

Selbstbestimmung und Autonomie im Kontext der Pränataldiagnostik

1. Einführung

„PND – Keine Fragen!?“ – Es ist wichtig, dass es diese Tagung gibt! Die modernen Biotechnologien, zu denen die PND gehört, bedürfen einer kritischen gesellschaftlichen Begleitung. Es muss immer wieder geprüft werden, ob und wie weit diese Entwicklungen tatsächlich dem Menschen und seiner Entfaltung dienen, oder diese – offen oder sublim - unterminieren. Um diese Frage geht es letztlich in aller ethischen Reflexion. Es ist also wichtig zu fragen - und zu hinterfragen! In den folgenden Ausführungen soll dies im Hinblick auf die Rolle geschehen, welche Autonomie und Selbstbestimmung – vor allem der Frau - im Rahmen der aktuellen Praxis der vorgeburtlichen Diagnostik spielen. Autonomie und Selbstbestimmung stellen zentrale Werte in unserer heutigen Gesellschaft dar, die als „Ethos der Autonomie“ vehement verteidigt aber auch heftig kritisiert werden. Faktisch stehen diese Werte auch im Zentrum des medizinischen Ethos. Vor allem aber sieht man heute im Recht der Frau auf Selbstbestimmung *die* zentrale Legitimation für die Durchführung pränataler Diagnostik.

Zunächst soll Einiges zum aktuellen Stand und zum gesellschaftlichen Kontext der PND rekapituliert werden. Die PND interessiert im Zusammenhang dieser Tagung und dieses Referats, weil sie in den meisten Fällen dazu dient, nach möglichen Schädigungen des ungeborenen Kindes zu suchen und der Frau so eine Entscheidungsgrundlage zu liefern, ob sie die Schwangerschaft fortführen oder abbrechen will. Sicherlich kann die PND nicht ganz auf diese Problematik reduziert werden, ihre faktische Bedeutung liegt aber doch vor allem in dieser Indikation.

Medizinisch beobachten wir in den letzten Jahren/Jahrzehnten trotz mancher Kritik eine *Zunahme* der PND sowie eine *Verfeinerung* ihrer Methoden. Es gibt einen *Trend zu nicht-invasiven Methoden* (v.a. Ultraschallscreening). Er ist deshalb von Bedeutung, weil hier die Risiken, die invasive Verfahren für Mutter und Kind haben (Auslösung einer Fehlgeburt), wegfallen und diese Verfahren daher aus medizinischer Sicht problemlos und ohne besondere Indikationsstellung angewendet werden können. Sie eignen sich als Screening-Verfahren. Des Weiteren gibt es einen Trend zu einer möglichst *individuellen und exakten Risikovorhersage*. Die Suche nach einer möglichst exakten, individuellen Vorhersage einer möglichen Schädigung des Kindes wird verteidigt mit dem Argument, dass dadurch eine sicherere Entscheidungsgrundlage geliefert wird und viele Abtreibungen verhindert werden können. Dieser Entlastungseffekt verhindert aber nicht, dass auch mit modernsten Methoden eine Behinderung nie mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

Letztlich muss die Frau immer auf dem Boden von Wahrscheinlichkeiten ein Urteil über Leben und Tod ihres Kindes treffen, das sie allein verantworten muss. Faktisch entscheiden sich heute weitaus die meisten Frauen gegen ein behindertes Kind.

In der medizinischen Diskussion wird man sich zunehmend bewusst, wie sehr Frauen hier in schwierige und emotional ambivalente, aufwühlende Entscheidungssituationen gebracht werden, in denen sie sich oft überfordert fühlen. Aus diesem Grund wird die Forderung nach Unterstützung durch qualifizierte Beratung auch in medizinischen Kreisen lauter.

Natürlich sind Frauen in solchen Situationen „frei“, sich für oder gegen ein Kind zu entscheiden. Ohne ihre explizite Zustimmung kann nicht weiter in die eine oder andere Richtung vorgegangen werden. Aus einer anderen Perspektive ist der Spielraum ihrer Entscheidung jedoch stark eingengt. Frauen begegnen bestimmten Normalitätsvorstellungen und Erwartungshaltungen in Gesellschaft, sozialem Umfeld und von Seiten der behandelnden Ärzte, die einen Druck erzeugen, sich gegen ein behindertes Kind zu entscheiden. So gesehen wird die Entscheidung für ein behindertes Kind immer schwieriger. Insgeheim hat sich der Rechtfertigungsdruck verschoben: Nicht mehr der Abbruch ist rechtfertigungsbedürftig, sondern die Fortführung: „Weißt du auch, was da auf dich zukommt?“ „Hast du dir das auch gut überlegt?“; „So ein Kind muss man ja heute nicht mehr austragen!“. Trotz eines konsequenten Abbaus von Diskriminierungen für Behinderte in unserer Gesellschaft schreitet die vorgeburtliche Selektion voran. Der entsprechende Druck wird sich überall dort, wo die Präimplantationsdiagnostik gesetzlich erlaubt wird, noch verschärfen. Schließlich bewirken die verschiedenen *wrongful-birth*-Urteile der letzten Jahre, dass Ärzte sich mit einem Mehr an Diagnostik, mit offensiverer Aufklärung und mit einer Entscheidung der Patienten für einen Abbruch auf der „auf der sichereren Seite“ fühlen.

2. Autonomie und Selbstbestimmung im Kontext der PND

a) Autonomie und Selbstbestimmung in der heutigen Gesellschaft

Individuelle *Autonomie und Selbstbestimmung* sind zentrale Werte unserer westlichen, liberalen Gesellschaft. Diese wollen angesichts eines wachsenden Wertpluralismus dem einzelnen möglichst viel an Freiheit gewähren und allgemeine moralische und gesetzliche Verpflichtungen möglichst niedrig halten. Die Freiheit des einzelnen findet hier ihre Grenze nur dort, wo (a) die gleiche Freiheit des anderen verletzt wird (ich darf nicht meine Freiheit auf Kosten des Rechts auf Freiheit des anderen leben) oder wo (b) fundamentale Güter bedroht sind, die wichtig für alle sind. Der zweite Leitwert ist *Gerechtigkeit*, d.h. die Bereitschaft, die entsprechenden Rechte aller Individuen gleich wichtig zu nehmen und nicht einige zum Schaden anderer zu bevorzugen.

Dieses gesellschaftliche Ethos der Autonomie lässt sich in mancher Hinsicht kritisieren: Es begünstigt eine *Privatisierung* vieler Fragen; es bietet keine Barriere gegen eine

egozentrische und *willkürliche* Lebensführung; es kann zum Verlust von *sozialem Sinn und Verantwortungsgefühl* führen. Trotz dieser Probleme muss man sich aber bewusst sein, dass der schon genannte *gesellschaftliche Wertpluralismus* kaum anders bewältigt werden kann, wenn man darauf verzichten will, bestimmte Werte und eine einheitliche Lebensform mit Gewalt und gegen die Gewissensüberzeugung der einzelnen Individuen durchzusetzen. Die Idee von Liberalität scheint die einzig mögliche Antwort auf Multikulturalität und Pluralität zu sein. Sie hat jedoch tatsächlich Schattenseiten, die gesehen werden müssen und auf die reagiert werden muss.

b) Reproduktive Autonomie

Im Kontext der PND spricht man heute meist von einer *reproduktiven Autonomie* der Frau, von *reproductive choice*: Die Frau soll im Bereich der Fortpflanzung in vieler Hinsicht das Recht zu selbstbestimmten Entscheidungen haben und die Gesellschaft soll dabei so wenig wie möglich eingreifen. Der Begriff umfasst in der heutigen Diskussion nicht nur die Entscheidung für oder gegen die Fortführung einer Schwangerschaft sondern auch die Frage, ob Frauen bzw. Eltern in Zukunft nicht das Recht haben sollten, über bestimmte erwünschte Merkmale ihrer Kinder zu entscheiden. Dem Hinweis auf die Gefahr, dass eine solche umfassende Freiheit notwendig in eine neue Eugenik führen werde, wird meist entgegengehalten, dass wirkliche Gefahren nur von einer staatlich gelenkten Eugenik drohen, nicht aber dort, wo man die individuelle Entscheidungsfreiheit schützt und individuelle Eltern über ihre je eigenen Kinder Entscheidungen treffen.

Ausgeblendet wird in dieser Argumentation immer wieder, wie sehr scheinbar individuelle, autonome Entscheidungen unter der Hand von gesellschaftlichen Strukturen und Rahmenbedingungen abhängig sind und durch sie gesteuert werden können. Die individuelle Entscheidung eines Menschen ist immer in einen Kontext eingebettet, der diese mitbestimmt, der Entscheidungsmöglichkeiten vorstrukturiert, Handlungsräume absteckt und bestimmte Entscheidungen nahe legt.

c) Autonomie im Kontext des medizinischen Ethos

Die Betonung von Autonomie findet sich auch im gegenwärtigen *ärztlichen Ethos* wieder. In den letzten Jahrzehnten (ca. ab 1960 / 1970) ist hier ganz allgemein der Wille des Patienten, die sog. *Patientenautonomie*, ins Zentrum getreten. Als zentrale Legitimation für das ärztliche Handeln gilt heute nicht mehr das objektive Wohl des Patienten, sondern dessen *aufgeklärter, informierter Wille*. Es ist der Patient, und nicht der Arzt, welcher die letzte Entscheidungsbefugnis in Fragen der medizinischen Behandlung besitzt! Entsprechend gilt jede eigenmächtige ärztliche Intervention (außer in einigen Ausnahmesituationen) *ohne* oder *gegen* diesen Willen als unzulässig.

Genau in dem Maß, wie die Patientenautonomie wichtig wurde, stieg auch die Bedeutung von *Aufklärung und Zustimmung* – englisch *informed consent* (Doktrin des *informed*

consent). Je mehr Gewicht man dem Patientenwillen zubilligt, desto wichtiger wird es, ihm die entsprechenden Entscheidungsgrundlagen zu liefern, d.h. ihn angemessen aufzuklären. Über kaum ein anderes Thema wurde medizinethisch in den vergangenen Jahren so viel geschrieben und diskutiert, wie über Patientenautonomie, über verschiedene Modelle von Aufklärung und Zustimmung und über mögliche *Einschränkungen der Patientenautonomie*, wie z.B. bei Kindern, psychisch kranken Personen, Abhängigkeit vom Arzt oder Zustände von Verwirrtheit und Demenz. Schließlich ist klar, dass diese Autonomie sich ganz wesentlich auf *das eigene Leben* bezieht, sodass Probleme schon dort auftauchen, wo Eltern über ihre Kinder Entscheidungen treffen. Im Zusammenhang mit der PND fällt hier auf, dass die Entscheidung der Frau sehr wohl auch ein anderes Lebewesen und seine Interessen berührt.

Was folgt aus all dem für die pränatale Diagnostik: (1) Sie stellt zunächst eine diagnostische Methode wie viele andere dar, die nur nach Aufklärung und Zustimmung durchgeführt werden darf und *keinesfalls eigenmächtig!* – (2) Andererseits muss der Arzt sie als Möglichkeit anbieten, das heißt es gibt eine *Informationspflicht* über die medizinisch diagnostischen Möglichkeiten. – (3) Schließlich liegt es gerade auf der Linie dieses Ethos, dass *an die Qualität der Aufklärung und an die Freiheit der Entscheidung hohe Ansprüche gestellt werden können und müssen*.

Gerade beim dritten Punkt lohnt es sich, weiterzudenken. Eine umfassende Aufklärung erfordert, einer Person *alle relevanten Voraussetzungen für eine Entscheidung* mitzuteilen. Dazu gehören auch alle möglichen Folgen. Im Hinblick auf die PND ergibt sich daraus eindeutig die Pflicht, eine Frau *möglichst frühzeitig über alle möglichen Folgeprobleme, die sich aus ihrer Entscheidung ergeben*, zu informieren und sich nicht nur auf die Mitteilung medizinischer Fakten zu beschränken. Viele sehen auch, dass man Frauen in diesen Entscheidungskonflikten nicht allein lassen darf und dass hier *Zeit* eine wichtige Rolle spielt, und sie fordern deshalb das Angebot von qualifizierter, auch psychologisch geschulter *Beratung*. Ich vermute, dass die Standards sich hier in Zukunft von selber nach oben verschieben werden. So wird in einem wissenschaftlichen Forschungsbericht zum Thema PND kritisiert, dass bei der Beratung der Frau keinesfalls solche allgemeine Qualitätsstandards existent sind, wie bei der Diagnostik selbst (PND aus Sicht medizinischer Expertinnen, 2004, 96). Für die Entwicklung dieser Standards sind aber die Erfahrung betroffener Frauen und ihr Urteil bezüglich möglicher Defiziten von entscheidender Bedeutung. Die Akteure im Gesundheitswesen sind darauf angewiesen, dass ihnen diese Information zurückgespielt wird.

3. Kritik der Autonomie

In dem eben skizzierten Sinn gibt es sicherlich einen Willen, die Autonomie von Frauen im Kontext von PND zu ermöglichen und zu stützen. Trotzdem bleiben im Hinblick auf ein solches „Ethos der Autonomie“ einige Probleme offen:

Die Frage, ob nicht das ungeborene Kind eine *eigenständige Person mit Rechten ist*, an denen die Entscheidungsfreiheit der Frau eine Grenze findet, taucht nicht auf! Man überlässt es der Frau, wie sie ihr ungeborenes Kind moralisch „wahrnimmt“: als ein personales „Du“ mit einem Recht auf Leben oder als ein Wesen, über welches sie verfügen kann. Diese Frage lässt sich jedoch über eine Berufung auf Autonomie allein nicht lösen! Sie muss auf einer anderen Ebene geklärt werden, nämlich in einer Diskussion über den Status des ungeborenen Lebens.

Liberales Gesellschaften neigen ganz allgemein dazu, moralisch schwierige und kontroverse Fragen in die Verantwortung des einzelnen abzuschieben. Es zeigt sich jedoch immer wieder, dass das nur begrenzt funktioniert: bestimmte Fragen müssen *gesellschaftlich* diskutiert und entschieden werden, auch wenn sich keine abschließende Antwort finden lässt.

Eine weitere Grenze eines Ethos der Autonomie findet sich darin, dass man zwar an der Verbesserung der Qualität von Aufklärung und Beratung arbeiten, an der Idee einer streng wertneutralen Beratung jedoch festhalten wird. Damit aber wird die Frau hier keinen Kontext finden, der sie in ihrer Entscheidung in eine bestimmte Richtung, z.B. für ein behindertes Kind, positiv stützt. Diese Lücke muss anders gefüllt werden. Das „System“ als solches wird einen wertbezogenen Kontext nicht bieten können. Wir stoßen hier auf prinzipielle Grenzen des Beratungsparadigmas.

Wenn im ärztlichen und medizinischen Umfeld von der zu respektierenden Selbstbestimmung der Patientin die Rede ist, werden meist zwei Dinge ausgeblendet, die *Existenz gesellschaftlicher Zwänge* einerseits und eine *kritische Sicht auf das eigene (medizinische) System* andererseits. Jene, die selbst Teil des Systems „Medizin“ sind, sind rein strukturell gesehen nur begrenzt zu einer wirklich kritischen Reflexion über das Gesamtsystem in der Lage, auch wenn es natürlich immer wieder Ausnahmen gibt. Ärzte, die einen Großteil ihrer Energie z.B. der Entwicklung und Verfeinerung pränataldiagnostischer Möglichkeiten widmen, werden diese bei Aufklärungsgesprächen nicht allzu sehr in Frage stellen. Man arbeitet wohl konsequent an Verbesserungen *innerhalb des Systems*, stellt aber das *System als Ganzes* kaum in Frage. Diese umfassendere Auseinandersetzung muss wiederum von woanders her geleistet werden!

Der letzte Punkt führt zu einer bestimmten Form von Fundamentalkritik der heutigen Medizin, die in letzter Zeit von einigen Soziologen/Innen und Kulturanthropologen/Innen erhoben worden, die im Gefolge von Michel Foucault die moderne Medizin und das Ethos der Autonomie als Teil einer umfassenden *Biopolitik* ansehen (vgl. Lemke: Lebenspolitik und Biomoral). Politik und Gesellschaft *konstruieren* dieses Ethos der Autonomie bewusst und *instrumentalisieren* es, um unter der Hand bestimmte Ziele zu erreichen. Die Gesellschaft lässt dem Individuum zwar Freiheit, manipuliert zugleich aber indirekt diese Freiheit in eine

bestimmte Richtung; z.B. dadurch, dass bestimmte normative Erwartungen aufgebaut werden, denen man sich kaum zu entziehen vermag.

4. (Positive) Ethik der Autonomie

Ich selbst teile diese Radikalkritik nicht – sie formuliert bestimmte Ambivalenzen und Gefahren, aber im Kern haben Selbstbestimmung und Autonomie es mit der Würde des Menschen zu tun. Respekt vor der Individualität eines Menschen und seinen tiefen Überzeugungen ist etwas, das gerade auch aus christlicher Sicht zu fordern und zu stützen ist. Mein Vorschlag lautet, nicht gegen die Betonung von Autonomie und Selbstbestimmung in unserer Gesellschaft und im medizinischen Bereich zu polemisieren, sondern vielmehr ein *richtiges und umfassendes Verständnis von Autonomie* zu entwickeln und zu versuchen, entsprechende Konsequenzen gesellschaftlich durchzusetzen. Daraus ergeben sich genügend Ansatzpunkte für das Thema der pränatalen Diagnostik, die ich nun ausführen will.

a) Aufdecken von Zwängen

Schon immer hat man unter Autonomie verstanden, dass ein Mensch *frei von Zwängen* sein muss, um sich selbst autonom bestimmen zu können. Obwohl wir uns nun heute ohne Zweifel von vielen früheren Zwängen befreit haben, sind an die Stelle alter Zwänge neue getreten. Auch heutige Menschen fühlen sich in vielerlei Hinsicht nicht wirklich „frei“. Wirkliche Freiheit lässt sich wahrscheinlich überhaupt nicht ein für alle Mal „herstellen“, sondern muss immer wieder neu errungen werden. Sie hat äußere und innere, soziale, psychologische und geistige Bedingungen, über die nachzudenken ist.

Gerade im Namen von Autonomie muss also auch auf dem Gebiet der PND immer wieder genau gesucht werden, welche Zwänge hier eventuell wirksam sind, auch im Sinn einer Entscheidung *gegen* ein behindertes Kind. Wie erwähnt haben auch liberale, „freie“ Gesellschaften ihre je eigenen Zwänge, die z.B. in Form öffentlicher Erwartungen, normativer Rollenvorstellungen und gesellschaftlicher Ideale sichtbar werden. Man denke an die aktuelle Dominanz von Schönheitsvorstellungen, an Gesundheitsideale und an den Zwang einer immer kompromissloseren Optimierung des Profits im Dienst steigenden Wohlstands. Diese Vorstellungen diktieren zum Teil auch dasjenige, was man als „vernünftig“ anzusehen hat.

b) Freiheit bedeutet nicht Willkür

Autonomie im guten Sinn meint nicht Freiheit im Sinn von Willkür, sondern Freiheit, in selbständiger Weise *moralische Verantwortung für das und im eigene Leben* zu übernehmen. Dies wird zumindest bei Immanuel Kant betont, der den modernen Autonomiebegriff entscheidend geprägt hat. Die Autonomie eines Menschen zu achten und zu fördern, hat nichts mit allgemeiner moralischer Entlastung zu tun, sondern damit, ihn in seiner unverletzlichen Moralfähigkeit ernst zu nehmen und zu stützen. Im Hinblick auf PND muss das Ziel von Beratung und Begleitung daher auch sein, in einem Menschen den Sinn für die

individuelle Verantwortung in seinem Leben zu wecken und ihn in einer verantwortungsvollen Entscheidung zu stützen.

Das klassische Argument „Mein Bauch gehört mir“ mag insoweit zutreffen, als die anderen in dieser Sache vielleicht kein Recht haben, mir ihre Meinung zu diktieren; es ist aber insoweit falsch, als damit angedeutet wird, hier handle es sich um eine Frage ohne wirkliche ethische oder moralische Bedeutung. Der rechtliche Freiraum entlastet in keiner Weise von individueller ethischer Verantwortung!

Gerade als Christen glauben wir, dass jeder Mensch ein unverlierbares Gewissen besitzt. Jenseits der Frage, wie sich Frauen in Kontext von PND entscheiden, ginge es darum, ihnen die ethisch-moralische Herausforderung, unter der sie stehen, bewusst zu machen, die Stimme ihres eigenen Gewissens hören zu lernen, und sie in der entsprechenden Auseinandersetzung zu begleiten. Darin liegt keine falsche „Moralisierung“ der Schwangerschaftskonfliktsituation, wie oft behauptet wird. Hier geht es vielmehr um die Würde des Menschen, die gerade darin besteht, dass er (oder sie) sein/ihr Leben *verantwortlich* führt.

c) Sozial eingebettete Autonomie

Menschen realisieren ihre Autonomie konkret im Kontext von sozialen Bezügen, die für ihre Identität konstitutiv sind. Die Meinung und die Anerkennung von Menschen, die uns nahe stehen, sind uns wichtig und ihre Meinung beeinflusst uns. Wir benötigen das Gespräch mit anderen Menschen, um uns über uns selbst und über das, was wir wirklich wollen, klar zu werden. Oft wird uns erst dann, wenn wir mit den Erfahrungen anderer Menschen konfrontiert werden, einiges über uns selber klar. All dies ist Ausdruck dessen, dass die Person ein dialogisches Wesen ist und sich selbst nur über und in Beziehungen selbst zu finden vermag.

Wollen wir also, dass Menschen authentische Entscheidungen treffen und sich so wahrhaft selbst bestimmen, dann genügt es nicht, sie sich in ihrer Freiheit selbst zu überlassen. Die wertbezogene Realisierung ihrer Freiheit hat Bedingungen auf der Ebene von Beziehung und Gemeinschaft. Wir benötigen einen Kontext, in dem wir in unseren Werthaltungen, die für uns wichtig sind, getragen und geschätzt sind.

Aus diesem Befund ergibt sich eine doppelte ethische Pflicht: Wir müssen einerseits bereit sein, für andere da zu sein und sie zu stützen, es gibt aber auch eine Bringschuld der Betroffenen, sich nicht selbst zu isolieren. Die Freiheit, die uns in der heutigen Gesellschaft zugemutet wird, kann nur „bewältigt“ werden, wenn das Individuum sich seinerseits neu „einbettet“ in Beziehungen, die seiner eigenen Lebensweise entsprechen. Insofern müssen wir sehr wohl einer zunehmenden Individualisierung Widerstand leisten.

Die einzig mögliche Antwort auf die viel diskutierte Individualisierung unserer Gesellschaft ist eine neue Selbsteinbettung des Individuums in Kontexte von Beziehung und Gemeinschaft, die dieses jedoch frei wählen kann und muss. Dabei kann dieselbe soziale Einbettung, die wir benötigen, um uns selbst zu entfalten, zum Zwang werden, sobald wir uns nicht mehr mit den entsprechenden Werten identifizieren. Dann werden die entsprechenden Strukturen und Beziehungen zu einem neuen Zwang. Der Freiheitsgewinn besteht darin, dass man sich dieser Einflüsse bewusst wird und man sich zu ihnen frei verhalten kann.

d) Autonomie und Charakter

Es gibt eine zweite, wichtige „Einbettung“ anspruchsvoller autonomer Entscheidungen in unserem Leben. In schwierigen Situationen werden wir anspruchsvolle sittliche Entscheidungen nur auf dem Hintergrund von schon länger bestehenden Werthaltungen realisieren können. Erst auf dem Hintergrund einer bestimmten sittlichen Persönlichkeit, die wir geworden sind, werden wir das Richtige auch dort tun können, wo es schwierig ist. Man sprach früher in diesem Zusammenhang von Tugenden, heute spricht man oft von Charakter bzw. moralischem Charakter. Geglückte Entscheidungen in unserem Leben haben also eine Vorgeschichte, sie sind eingebettet in eine bestimmte Biographie, die durch bestimmte Werthaltungen und Wertprioritäten ausgezeichnet ist. Die Entfaltung und Realisierung echter Autonomie setzt also die Sorge um so etwas wie den eigenen Charakter voraus.

e) Gesellschaftlichen Bedingungen konkreter Realisierung von Autonomie

Neben diesen zwei Formen von Einbettung hat die Realisierung von Autonomie auch äußere, gesellschaftliche Bedingungen. Die Gesellschaft kann sich nicht darauf beschränken unsere inneren Entscheidungen zu respektieren, sondern muss uns in größtmöglicher Weise all jenes zur Verfügung stellen, was es uns erlaubt, diese Entscheidungen auch zu realisieren. Die Gesellschaft muss also die Bedingungen schaffen, dass Frauen die innere Bereitschaft zu einem behinderten Kind auch *äußerlich* realisieren können. Analog zu der Bereitschaft der Gesellschaft, Frauen darin zu unterstützen ein eventuelles *Nein* zu einem Kind auch faktisch realisieren zu können (Schutz vor Diskriminierung, vor Strafverfolgung, vor Belästigung durch Pro-Life-Aktivistinnen u.a.) müssen Frauen sich stark machen, in ihrer Entscheidung für ein behindertes Kind, gesellschaftlich gestützt zu werden! Dies führt z.B. zur Frage finanzieller Unterstützung, zur Frage des Abbaus von Barrieren u.a.

Die Gesellschaft muss die Entscheidung für ein behindertes Kind – auch die Entscheidung, sich einem Teil des medizinischen Systems zu verweigern –, als *Teil eines möglichen Lebensplans* anerkennen! In diesem Sinn haben Frauen ein Recht darauf, in dieser ihrer Entscheidung von Ärzten und Schwestern im Gesundheitsbereich respektiert zu werden.

Werden die genannten Bedingungen geglückter Autonomie beachtet, dann entgeht man dem Problem, dass unsere Gesellschaft durch einen falschen, verkürzten Autonomiebegriff

geprägt wird: Autonomie als bloßes Recht auf willkürliches Handeln, als „moralfreier“ Raum; individualistische Verkürzung oder das Ausblenden des sozialen und biographischen Rahmens von Autonomie.

Literaturhinweise

- Bernhard Wieser u.a.: Pränataldiagnostik aus der Sicht von medizinischen Expertinnen, Interuniversitäres Forschungszentrum für Technik, Arbeit und Kultur. Ergebnisse einer empirischen Studie im Rahmen des Forschungsprojekts prenatal testing: Individual decision or distributed action?, Graz 2007.
- Bernhard Wieser u.a.: Pränataldiagnostik aus der Sicht von untersuchten Frauen, Interuniversitäres Forschungszentrum für Technik, Arbeit und Kultur, Ergebnisse einer empirischen Studie im Rahmen des Forschungsprojekts prenatal testing: individual decision or distributed action?, Graz 2007.
- Hildt, Elisabeth: Autonomie. Von den Implikationen eines politisch-moralischen Ideals in Humangenetik und Neurowissenschaften, in: Jahrbuch für christliche Sozialwissenschaften, 45/2004, S. 37-60.
- Hildt, Elisabeth: Zur Relevanz einer weiten Autonomiekonzeption für die biomedizinische Ethik, in: Ethica 15/2007, S. 73-96.
- Lemke, Thomas: Lebenspolitik und Biomoral (<http://www.thomaslemkeweb.de/engl.%20texte/Lebenspolitik%20und%20Biomoral.pdf>; Zugriff am 6.10.09).
- Reinfeldt, Sebastian: Warum Biopolitik?, in: Politix 19/2005, 13-15.