Bevölkerungsentwicklung, in: Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg (s. o.), S. 38 ff.
Zimmermann, Susan, Weibliches Selbstbestimmungsrecht und auf »Qualität« abzielende Bevölkerungspolitik. Ein unverarbeiteter Zusammenhang in den Konzepten der frühen Sexualreform, in: beiträge zur feministischen theorie und praxis, Bd. 21/22, S. 53–71.

Frauen werden durch die «Fortschritte» der Humangenetik und vor allem der pränatalen Diagnostik zunehmend eugenisch in die Pflicht genommen. Seit die Medizin auch den Fetus als Patient entdeckt hat, werden Frauen zum «fetalen Umfeld» degradiert.

Die Autorinnen setzen sich mit den Zwängen dieser neuen «Informationsverantwortung» auseinander, sie fragen nach den Handlungsmaximen für weibliche Selbstbestimmung und auch danach, ob in feministischen Zukunftsvorstellungen behinderte Kinder (Menschen) einen Platz haben.

Theresia Degener, Jg.1961, Jura-Studium in Frankfurt und Berkeley, als contergangeschädigte Feministin in der Frauen- und Behindertenbewegung aktiv, Mitautorin von «Geschlecht: behindert, besonderes Merkmal: Frau» (1985) und «Geschätztes Leben. Die neue ‹Euthanasie›-Debatte» (1990)

Swantje Köbsell, Jg. 1958, Studium der Behindertenpädagogik, seit 1981 in der Behindertenbewegung aktiv, arbeitet seit 1985 zum Thema Eugenik und Behinderung, Buchveröffentlichung: «Zwangssterilisation geistig behinderter Frauen» (1986)