GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

Weibliche Selbstbestimmung und die Angebote der Fortpflanzungsmedizin

Graumann, Sigrid

2001

https://doi.org/10.25595/919

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Graumann, Sigrid: *Weibliche Selbstbestimmung und die Angebote der Fortpflanzungsmedizin*, in: Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis, Jg. 24 (2001) Nr: 59, 131-137. DOI: https://doi.org/10.25595/919.

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY 4.0 Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu dieser Lizenz finden Sie hier:

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de

Terms of use:

This document is made available under a CC BY 4.0 License (Attribution). For more information see:

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

beiträge
zur feministischen theorie und praxis

das geht mir zu nah

STERBEN & TOD

damit will ich nichts zu tun haben

59

beiträge
zur feministischen theorie und praxis

das geht mir zu nah

STERBEN & TOD

damit will ich nichts zu tun haben

59

1. Auflage 2001
Eigenverlag des Vereins Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis e.V., Köln
Satz: Eul-Gombert & Gombert, Bergisch Gladbach
Druck: Rotaform, Bergisch Gladbach

Impressum

beiträge
zur feministischen theorie und praxis

24. Jahrgang (2001) Heft 59

Verantwortliche Redakteurinnen: Claudia Nikodem, Nicole Pirpamer

Redaktion: Petra Erbrath, Schahrzad Farrokhzad, Kristina Reiss, Brunhilde Sauer-Burghard, Erika Schulze, Eva Soja, Ingrid Straube

Redaktionelle Mitarbeit: Esther Burkert

Lektorat: Heidrun Uta Ehrhardt

Mitarbeiterinnen dieses Heftes: Eva Bischoff, Ingeborg Broska, Traude Bührmann, Esther Burkert, Heidrun Uta Ehrhardt, Schahrzad Farrokhzad, Maria del Carmen Gonzales Gamarra, Sigrid Graumann, Heike Gronski, Christa Grotepass, Ajana Holz, Anna Kling, Claudia Lohrenscheit, Claudia Nikodem, Chris Paul, Kristina Reiss, Brunhilde Sauer-Burghard, Birgit Schmidmeier, Eva-Maria Soja, Ingrid Straube, Gita Tost

Die „beiträge" erscheinen ca. dreimal im Jahr. Preis des Einzelheftes ab Heft 52 15,– €, Doppelheft 21,– €, Heft 9/10-52 s. Lieferbare Titel, Abonnement (jeweils 3 Nummern) 43,– €, Förderabonnement ab 62,– €, Mitfrauenabonnement 41,– € (jeweils inclusive Porto- und Verpackungskosten). Einzelhefte sind durch jede Buchhandlung oder direkt beim Verlag zuzügl. Versandkosten zu beziehen. Abonnements ausschließlich beim Verlag. Abbestellungen spätestens drei Monate vor Ende des Kalenderjahres möglich. Der Verlag erzielt keinen Gewinn. Mitarbeit erfolgt grundsätzlich ohne Honorar. Copyright by the authors. Nachdruck nur mit besonderer Erlaubnis des Verlages und unter Quellenangabe gestattet. Sämtliche Verwertungsrechte an Übersetzungen liegen beim Verlag. Für unverlangt eingesandte Manuskripte kann keine Haftung übernommen werden.

ISSN 0722-0189

Verlags- und Redaktionsadresse: Niederichstr. 6, 50668 Köln, Tel.: 0221/13 84 90; FAX: 0221/139 01 94; http://www.beitraege-redaktion.de; E-Mail: beitraege-redaktion@t-online.de
Konto: Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis e.V., Konto-Nr.: 7 192 032 Stadtsparkasse Köln (BLZ 370 501 98) und Konto-Nr. 56530-500 Postbank Köln (BLZ 370 100 50)

Vertrieb von Einzelheften und Abonnements: Verlag des Vereins Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis e.V.
Auslieferung für den Buchhandel: (BRD, Österreich, Niederlande): SOVA, Friesstr. 20-24, 60388 Frankfurt, Tel.: 069/41 02 11; FAX: 069/41 02 80
Schweiz: ars.lit. Verlagsauslieferung, Oberwilerstr. 64, CH-4054 Basel, Tel.:/FAX: 0041/61/281 11 23

INHALT

Editorial 5

Sterben & Tod

Heidrun Uta Ehrhardt
Tribunal vor dem Spiegel 13

Gita Tost
Nur ein Leben 19

Maria del Carmen Gonzalez Gamarra
Vier Begegnungen mit dem Tod 23

Traude Bührmann
ZIEGENSTÄLLE:
den Mumien liebe Grüße 29

Ingrid Straube
Der Tod in der Existenzphilosophie 31

Brunhilde Sauer-Burghard
Der Wunsch nach Unsterblichkeit hat (k)ein Geschlecht
Die Kontrolle des Todes durch die Medizin 45

Claudia Nikodem/Eva-Maria Soja
Mit dem Sterben leben –
Alltag einer Pfarrerin in einem Altenheim –
„Der Tod ist allgegenwärtig, aber er wird wenig thematisiert" 53

Chris Paul
Trauern – vom stillen Kämmerlein mitten ins Leben 69

Anonyma
Leben mit einer HIV-Infektion und Sterben an Aids
Persönlicher Bericht einer positiven Frau 83

Heike Gronski
Leben mit einer HIV-Infektion und das Sterben an Aids
Frauen und das positive Testergebnis 87

Traude Bührmann
Calife backbord 90

Esther Burkert
Frauen als Zielgruppe von Patientinnenverfügungen und Sterbehilfe – zwischen Selbstbestimmungsversprechen und Bevölkerungspolitik
Selektiv sterben – Der neue Euthanasietod – ein Frauentod? 93

Ajana Holz
Über die Notwendigkeit einer Totenkultur in Frauenhänden 115

Kristina Reiss
„Jetzt kommt hier eine Frau" –
Ein Interview mit der Bestatterin Christa Grotepass 121

Rätsel Sterbenswörtchen
Auflösung Heft 58 128

Diskussion *Sigrid Graumann*
Weibliche Selbstbestimmung und die Angebote der Fortpflanzungsmedizin 131

Dokumentation *Claudia Lohrenscheit*
„The Struggle Continues" – Societies in Transition – Challenges to Women's and Gender Studies 139

Rezensionen *Ingrid Straube*
Die Quellen der Philosophie sind weiblich.
Vom Einfluss weiser Frauen auf die Anfänge der Philosophie 145

Ute Planert (Hrsg.)
Nation, Politik und Geschlecht. Frauenbewegungen und Nationalismus in der Moderne.
Geschichte und Geschlechter Bd. 31 146

Judith Schlehe (Hrsg.)
Zwischen den Kulturen – zwischen den Geschlechtern.
Kulturkontakte und Genderkonstrukte 148

Autorinnen 154

Vorankündigung Heft 60
Gen- und Reproduktionstechnologien (Arbeitstitel) 157

Vorankündigung Heft 61
Frauen und Medien (Arbeitstitel) 157

Diskussion

Sigrid Graumann

Weibliche Selbstbestimmung und die Angebote der Fortpflanzungsmedizin

Feministische Positionen in der biopolitischen Diskussion

In der Debatte über die Reform des § 218 in der ersten Hälfte der neunziger Jahre waren die Fronten noch klar: Auf der einen Seite stand die Frauenbewegung mit der Forderung, dass Frauen das Recht zugestanden werden muss, selbstbestimmt über die Fortsetzung oder den Abbruch einer Schwangerschaft zu entscheiden, auf der anderen stand die Lebensschutzbewegung mit der Forderung, dass der Gesetzgeber die Tötung „unschuldiger ungeborener Kinder" mit allen Mitteln zu verhindern habe. Der Konflikt endete im Mai 1995 durch die Verabschiedung der neuen Schwangerschaftsabbruchregelung im Bundestag mit einem Kompromiss: Der Abbruch einer unerwünschten Schwangerschaft ist seitdem im ersten Schwangerschaftsdrittel „rechtswidrig, aber straffrei".[1)]

Mittlerweile werden unter dem Stichwort „Lebensschutz" die neuen Entwicklungen in der Biomedizin, wie die Präimplantationsdiagnostik und die embryonale Stammzellforschung, kontrovers diskutiert. In der Presse wird immer wieder süffisant darauf hingewiesen, dass sich in diesem Streit Feministinnen plötzlich zusammen mit Lebensschützern auf der Seite der Kritiker wiederfinden (vgl. Potthast 2001). Dazu kommt, dass teilweise in der Debatte die Ansicht vertreten wird, wer die „Selektion" und den „Verbrauch" von Embryonen ablehnt, würde in die „Abtreibungsfalle" laufen. Die Tatsache, dass der Schwangerschaftsabbruch gesellschaftlich toleriert werde, im Labor gezeugte Embryonen aber streng geschützt seinen, zeuge von einer moralischen Doppelbödigkeit. Ergo müssten alle, die an dem Recht der Frau auf eine selbstbestimmte Entscheidung über Fortsetzung oder Abbruch einer unerwünschten Schwangerschaft festhalten wollen, auch einer anderweitigen „Nutzung" von Embryonen zustimmen (vgl. Glotz 2001, Merkel 2001).

Allerdings lauert von der anderen Seite die Gefahr, dass Fraueninteressen für die Legitimation von Forschungsinteressen funktionalisiert werden. Alles, was derzeit auf dem fortpflanzungsmedizinischen Markt zu haben ist, diene der Förderung der Selbstbestimmung der Frau. In einem derart „verminten Gelände" sieht sich die feministische Kritik mit besonderen Herausforderungen konfrontiert.

Von der kompromisslosen Ablehnung zur kritischen Nutzung der Gen- und Reprotechniken

In den achtziger Jahren war die kompromisslose Ablehnung der Gen- und Reprotechniken zumindest im deutschsprachigen Raum die dominante Position in der

Frauenbewegung.[2] Die Medikalisierung und Technisierung von Fruchtbarkeit, Schwangerschaft und Geburt wurde als Entmachtung von Frauen interpretiert. Frauen wurden als kollektive Opfer einer patriarchalen Unterdrückungstechnologie gesehen, der es feministischen Widerstand entgegenzusetzen galt.[3]
Die „Schlüsseltechniken", wie die Pränataldiagnostik (die genetische Diagnostik des Ungeborenen während der Schwangerschaft) und die In-vitro-Fertilisation (die künstliche Zeugung im Labor), gegen die sich die Frauenbewegung damals wandte, sind inzwischen gesellschaftlich etabliert. Neue Techniken wie die Präimplantationsdiagnostik (die genetische Selektion von im Labor gezeugten Embryonen) und das Klonen von Menschen (die Herstellung genetisch identischer Individuen) stehen vor der Tür. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass diese in absehbarer Zeit ebenfalls zur gesellschaftlichen Normalität gehören werden. Allerdings kann das, was gesellschaftliche Normalität ist, für die feministische Reflexion nicht normativ bindend sein. Schließlich ist die kritische Reflexion der gesellschaftlichen Praxis für die Frauenbewegung aus dem emanzipatorischen Interesse heraus unerlässlich.

Mittlerweile werden auch in der deutschen Debatte Stimmen laut, die die Erweiterung von Entscheidungs- und Handlungsoptionen durch die Gen- und Reprotechniken als Beitrag zur Befreiung der Frau von den „natürlichen" Zwängen der Fortpflanzung verstehen. Entsprechende Positionen werden vor allem von Ärzten im Namen von Frauen, vereinzelt aber auch von Feministinnen vertreten (vgl. Frommel 2001). Zumindest in den Kreisen der Frauenbewegung, die in der Praxis mit den neuen Techniken zu tun haben, überwiegen aber nach wie vor die kritischen Stimmen auf Grund der psychosozialen und soziokulturellen Folgen der biomedizinischen Angebote.[4]
Die ursprüngliche Frage in der feministischen Diskussion war, welche Auswirkungen die Techniken auf das Leben und die Selbstbestimmung von Frauen haben. Diese Frage hat sich keineswegs dadurch erübrigt, dass Frauen „massenhaft" zu Nutzerinnen der Pränataldiagnostik und der In-vitro-Fertilisation geworden sind. Es ist dadurch lediglich komplizierter geworden, eine angemessene Antwort zu finden.
Es mag in vielen Fällen zutreffen, dass Frauen informiert, freiwillig und damit selbstbestimmt die Pränataldiagnostik und die In-vitro-Fertilisation in Anspruch nehmen. Möglicherweise wird das auch bei der Präimplantationsdiagnostik so sein, sofern sie in der Praxis etabliert wird. Vielleicht stimmt es sogar für manche Frauen, dass sie sich selbstbestimmt als Eizellspenderinnen oder als Leihmütter zur Verfügung stellen wollen. Es ist allerdings festzuhalten, dass sie dies nicht in einem gesellschaftlichen Vakuum tun. Viele Frauen sind in ihrem Handeln und Entscheiden weiterhin ungerechten familiären, gesellschaftlichen und ökonomischen Bedingungen ausgesetzt. Alleine neue biomedizinische Handlungsoptionen ändern daran nichts.
Darüber hinaus sehen sich Frauen heute im Zusammenhang mit den neuen Handlungsmöglichkeiten einem zunehmenden Perfektionsdruck ausgesetzt, was ihre Familienplanung angeht. Ein Kind zum falschen Zeitpunkt oder gar ein behindertes Kind kann zum Armuts- und Karriererisiko werden. Für solche gesellschaftlich bedingten Probleme scheinen Pränataldiagnostik und In-vitro-Fertilisation individuelle, medizinisch-technische Lösungen bereitzustellen (vgl. Schindele 2001).
Die geringen Erfolgsraten der In-vitro-Fertilisation stehen allerdings der planmäßigen Realisierung des Kinderwunsches entgegen, weil die überwiegende Mehrzahl der betroffenen Frauen trotz wiederholter IVF-Behandlungen kinderlos bleibt. Die Chance, durch eine IVF-Behandlung tatsächlich ein Kind zu bekommen, beträgt gerade einmal 15,6 Prozent.[5] Genauso wenig kann die Pränataldiagnostik die Garantie für ein gesundes Kind geben. Die meisten Behinderungen bei Neugeborenen entstehen nach wie vor während der Schwangerschaft, der Geburt oder kurz danach.[6]

Notwendigkeit einer feministischen Reflexion weiblicher Selbstbestimmung

Vor dem Hintergrund der falschen Versprechung der Planbarkeit ist es naheliegend anzunehmen, dass Frauen „mit ihrem Körper einen gesellschaftlichen Versorgungsskandal reparieren".[7] Das Problem ist nur, dass sich viele Frauen selbst nicht als Opfer der Verhältnisse oder gar einer patriarchalen Unterdrückungstechnologie sehen; häufig ist sogar das Gegenteil der Fall.[8]

Was kann dann aber ein feministischer Begriff von Selbstbestimmung in Bezug auf Sexualität und Familienplanung bedeuten, wenn er möglicherweise nicht mehr alleine in Abgrenzung zu familiärer oder gesellschaftlicher Fremdbestimmung zu gewinnen ist? Dürfen partikulare Fraueninteressen aus feministischer Perspektive überhaupt in Frage gestellt werden? Ich meine, dass dies gar nicht zu vermeiden ist und dass die Frauenbewegung dies notwendigerweise auch schon immer getan hat. Zumindest sofern partikulare Fraueninteressen als Einwilligung in die eigene Unterdrückung interpretiert wurden, waren sie schon immer Gegenstand feministischer Kritik. Christina Thürmer-Rohr, die den Begriff der Mittäterschaft von Frauen geprägt hat, hat zudem darauf hingewiesen, dass Frauen, die die ihnen zugewiesene gesellschaftliche Rolle oft nur zu bereitwillig ausfüllen, für die Geschlechterhierarchie und ihre sozialen und politischen Folgen mitverantwortlich sind (vgl. Thürmer-Rohr 1991).

Der Umgang mit dem Selbstbestimmungsbegriff ist jedenfalls sowohl in der Frauenbewegung als auch innerhalb der feministischen Theoriebildung differenzierter geworden.[9] In den gesellschaftlichen Debatten über Abtreibung und Geburtenkontrolle wurde von feministischer Seite für Frauen das Recht gefordert, an einem bestimmten Lebensweg nicht gehindert zu werden, wie beispielsweise Kinder zu bekommen oder aber auch ein Leben ohne Kinder zu wählen. An diesem durch die Ablehnung familiärer, gesellschaftlicher und staatlicher Fremdbestimmung von Frauen gewonnenen Begriff von Selbstbestimmung ist auch nach wie vor festzuhalten, weil er keinen bestimmten Lebensweg für Frauen zur Norm erhebt. Damit entspricht er der innerfeministischen Forderung nach Anerkennung unterschiedlicher Erfahrungen und Lebensentwürfe, die von Frauen mit Behinderungen, armen Frauen, schwarzen Frauen und Lesben innerhalb der Frauenbewegung erhoben wurde und sich in der theoretischen feministischen Diskussion weitgehend durchgesetzt hat. Daraus folgt allerdings kein Anspruch auf medizinisch-technische Hilfe zur Erfüllung des Wunsches nach einem eigenen, gesunden Kind.

Die feministische „Lebensschutz"-Position

Ein wichtiger Streitpunkt in der innerfeministischen Diskussion ist, ob es so etwas wie eine feministische Lebensschutz-Position geben darf, wie sie von einigen Feministinnen vertreten wird. Es besteht jedenfalls nicht notwendigerweise ein Widerspruch darin, von der Schutzwürdigkeit menschlicher Embryonen auszugehen und gleichzeitig am Recht der Frau auf Selbstbestimmung festzuhalten. Die Situation einer Schwangerschaft berührt in unvergleichlicher Weise die körperliche und psychische Integrität der Frau. Wenn eine Frau dazu gezwungen würde, eine ungewollte Schwangerschaft auszutragen, würde ihr Recht auf Selbstbestimmung und ihr Recht auf körperliche und psychische Integrität verletzt.

Aus dieser Sicht wird ein Schwangerschaftskonflikt häufig als Konflikt zwischen zwei „Grundrechtsträgern" beschrieben. Weil dieser Konflikt nicht auf anderem Wege

abwendbar ist, muss der Frau die selbstbestimmte Entscheidung über Abbruch oder Fortsetzung einer unerwünschten Schwangerschaft überlassen bleiben (vgl. Braun 2001).
Dies gilt auch, wenn der Grund für den Schwangerschaftsabbruch der Befund nach einer Pränataldiagnostik ist. Aus feministischer Sicht ist in Bezug auf die Pränataldiagnostik also nicht der eventuelle Schwangerschaftsabbruch das eigentliche Problem, sondern die Etablierung der vorgeburtlichen „Selektion" in der medizinischen Praxis. Diese ethisch problematische medizinische Praxis rechtlich aber ausschließlich über den Schwangerschaftsabbruch zu regeln, kann aus feministischer Perspektive nicht akzeptiert werden. Die gezielte Suche nach „Fehlbildungen" bei dem Ungeborenen als zentraler Bestandteil der regulären Schwangerschaftsvorsorge ohne dementsprechende therapeutische Möglichkeiten ist ein Ausdruck davon, dass der Abbruch der Schwangerschaft mit einem behinderten Kind erwartet wird. Diese gesellschaftliche Erwartung steht im Widerspruch zu einem Verständnis von Elternschaft als „Liebesbeziehung", welches die Anerkennung des Kindes unabhängig von seinen Fähigkeiten voraussetzt (vgl. Haker 2001).
Bei der Präimplantationsdiagnostik handelt es sich um eine völlig andere Situation. Die Frau ist zum Zeitpunkt der Entscheidung nicht schwanger und daher auch nicht unausweichlich in ihrem Recht auf körperliche und psychische Integrität betroffen. Die Präimplantationsdiagnostik setzt die künstliche Befruchtung von mehreren Embryonen voraus, welche nach genetischen Kriterien „selektiert werden", um eine Schwangerschaft mit einem „gesunden" Embryo herbeizuführen. Einen Anspruch auf eine derartige medizinisch-technische Hilfe zur Erfüllung des Wunsches nach einem genetisch eigenen, gesunden Kind, welcher gegen die Schutzwürdigkeit menschlicher Embryonen abgewogen werde müsste, gibt es nicht – mögen die Wünsche und Interessen der betroffenen Paare auch noch so drängend sein (vgl. Graumann 2002).
Dazu kommt, dass die Präimplantationsdiagnostik bei einem eigentlich fruchtbaren Paar eine physisch und psychisch belastende In-vitro-Fertilisation voraussetzt. Dabei kann weder garantiert werden, dass die Frau tatsächlich ein Kind bekommt (der größte Teil der Frauen bleibt wegen der geringen Erfolgsraten der IVF trotz allem kinderlos), noch, dass das Kind gesund sein wird (die Gendiagnostik an embryonalen Zellen ist ausgesprochen unzuverlässig). Die Präimplantationsdiagnostik kann damit kaum als bessere Alternative im Vergleich zur Pränataldiagnostik gelten, wie sie immer verkauft wird (vgl. Kollek 2000).

Die feministisch-gesellschaftspolitische Position

Aber auch dann, wenn einem Embryo kein Anspruch auf Schutz seines Lebens zukommen sollte, wie andere Feministinnen meinen, sprechen gewichtige Argumente gegen die vorgeburtliche „Selektion". Die Pränataldiagnostik und die Präimplantationsdiagnostik dienen dazu, die Geburt von kranken oder behinderten Kindern zu verhindern; beide sind mit einer „Selektionsentscheidung" verbunden. Die Etablierung von Techniken in der medizinischen Praxis, die solche „Selektionsentscheidungen" ermöglichen, legitimiert sich dadurch, dass ein Kind mit bestimmten Eigenschaften für belastend, unerwünscht oder auch „nicht lebenswert" gehalten wird. Durch die Möglichkeit, so die Geburt eines behinderten Kindes zu verhindern, verändern sich die sozialen Rollenerwartungen in Bezug auf die Familienplanung (Beck-Gernsheim 1991). Dies äußert sich auch in einem zunehmenden Perfektionsdruck, dem sich Mütter in spe ausgesetzt sehen. Für die Pränataldiagnostik ist dies medizinsoziologisch belegt (vgl. Nippert 1997).

Durch die Einführung der Präimplantationsdiagnostik würde der gesellschaftliche Druck, nur makellose Babys zu gebären, eine neue Qualität erhalten. Aus feministischer Sicht sind aber Entwicklungen neuer gesellschaftlicher Zwänge abzulehnen, weil sie die Möglichkeit einschränken, reflektierte, selbstbestimmte und damit verantwortliche Entscheidungen zu treffen. Dies gilt um so mehr im Zusammenhang mit diskriminierenden und ungerechten gesellschaftlichen Bedingungen für chronisch Kranke, Behinderte und deren Familien. Diese Perspektive wurde vor allem von behinderten Frauen in die feministische Diskussion eingebracht.
Allerdings kann nicht behauptet werden, dass die individuelle Entscheidung einer Frau gegen ein behindertes Kind an sich ein diskriminierender Akt sei. Vielmehr ist das Zusammenspiel vieler individueller Entscheidungen, gesellschaftlicher Erwartungshaltungen und damit verbundener „Lebenswertzuschreibungen" Ausdruck von Behindertenfeindlichkeit in der Gesellschaft, welche ihrerseits durch die Etablierung der vorgeburtlichen „Selektion" weiter befördert wird.
Es ist zu befürchten, dass dieser gesellschaftliche Wertewandel zur Legitimierung einer zunehmenden Stigmatisierung, Diskriminierung und Entsolidarisierung von Behinderten und ihren Familien führt. Auch das ist aus feministischer Sicht nicht akzeptabel.

Auf dem Weg zu einer neuen Sozialpflichtigkeit des weiblichen Körpers

Auch gegen die Forschung an embryonalen Stammzellen spricht eine ganze Reihe von Gründen, selbst wenn die Schutzwürdigkeit menschlicher Embryonen außer Acht gelassen wird.[10)] Mit der dieser Forschung würden fremde Interessen an Embryonen, die in vitro gezeugt wurden, Einzug in die Fortpflanzungsmedizin halten. Dadurch könnte nicht mehr gewährleistet werden, dass alleine die Erfüllung des Kinderwunsches eines Paares im Mittelpunkt des ärztlichen Interesses steht (vgl. Schneider 2001).
Dies gilt in ganz besonderem Maße für das „therapeutische" Klonen. Man erhofft sich von diesem Ansatz der Stammzellforschung, Zell- und Gewebsersatztherapien zu entwickeln, die für jeden Patienten individuell zugeschnitten werden können. Hierfür wären unzählige von Frauen „gespendete" Eizellen notwendig, um geklonte Embryonen zu erzeugen. Nicht nur für die Entwicklung derartiger Therapien, sondern auch in der eventuellen zukünftigen Anwendung würden für jeden einzelnen Patienten Schätzungen zufolge ca. 200-300 „gespendete" Eizellen benötigt. Dabei ist es allerdings offen, ob die therapeutischen Versprechungen jemals eingelöst werden können.
Um Eizellen zu gewinnen, muss sich die Frau einer gesundheitlich belastenden und risikoreichen Prozedur unterziehen, die ausschließlich zur Erfüllung ihres eigenen Kinderwunsches gerechtfertigt werden kann. In den Ländern, in denen die Einzellspende heute praktiziert wird, sind „gespendete" Eizellen für die In-vitro-Fertilisation anderer unfruchtbarer Frauen schon Mangelware (vgl. Berg 2001). Wo die Tausenden von Eizellen für das „therapeutische" Klonen herkommen sollen, kann heute niemand sagen. Denkbar ist, dass Frauen im Gegenzug zur Spende „übriger" Eizellen die In-vitro-Fertilisation kostenlos oder günstiger angeboten wird. Derartige „shared egg cells"-Programme existieren heute teilweise schon, um Eizellen für Frauen zu bekommen, die keine eigenen haben.
Zu befürchten ist aber, dass dies nicht reichen würde und andere Anreizsysteme geschaffen werden müssten, vermutlich um unterprivilegierte Frauen dazu zu bringen, ihre Eizellen zu verkaufen. Denkbar ist aber auch, dass ein Druck auf Schwestern, Müttern oder Töchter entsteht, ihre Eizellen für die notwendige Therapie eines

Familienmitglieds zur Verfügung zu stellen. Die Folge des „therapeutischen" Klones wäre daher unausweichlich eine neue Sozialpflichtigkeit des weiblichen Körpers.

Fazit: Zur Perspektive der feministischen Kritik

Auch wenn sich die pauschale Ablehnung der Biomedizin und besonders der Fortpflanzungsmedizin faktisch überlebt hat, hat sich die feministische Kritik nicht erübrigt. Es ist nach wie vor richtig, dass die neuen Entwicklungen in der Biomedizin in besonderer Weise Frauen betreffen. Wird dieser Aspekt nicht von feministischer Seite stark gemacht, wird er ganz offensichtlich in bioethischen Diskussionen regelmäßig ignoriert.
Dasselbe gilt für die gesellschaftlichen Folgen der neuen Techniken, besonders was die Auswirkungen auf das Geschlechterverhältnis, aber auch die Situation von weniger privilegierten Frauen betrifft. Die feministische Kritik der Biomedizin ist heute jedenfalls wichtiger denn je, auch wenn sie vielleicht zahmer und leiser, dafür aber auch differenzierter als in den achtziger Jahren geworden ist. Ob sich aus der größeren Differenziertheit auch politische Stärke gewinnen lässt, wird sich in den anstehenden gesellschaftlichen Auseinandersetzungen über die neuen Entwicklungen zeigen müssen.

Anmerkungen

1) *Diese Regelung wurde von feministischer Seite allerdings durchaus kritisch kommentiert. Vgl. Barbara Duden 1996.*

2) *In den USA hat Shulamith Firestone (1970) schon damals die Gen- und Reproduktionstechniken als Beitrag zur Befreiung der Frau angesehen...*

3) *Vgl. die Beiträge in Bradish 1989.*

4) *Dazu gehören beispielsweise das Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin Psychotherapie und Gesellschaft (AKF), die Feministischen Frauen Gesundheits-Zentren (FFGZ), der Bund Deutscher Hebammen (BDH) und das Weibernetz – Bundesnetzwerk von FrauenLesben und Mädchen mit Beeinträchtigungen.*

5) *Angabe der „baby take home rate" (Geburten pro Behandlung) nach dem Deutschen IVF-Register 1999.*

6) *Die meisten Behinderungen sind nicht genetisch bedingt und auch von den genetisch bedingten wird nur ein kleiner Teil bei der Routinefruchtwasseruntersuchung erfasst, nämlich die mikroskopisch erkennbaren Chromosomenanomalien wie das Down-Syndrom. Für einen Überblick über den Sachstand der Präimplantationsdiagnostik vgl. Hennen, Petermann, Sauter 2000.*

7) *Ulrike Haufe, Bremer Landesbeauftrage für Frauen zitiert nach Schindele 2001.*

8) *Besonders deutlich zeigt dies die Lobby-Arbeit des Kinderwunsch e.V. www.kinderwunsch.de*

9) *Unter feministischer Theorie verstehe ich die theoretische Reflexion auf die Praxis der Frauenbewegung. Da die feministische Theorie ein pluralistisches Unternehmen ist, das sich nicht auf eine einzelne Denktradition zurückführen lässt, scheint dies auch die einzig sinnvolle Begriffsbestimmung zu sein. Was sonst, außer dem Bezug auf diese politische Praxis, sollte die verschiedenen theoretischen Ansätze im feministischen Diskurs vereinen?*

10) *Es gibt verschiedene Ansätze der Stammzellforschung. Stammzellen sind noch nicht spezialisierte Zellen, die der Regeneration von Geweben dienen. Sie kommen natürlicherweise in geborenen Menschen vor. Die Forschung mit „adulten Stammzellen" greift auf diese zurück. Davon sind „embryonale Stammzellen" zu unterscheiden. Auch die Zellen früher Embryonen sind noch nicht spezialisiert und können sich theoretisch zu allen verschiedenen Zelltypen des entwickelten Organismus spezialisieren. Deshalb wurden embryonale Stammzelllinien entwickelt, die sich im Labor zu Nerven-, Leber, Herzmuskel- oder anderen Zellen differenzieren sollen. Die embryonalen Zellen hierfür stammen entweder von im Labor gezeugten oder von abgetriebenen Embryonen. Eine Sonderform der embryonalen Stammzellforschung ist das „therapeutische Klonen": Dafür werden Kerne von Körperzellen des Patienten in „entkernte" Eizellen geschleust. Sofern sich daraus ein Embryo entwickelt, könnten aus diesem eine Stammzelllinie entwickelt werden. Man erhofft sich von diesem Ansatz, dass bei einer Zell- oder Gewebsersatztherapie Abstoßungsreaktionen vermieden werden könnten. Allerdings müsste hierfür für jeden Patienten seine eigene Stammzelllinie entwickelt werden, was die Erzeugung einer großen Menge geklonter Embryonen mit sich bringen würde.*

Literatur

BECK-GERNSHEIM, Elisabeth: Technik, Markt und Moral. Über Reproduktionsmedizin und Gentechnologie, Frankfurt a.M. 1991

BERG, Giselind: Eizellspende – eine notwendige Alternative? Bundesministerium für Gesundheit 2001, S. 143-152

BRADISH, Paula (Hrsg.): Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnologien: Beiträge vom 2. bundesweiten Kongreß Frankfurt, 28.-30.10.88, München 1989

Braun, Kathrin: Grenzziehungen in der Biomedizin unter Beachtung der Menschenwürde, in: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Fortpflanzungsmedizin in Deutschland, Baden-Baden 2001, S. 22-26

DUDEN, Barbara: „Das Leben" als Entkörperung, in: Frauen gegen Bevölkerungspolitik: Lebensbilder – Lebenslügen. Hamburg 1996, S. 89-100

FIRESTONE, Shulamith: Dialectic of Sex, New York 1970

FROMMEL, Monika: Status des Embryos: Juristische Aspekte, in: Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Symposium des Bundesministeriums für Gesundheit vom 24.-26. Mai in Berlin, Baden-Baden 2001, S. 67-75

GLOTZ, Peter: Die neue Scholastik, Der Spiegel 11.6.2001

GRAUMANN, Sigrid: Präimplantationsdiagnostik, embryonale Stammzellforschung und das Regulativ der Menschenwürde, in: Matthias Kettner: Politik der Menschenwürde und biomedizinischer Fortschritt, Frankfurt, erscheint 2002

HAKER, Hille: Verantwortungsvolle Elternschaft unter den Bedingungen moderner Fortpflanzungsmedizin, in: Bundesministerium für Gesundheit 2001, S. 104-108

HENNEN, Leonard/PETERMANN, Thomas/SAUTER, Arnold: Stand und Perspektiven der genetischen Diagnostik. Sachstandsbericht, Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag April 2000

Kollek, Regine: Präimplantationsdiagnostik – Embryonenselektion, weibliche Autonomie und Recht, Tübingen 2000

MERKEL, Reinhard: Die Abtreibungsfalle, Die Zeit 13.6.2001

NIPPERT, Irmgard: Psychosoziale Folgen der Pränataldiagnostik am Beispiel der Amniozentese und Chorionzottenbiopsie, in: Franz Petermann, Silvia Wiedebusch, Michael Quante (Hrsg.): Perspektiven der Humangenetik, Paderborn 1997, S. 107-126

POTTHAST, Thomas: Schwarz-grüner Schulterschluss. Wie sich Lebensschützer und Feministinnen gegen die Bioethik der Neuen Mitte verbünden, Die Welt, 1.2.2001

SCHINDELE, Eva: Weibliche Lebensentwürfe im Kontext von Fortpflanzungsmedizin und Pränataldiagnostik, in: Sigrid Graumann (Hrsg.): Die Genkontroverse. Grundpositionen, Freiburg i. Br. 2001, S. 52-66

Schneider, Ingrid: Embryonale Stammzellforschung – eine ethische und gesellschaftspolitische Kritik, in: Graumann 2001, S. 128-147

THÜRMER-ROHR, Christina: Aus der Täuschung in die Ent-Täuschung. Zur Mittäterschaft von Frauen, in: dies.: Vagabundinnen, Frankfurt a.M. 1999, S. 45-67

Autorinnen

EVA BISCHOFF, geb. 1969, Studium der Mittleren- und Neueren Geschichte, Politikwissenschaften und Philosophie an der Universität zu Köln und der Universiteit van Amsterdam. Arbeitet zur Zeit als Wissenschaftliche Hilfskraft im Büro der Gleichstellungsbeauftragten der Universität zu Köln und promoviert an der Universität Hamburg.

INGEBORG BROSKA, 1942 in Mönchengladbach geboren, Studium Uni Köln: Pädagogik, Kunst und Haushaltslehre; Mitarbeiterin im Frauen Museum Bonn, arbeitet als freie Künstlerin, Grafik, Skulpturen, Installationen, Performance, Nina Gründler Preis d. Werkstadt Graz.

TRAUDE BÜHRMANN, Schriftstellerin, Fotografin, Übersetzerin: „Ich schreibe in Bildern, erzähle in Geschichten. Rücke dabei den poetischen Blickwinkel in den Mittelpunkt." Zahlreiche Veröffentlichungen.

ESTHER BURKERT, 34, beschäftigt sich seit langem mit der Kritik an Bioethik, Gen- und Reproduktionstechnologien, seit einiger Zeit vor allem mit dem (technologischen) Ende des Lebens. In Regensburg bin ich im hiesigen Notruf dabei, nun möchte ich gerne darüber nachdenken/diskutieren, wieweit in unserer Notruf-Arbeit Vorstellungen von Gesundheit, Heilung und Normalität samt ihren (Neben?)Wirkungen eingehen. Am allermeisten fällt mir im Augenblick zu mir ein, dass am 1. Oktober meine Tochter Anni zur Welt gekommen ist.

HEIDRUN UTA EHRHARDT, geb. 1951 in Celle, Studium der Theater-, Film- und Fernsehwissenschaft sowie der Völkerkunde in Köln, 1985 Mitgründerin der Selbsthilfegruppe Wildwasser Köln, 1986-1998 Redakteurin der beiträge zur feministischen theorie und praxis, lebt als selbstständige Lektorin in Köln, schreibt Gedichte, Geschichten, Essays. www.heidrunuta-ehrhardt.de

SCHAHRZAD FARROKHZAD, geb. 1971, Diplompädagogin; derzeitige Tätigkeit: wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl Interkulturelle Pädagogik der Universität Köln (Erziehungswissenschaftliche Fakultät); Arbeitsschwerpunkte: Ethnizität und Geschlecht, Migrantinnen in Bildung und Beruf, Migration und Medien.

MARIA DEL CARMEN GONZALES GAMARRA, geboren 1956 in Santa Fe (Spanien). Seit 1965 Leben und Sterben in der BRD. Auf dem zweiten Bildungsweg Studium der Philosophie in Frankfurt am Main und in Marburg. Arbeitet an der Dissertation über Hegels Wissenschaft der Logik als männliches Rationalitätsmodell. Schreibt Kurzgeschichten, Essays.

SIGRID GRAUMANN hat Biologie und Philosophie studiert und zu ethischen Fragen der Gentherapie promoviert. Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Interfakultären Zentrum für Ethik in den Wissenschaften der Universität Tübingen. Ihr Forschungsschwerpunkt sind ethische Fragen der Biomedizin. Sie ist Mitglied des Frauenforums Fortpflanzungsmedizin Reprokult und Sachverständige in der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestags.

HEIKE GRONSKI: Studierte in den achtziger Jahren Sozialarbeit in Mönchengladbach. Arbeitet seit 1998 in der Aids-Hilfe Bonn im Bereich Frauen und Aids. Ist selber seit 1992 HIV-positiv getestet.

CHRISTA GROTEPAß, aus Berufung Bestatterin, 43 Jahre, verheiratet, zwei Kinder (20 und 5 Jahre), zu erreichen in Hamburg 040/60 95 19 50, DieBestatterin@t-online.de, www.DieBestatterin.de

AJANA HOLZ – Bestatterin und Barke-Mitgründerin, geb. 64, Mutter von Tochter und Sohn. War Schwesternhelferin, langjährige Frauennotruf-Mitarbeiterin und Frauenzentrumsorganisatorin, Beraterin und spirituelle Begleiterin von Frauen in Krisensituationen, Haushälterin für Wöchnerinnen. Ausbildung in Kreativem Tanz, feministisch-schamanische Ausbildung bei Ute Schiran und Runa Arun. Seit zwei Jahren: Hebamme für die andere Seite. (DIE BARKE – Bestattung & Begleitung in Frauenhänden – Mobiles bundesweites Bestattungsunternehmen – Ajana Holz & Brigitte Schmöller – Dorfstr. 10 – 73460 Hüttlingen-Sulzdorf – Tel.: 07361/7 97 33)

ANNA KLING

CLAUDIA LOHRENSCHEIT ist Diplom-Pädagogin (mit dem Schwerpunkt auf interkulturelle Kommunikation und internationale Zusammenarbeit). Sie arbeitet am Zentrum für erziehungswissenschaftliche Studien im Nord-Süd-Verbund (ZES – http://www.uni-oldenburg.de/nordsued) und ist Mitfrau im Zentrum für interdisziplinäre Frauen und Geschlechterstudien. Zur Zeit schreibt sie an ihrer Promotion zum Thema „Menschenrechte und Bildung".

CLAUDIA NIKODEM, Dipl. Pädagogin, Wissenschaftlerin an der Forschungsstelle für Interkulturelle Studien der Universität Köln. Sie arbeitet primär zu Fragen des Zusammenhanges von Feminismus und Migrationsforschung.

CHRIS PAUL, geb. 1962, lebt in Engelskirchen bei Köln, Autorin und Trauerbegleiterin, www.chrispaul.de

KRISTINA REISS, geb. 1969, Lehramtsstudium der Slawistik, Germanistik und DaF in Magdeburg, Dneprpretrovsk und Greifswald, MPhil in German Studies in Cardiff. Referendariat in Stralsund, anschließend Lektorin an der University of Wales/Cardiff und Lehrerin am Goethe-Institut Helsinki. Seit 1998 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität zu Köln, Arbeit an einer Dissertation über Gender-Sprachbewusstsein bei ost- und westdeutschen SchülerInnen.

BRUNHILDE SAUER-BURGHARD, geb. 1943, Studium der Soziologie, Sozialpsychologie, Volkswirtschaft und Jura an der Universität Göttingen. Akademische Oberrätin im Seminar für Sozialwissenschaften an der Universität Köln. Aktuelle Arbeitsschwerpunkte: Die historische Frauenbewegung, geschlechtliche Arbeitsteilung und geschlechtsspezifische Sozialisation und der Zusammenhang zwischen Rassismus und Sexismus.

BIRGIT SCHMIDMEIER

EVA-MARIA SOJA, geb. 1974, Dipl. Pädagogin, Wissenschaftlerin an der Forschungsstelle für interkulturelle Studien (FiSt) der Universität zu Köln. Arbeitsschwerpunkte: Interkulturelle Pädagogik, Frauen- und Migrationsforschung, politische Partizipation.

INGRID STRAUBE, Dr. phil., lebt in Köln, Studium in Philosophie und Germanistik in Berlin und Aachen, langjährige wissenschaftliche Mitarbeiterin am Philosophischen Institut der RWTH Aachen, z.Zt. Dozentin an der Melanchthon-Akademie Köln, Schwerpunkt: feministische Philosophiekritik.

GITA TOST (26.03.1965-19.01.2000), Autorin und Liedermacherin mit Magistra Artium der Allgemeinen Sprachwissenschaft, geschieden, Mutter eines Sohnes, engagierte sich in vielfältiger Weise gegen sexualisierte Gewalt und für die Selbstbestimmung von Frauen. Sie nannte sich selbst „Kreativfeministin", gab Konzerte, arbeitete in Workshops mit ihren „Gesängen für Überlebende" und hielt Lesungen. Sie war im Frauenzentrum Regensburg tätig und Mitbegründerin der Initiative „Schlampagne" zur Gleichstellung aller Lebensweisen.