

Emanzipative Selbstbestimmung?

Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik im Spannungsfeld zwischen Individualismus und Gesellschaftskritik

Kirsten Achteplik

Die Forderung nach einem Recht auf Selbstbestimmung wird heute beinahe als Synonym für die Forderung nach einem Recht auf Schwangerschaftsabbruch verwendet. Die soziale Bewegung »Pro Choice« vertritt die Auffassung, schwangere Personen sollten selbst entscheiden können, ob sie die Schwangerschaft austragen oder abbrechen wollen und somit allein und frei über ihre eigenen Körper verfügen. Das ist heute immer noch richtig und war in den 1970er Jahren dringend nötig: Cis Frauen wurden eher als Anhängsel eines Mannes anstatt als eigenständige Wesen betrachtet. Heute mag es diese reaktionäre Ansicht vereinzelt noch geben, sie ist aber nicht mehr dominant. In den westlichen Gesellschaften herrscht mittlerweile vielmehr das Narrativ einer autonomen, eigenverantwortlichen Person vor, die für ihren Erfolg und Misserfolg im Leben selbst die Verantwortung trägt. Dies ist eine Errungenschaft der feministischen Bewegung, wenngleich das individualisierte Verantwortungsnarrativ Frauen und weiblich gelesene Personen auch unter Druck setzt: In Bezug auf ungewollt schwangere Personen wird so häufig die Frage aufgeworfen, warum nicht erfolgreich verhütet wurde.

Bei weiblich gelesenen Personen mit Kinderwunsch wird hingegen erwartet, dass diese ihr Verhalten eigenverantwortlich den antizipierten Bedürfnissen des werdenden Kindes anpassen. Diese Tendenz zur Selbstoptimierung zum »Wohle des Kindes« ist schon bei »normal« verlaufenden Schwangerschaften aufreibend. In Schwangerschaften, bei denen eine pränatale Untersuchung Hinweise auf eine Beeinträchtigung des Fötus' ergeben, stellen sie die schwangere Person jedoch vor ein nahezu unlösbares Dilemma: In einer ableistischen, behindertenfeindlichen Gesellschaft gilt die Geburt eines behinderten Kindes als Problem, das die ehemals schwangere Person hätte verhindern sollen. Ob es allerdings viel mit Selbstbestimmung zu tun hat, diesem oft empfundenen Druck nachzugeben und die Schwangerschaft abzubrechen, ist fraglich.

Im Folgenden zeichne ich Debatten um den Begriff der Selbstbestimmung kritisch nach und beleuchte einige gesellschaftlichen Bedingungen, die eine tatsächliche Entscheidungsfreiheit erschweren.

Wessen Recht zu was?

Als Feminist*innen Ende der 1960er Jahre in vielen westlichen kapitalistischen Ländern anfangen, für Frauen das Recht zu fordern, über ihren eigenen Körper selbst bestimmen zu können, war das ein Novum. Zwar hatte es bereits in den 1920er Jahren große Kampagnen gegen das im Paragraphen 218 festgeschriebene Abtreibungsverbot gegeben, diese waren jedoch vor allem als Teil des Klassenkampfes geführt worden. Die Forderung nach Selbstbestimmung über den eigenen Körper und das eigene Leben entwickelte sich aus einer Abwehr der Fremdbestimmung – weder Staat, Kirche, Richter noch der potentielle Kindsvater sollten über den Fortgang oder Abbruch einer Schwangerschaft entscheiden, sondern nur die Schwangere selbst. Die alten Parolen »Ob Kinder oder keine, bestimmen wir alleine« oder »Mein Bauch gehört mir« lassen sich jeweils ergänzen mit »und niemand(em) anders«. Dieses Ziel ist bis heute nicht erreicht, immer noch stehen in Deutschland die Paragraphen 218ff. im Strafgesetzbuch, nach denen sich die ungewollt Schwangere beraten lassen und eine Wartefrist einhalten muss. Noch weniger gibt es ein Recht auf Schwangerschaftsabbruch, das eine gute und wohnortnahe medizinische Versorgung garantieren würde, oder die Finanzierung des Abbruchs durch die Krankenkassen. Dies illustriert, wie aus einer Abwehr – gegen den Zugriff und die Entscheidung anderer – eine Forderung nach Bedürfniserfüllung und staatlicher Unterstützung geworden ist (vgl. Wersig 2012).

Was klingt wie eine logische und begrüßenswerte Entwicklung, ist allerdings ein komplexes Feld voller Spannungsverhältnisse. In den 1970er und 1980er Jahren war die Idee der feministischen Selbstbestimmung von einer großen und sich vergrößernden Bewegung getragen, die viele gesellschaftliche Werte und Normen in Frage stellte: Themen, wie Gewalt gegen Frauen, die Entdeckung der eigenen Sexualität, Kritik weiblicher Rollenbilder als Hausfrau, Mutter und Zuverdienerin, wurden nun unter Feminist*innen debattiert. Dies erzeugte und verstärkte die Idee von Selbstbestimmung als Motor zur kollektiven Befreiung aller Frauen und als Hebel zur Beseitigung des Patriarchats (vgl. Lenz 2010). Diese Konzepte wurden allerdings bald schon von Frauen mit Behinderung, Lesben und Schwarzen Frauen kritisiert, da sich in den Forderungen eben nicht die Lebensrealitäten aller Frauen abbilden würden: Sie zeigten, dass gar nicht alle Frauen Kinder bekommen sollten, was die Grundannahme der damaligen Patriarchatsanalyse war, sondern Frauen aus bestimmten Bevölkerungsgruppen vom Kinderkriegen abgehalten werden sollten und dieses Zusammenspiel von pro- und antinatalistischen Politiken bis dahin nicht ausreichend analysiert und kritisiert worden war (vgl. Schultz 2006).

Von diesen Kritiken blieb nach dem Abflauen und Ausdifferenzieren der Zweiten feministischen Welle nicht mehr viel übrig; vielmehr gilt das Konzept der autonomen Person, die selbstbestimmt über ihr Leben entscheiden soll, mittlerweile in den westlichen konsumorientierten Ländern allgemein als selbstverständliches Ideal. Dieses vor-

herrschende individualisierte Konzept von Selbstbestimmung macht es für jüngere Feminist*innen der Dritten Welle schwer nachvollziehbar, wie Selbstbestimmung überhaupt kollektiv gedacht werden kann. Aus der emanzipatorischen Forderung, als Frau überhaupt als autonome Person mit eigener Entscheidungsfähigkeit anerkannt zu werden, ist im Neoliberalismus eine Selbstverständlichkeit und eine Pflicht geworden: Jeder Mensch ist für sein eigenes Glück und gesellschaftliches Fortkommen verantwortlich, dafür muss er*sie eben die *richtigen* Entscheidungen treffen. Somit hat sich das von linken Feminist*innen scharf kritisierte liberal-individualistische Konzept von Autonomie (vgl. Maskos/Trumann 2013) durchgesetzt.

In den philosophischen Debatten über reproduktive Rechte wird zunehmend auf das Konzept der *relationalen Autonomie* Bezug genommen. Hiermit wird den individualistischen Ansätzen ein Konzept zur Seite gestellt, das zwar weiterhin die entscheidende Person in den Mittelpunkt der Überlegungen stellt, diese aber als verletzliches Wesen in sozialen Kontexten versteht (vgl. Bleisch/Büchler 2020: 54). Das Individuum wird nicht als abgekoppelte Monade gedacht, die ganz allein ihre rationalen Entscheidungen fällt, sondern als eine in soziale Strukturen eingebundene, mit anderen Menschen interagierende Person. Das Konzept geht davon aus, dass diese sozialen Strukturen und gesellschaftlichen Bedingungen durchaus Einfluss auf die Entscheidungen der jeweiligen Personen haben (vgl. Rössler 2017: 105), allerdings werden diese externen Bedingungen, wie ökonomische Verhältnisse, Heteronormativität oder Behindertenfeindlichkeit, einfach als gesetzt angenommen und kaum weiter in Frage gestellt. Sie werden als eventuell kritisierbare Voraussetzungen sichtbar gemacht, die bestimmte Entscheidungen intelligibel machen, aber nicht als problematische Konstellationen benannt, die geändert werden müssten, um freiere Entscheidungen zu ermöglichen. Erst recht werden sie nicht als Herrschaftsverhältnisse verstanden.

In diesen liberalen Konzepten ist individuelle Freiheit und Wunscherfüllung die Messlatte; die gesellschaftlichen Bedingungen werden nur als Rahmen gedacht, die diese ermöglichen oder behindern. Solange kein unmittelbarer Druck auf die entscheidende Person ausgeübt wird, sie alle relevanten Informationen hat und sie nicht bewusst manipuliert wird, gilt eine solche Entscheidung dann als *informierte Zustimmung*. Solche Konzepte appellieren an die Eigenverantwortung der Individuen und erklären Verbote für überflüssig oder unangemessen einschränkend. Die Möglichkeit, diese gesellschaftlichen Bedingungen wahrzunehmen und über ihre Bedeutung zu reflektieren, wird als ausreichend für eine selbstbestimmte Entscheidung betrachtet.

Das Infragestellen von Herrschaftsverhältnissen machte jedoch geradezu den Kern des alten feministischen Selbstbestimmungsbegriffes aus – zumindest im Selbstbild der Feminist*innen (vgl. Achtelik 2015: 105). Für die Erneuerung eines politischen und emanzipativen Selbstbestimmungsbegriffs gegen einen liberalen Autonomiebegriff sollte die Frage wieder stärker gestellt werden, wie Macht und Herrschaft dazu beitragen, *was wir wollen* und *was wir uns unter einem guten Leben vorstellen*.

Ein sprachpolitischer Exkurs statt einer Fußnote

Gingen die Feminist*innen der 1980er Jahre noch wie selbstverständlich davon aus, dass nur cis Frauen Kinder bekommen können und daher auch nur cis Frauen ungewollt schwanger werden könnten, hat sich dies mittlerweile sehr geändert. In jedem längeren feministischen Text über Körperpolitik gibt es eine Fußnote, in der die*der Autor*in erklärt, warum sie*er welche Bezeichnungen für welche betroffenen und agierenden Gruppen gewählt hat. Manche dieser Bezeichnungen sind umstritten, und auch die Form der Bezeichnung unterliegt der Fremd- und Selbstbestimmung, so dass es sich lohnt, die mit reproduktiver Gerechtigkeit verbundene Sprachpolitik umfassender darzustellen, als dies in einer Fußnote Platz hätte.

Im Bereich des Schwangerschaftsabbruchs und der pränatalen Diagnostik ist es beispielsweise wichtig, darauf zu achten, wie man benennt, was im Uterus heranwächst. Ich schlage vor, von *Föten* und *werdenden Kindern* zu sprechen, aber nicht von ungeborenen Kindern oder gar von Babys. Diese Begriffe können zwar in persönlichen Gesprächen unproblematisch verwendet werden, sollten allerdings in der politisch-gesellschaftlichen Auseinandersetzung vermieden werden, da sie zu sehr eine Subjektivierung und Individualisierung von erst werdenden Menschen suggerieren und so von Abtreibungsgegner*innen instrumentalisiert werden können (vgl. Sanders/Achteik/Jentsch 2018: 40).

Im Politikfeld der reproduktiven Rechte wird derzeit darum gerungen, wie Personen bezeichnet werden, die schwanger sind oder schwanger werden können. Das Bewusstsein darüber, wen dies betrifft, hat sich verschoben. 2008 wurde der US-Amerikaner Thomas Beatie als der erste schwangere trans Mann international bekannt. Als im gleichen Jahr auch in Deutschland Proteste gegen die »Lebensschutz-Bewegung« begannen und in Berlin die erste Gegenkundgebung von antifaschistischen und feministischen Gruppen gegen den »1000 Kreuze Marsch für das Leben« stattfanden, bemühten sich viele dieser Gruppen um eine möglichst inklusive Sprache. 2013 hieß es beispielsweise im Aufruf zu den Gegenprotesten:

»Sie [die »Lebensschützer«] sprechen damit allen Menschen, die schwanger werden können, dementsprechend vor allem Frauen_Lesben_Trans*_Inter (flt*i)#, das Recht ab, über ihr Leben und ihren Körper selbst zu bestimmen.« (lira5 2013)

Außerhalb von feministisch-aktionistischen Zusammenhängen setzte sich dieses Akronym nicht durch,¹ in Artikeln und Büchern wurde stattdessen zunehmend Frauen* als vermeintlich inklusive Bezeichnung verwendet. Daran gab es schon bald scharfe Kritik, diese als inklusiv gemeinte Bezeichnung sei misgendernd, gewaltvoll und transfeindlich. Tatsächlich werden mit Frauen* oft Personen als Frauen mitbezeichnet, die keine sind, vor allem nichtbinäre Personen oder trans Männer. Andere werden eingemeindet, die in dem jeweiligen spezifischen Kontext nicht gemeint sind, in Bezug auf ungewollte Schwangerschaften beispielsweise trans Frauen oder cis Frauen nach der Menopause.

Oft ist daher die Forderung zu hören: »Sagt doch einfach, wen ihr meint!« (Vgl. Giese 2020: 173) Was sich einfach und sinnvoll anhört, ist es aber nicht immer. Je nach-

1 2022 wird *flinta* als Abkürzung für FrauenLesbenInterNonbinaryTransAgender verwendet.

dem worum es geht, kann die wiederholte Aufzählung aller gemeinten Gruppen (und nicht nur einmal in einer Fußnote) die Lesbarkeit eines Textes einschränken. Außerdem ändern sich die präferierten Selbstbezeichnungen – sie sind fluide. Das ist auch gut so, heißt aber, dass wir heute Begriffe und Selbstbezeichnungen verwenden, die möglicherweise bald schon ungebräuchlich geworden sind, oder – schlimmer noch – anders verwendet werden. Das ist für Texte, die in drei oder zehn Jahren noch verstanden werden sollen, nicht hilfreich. Diese werden dadurch eben nicht genauer, was ja die Motivation des Vorschlags ist, sondern eventuell unverständlicher. Und darauf zu setzen, dass die Bedeutung der Begriffe schon gegoogelt werden könnte, ist auch nicht gerade niedrigschwellig bzw. bei sich verändernden Bedeutungen auch nicht möglich.

Die Unbequemlichkeit, die damit einhergeht, bei jedem Satz darüber nachzudenken, wen man denn jetzt tatsächlich meint, sollte man allerdings in Kauf nehmen: alle Frauen, alle cis Frauen, alle Menschen mit Uterus, alle Menschen, die schwanger werden können oder schwanger sind, alle Menschen, die in der Öffentlichkeit als Frau wahrgenommen werden, alle Menschen außer cis Männer oder, oder?

In Bezug auf Schwangerschaftsabbrüche scheint es sich anzubieten, von *ungewollt schwangeren Personen* zu sprechen; das schließt jedoch die*den gewollt Schwangere*n nicht ein, die*der sich nach einer Beeinträchtigungsdiagnose für einen Schwangerschaftsabbruch entscheidet. *Gebärfähige Person* kann eine Alternative sein, wenn es auch um Menschen geht, die erst schwanger werden wollen, allerdings legt der Begriff die Personengruppe noch mehr als das umstrittene *Personen mit Uterus* auf eine körperlich-biologische Funktion fest. Ob diese körperliche Funktion vorliegt, erweist sich zudem oft erst im Prozess des schwanger werden Wollens, wird bei cis Frauen in einem bestimmten Alter aber oft vorausgesetzt, auch von ihnen selbst. Die Bezeichnung *Personen, von denen angenommen wird, dass sie schwanger werden können*, ist etwas umständlich und zudem auch wieder ausschließend, da von trans Männern ja gerade nicht angenommen wird, dass sie schwanger werden können. Wenn es nicht so sehr um die körperlichen Funktionen, sondern mehr um gesellschaftliche Zuschreibungen und Erwartungen im Patriarchat geht, kann *als weiblich gelesene Personen* ein treffender Ausdruck sein.

Die Suche nach inklusiven Begriffen, die verständlich sind und auf diejenigen referieren, die gemeint sind, geht weiter. Zum Kampf für reproduktive Gerechtigkeit gehört es auch, die geschlechtliche Selbstbestimmung von Menschen und deren Eigenbezeichnungen nicht in Frage zu stellen. Dabei ist es hilfreich, daran zu denken, dass Begriffe, ihre Bedeutung und Verwendung fluide sind. Einander zuzuhören und an der eigenen Fähigkeit zu arbeiten, Fehler einzugestehen, wären wichtig für einen konstruktiven Prozess und einen wirklich intersektionalen, solidarischen Feminismus.

Feministische Debatten über den Selbstbestimmungsbegriff

In den 1980er Jahren wurde vor allem von Feminist*innen mit Behinderung die Kritik formuliert, dass der bis dahin verwendete feministische Selbstbestimmungsbegriff nicht geeignet sei, alle Herrschaftsverhältnisse in Frage zu stellen, sondern im Gegenteil Anknüpfungspunkte für individualistische Interpretationen bot. Auf zwei Konferenzen gegen Gen- und Reproduktionstechnologien, 1985 und 1988, setzten sich Feminist*in-

nen verschiedener Strömungen mit dem Konzept und seinen Implikationen auseinander. Die Debatten waren geprägt von internationalistischen, ökofeministischen und behindertenpolitischen Positionen (vgl. Achtelik 2015: 92ff.). Ute Annecke warnte beispielsweise vor der

»Gefahr, daß Selbstbestimmung zur beliebigen, inflationär gebrauchten Floskel gerät, indem Feministinnen jedwede persönliche Motive, Handlungen und Entscheidungen über den Selbstbestimmungsbegriff politisch zu legitimieren und so gleichzeitig einer kollektiven politischen Analyse und Bewertung zu entziehen suchen« (Annecke 1989: 92).

Gerade in Bezug auf die damals neuen Technologien wie künstliche Befruchtung warfen Feminist*innen die Frage auf, ob diese die Selbstbestimmung von Frauen erhöhten oder diese nicht vielmehr herrschaftsförmig einhegen würden. Warum Frauen bestimmte Dinge überhaupt wollen können, also der Kinderwunsch so stark sei, dass schmerzhaft und gefährliche Prozeduren in Kauf genommen würden, gab Anlass zu kontroversen Diskussionen.

Der erste Kongress von 1985 hatte eher den Charakter einer Informationsveranstaltung, auf der die Teilnehmenden hauptsächlich über die Problematik künstlicher Befruchtung diskutierten. Auf dem zweiten Kongress drei Jahre später nahm die Ablehnung von pränataler Diagnostik vor allem durch Feminist*innen mit Behinderung bedeutend mehr Raum ein. Swantje Köbsell und Anne Waldschmidt problematisierten in ihrem Vortrag die »Angst vor Behinderung, vor dem Unbekannten, Andersartigen, das negativ bewertet wird«. »Krankheit, Leid, Schmerz und Tod« (Köbsell/Waldschmidt 1989: 102) würden nicht als normaler Teil des Lebens, sondern als vermeidbar angesehen. Einem möglichst autonomen Leben würden solche Zustände als fremd und anders entgegengestellt, anstatt an einem Selbstbestimmungsbegriff zu arbeiten, der Behinderung miteinbeziehe.

Um als negativ und vermeidbar bewertete Abhängigkeiten aus dem eigenen Leben herauszuhalten, galten auch pränatale Untersuchungen und Schwangerschaftsabbrüche von als behindert diagnostizierten Föten unter Feminist*innen als vertretbar. Während Feminist*innen mit Behinderung die Möglichkeit der Abtreibung verteidigten, kritisierten sie die unterschiedliche Bewertung von werdenden Kindern mit und ohne Behinderung. Von dieser Kritik fühlten sich viele Feminist*innen angegriffen, da sie die humangenetischen Beratungsstellen und die medizinisch-technischen Entwicklungen als Ausweitung der Möglichkeiten weiblicher Selbstbestimmung verstanden. Die Journalistin Eva Schindele (1989: 95) formulierte auf der zweiten Konferenz treffend:

»[D]as Versprechen vorgeburtlicher Diagnostik, für gesunde, vielleicht sogar pflegeleichte Kinder zu sorgen, korrespondiert durchaus mit feministischen Wünschen nach selbstbestimmten reproduktiven Entscheidungen, nach Kontrolle haben über sich, nach beruflicher Karriere und der dazu notwendigen effektiven Lebensführung und der Suche nach Selbstverwirklichung mit Hilfe von Kindern.«

Diese Debatten hielten bis Mitte der 1990er Jahre an; zwischen behindertenpolitischen und einigen feministischen Gruppen kam es dabei auch zu Kooperationen. Mit der Abschaffung der embryopathischen Indikation (also der Erlaubnis, eine Abtreibung vor-

zunehmen, wenn der Fötus eine Beeinträchtigung hat) bei der letzten Reform der Abtreibungsgesetzgebung im Jahr 1995 ließ die Aufmerksamkeit für dieses Problem wie für die ganze Abtreibungsthematik in der feministischen Bewegung deutlich nach.

Die Praxis der pränatalen Diagnostik

Pränataldiagnostik (PND) ist seit den 1970er Jahren zur Routine in der ärztlichen Betreuung von Schwangeren geworden: Institutionalisiert über den Mutterschaftspass, finanziert durch die gesetzlichen Krankenkassen und normalisiert auch im Bewusstsein der Schwangeren als Mittel zu einer vermeintlichen *Sicherheit*. Eine gefühlte Sicherheit herzustellen darüber, dass mit dem werdenden Kind ›alles in Ordnung‹ ist, ist das Versprechen der pränatalen Diagnostik: Umfragen zeigen, dass Schwangere sich vor allem nach Sicherheit sehnen (vgl. Nippert 1997: 113) – schließlich ist diese Phase des Lebens mit vielen Unsicherheiten verbunden. Auch die neuen nichtinvasiven Bluttests (NIPT) auf Trisomien werben explizit mit ›Sicherheit‹. Diese Sicherheit meint implizit die Abwesenheit von Beeinträchtigungen und Normabweichungen (vgl. Stüwe 2020).

Dass eine Beeinträchtigung des Fötus als Problem angesehen wird, gilt dabei als Konsens, der nicht weiter artikuliert werden muss. Über Behinderung an sich und ihre mögliche Bedeutung wird in der Regel wenig bis gar nicht gesprochen: Das, was vermieden und aus dem eigenen Leben herausgehalten werden soll, wird auch aus den Gesprächen zwischen Ärzt*in und Patient*in herausgehalten. Die Soziologin Eva Sänger nennt diese »Diffusität und Vagheit« den »für alle Beteiligten praktischen Modus Vivendi« der pränatalen Diagnostik (Sänger 2020: 357).

Dass alle Untersuchungen vermeintlich für die Gesundheit von werdender Mutter und werdendem Kind angeboten werden, appelliert an die »verantwortliche Schwangere« (ebd.: 301), diese auch in Anspruch zu nehmen. Es erschwert zudem die Reflektion und Auseinandersetzung darüber, wofür welches Wissen nützlich sein könnte. Die wenigsten pränatalen Untersuchungen führen nämlich dazu, dass irgendetwas für die Gesundheit des werdenden Kindes getan werden könnte (vgl. Koppermann 2013). Vielmehr stellen die meisten Diagnosen die werdenden Eltern als einzige Handlungsmöglichkeit vor die Entscheidung, ob sie die Schwangerschaft ›trotz‹ der Beeinträchtigung des Fötus fortführen oder diese abbrechen wollen. Der mögliche Schwangerschaftsabbruch bei der Feststellung einer fötalen Beeinträchtigung bildet das unangesprochene Hintergrundrauschen der Tests. Darüber wird erst gesprochen, wenn tatsächlich eine Beeinträchtigung festgestellt wird. In dieser krisenhaften Situation wird zudem an die schwangere Person appelliert, in sich hineinzuhorchen und herauszufinden, was sie wirklich wolle. Dies erhöht den Druck und die Individualisierung zusätzlich.

An die schwangere Person wird durch die Angebote der Pränataldiagnostik appelliert, die voraussichtlich beste Entscheidung für sich und ihr werdendes Kind zu treffen. Das vermeintliche Kindeswohl wird sowohl von Gynäkolog*innen als Argument für pränatale Tests (vgl. Baldus 2006: 83) als auch von den Schwangeren selbst als Begründung für einen Schwangerschaftsabbruch verwendet (vgl. Katz Rothman 2012: 122). Man habe dem Kind so ein Leben nicht zumuten wollen, ist eine häufig genutzte Begründung für eine Abtreibung nach pränataler Diagnostik.

Aber obwohl über den Elefanten im Raum, den möglichen Schwangerschaftsabbruch, nicht oder kaum gesprochen wird, gelten die in Deutschland durch das Gendiagnostikgesetz und das Schwangerschaftskonfliktgesetz stark geregelten Beratungs- und Entscheidungsprozesse als Musterbeispiele einer selbstbestimmten Entscheidung. Zentral ist auch hier die liberale Idee, dass die Bereitstellung wertneutraler Fakten im Rahmen einer nichtdirektiven Beratung eine freie und rationale, mithin selbstbestimmte Entscheidung gewährleisten würde (vgl. dazu Stroh in diesem Band).

An diesem Konzept gibt es jedoch mannigfaltige Kritik: In der Behindertenbewegung und den Disability Studies werden Bedenken formuliert, dass medizinische Informationen über Beeinträchtigungen keineswegs wertneutral, sondern immer schon defektorientiert seien. Das medizinische Modell von Behinderung, das Abweichungen von der Norm als Problem versteht und diese mit Leiden, Schmerzen und unzumutbaren Lebensbedingungen assoziiert, ist ableistisch (vgl. Köbsell 2015: 21).² Dieses Herrschaftsverhältnis kommt auch in der PND zum Tragen, wenn es nach einer Beeinträchtigungsdiagnose nur noch darum geht, was das werdende Kind voraussichtlich alles *nicht* können wird.

Die ableistische Angst vor Behinderung bezieht sich jedoch nicht nur auf das werdende Kind, sondern auch auf die werdende Mutter bzw. die werdenden Eltern. Anne Waldschmidt nennt die Sorge darum, die eigenen Lebensvorstellungen wegen eines Kindes mit Behinderung aufgeben zu müssen, »Denormalisierungsangst« (Waldschmidt 2006: 195). Sängler bezweifelt vor diesem Hintergrund und der bei den meisten Menschen mangelnden Vorstellung davon, was ein Leben mit einem behinderten Kind überhaupt bedeutet, dass nach einer pränatalen Diagnose »eine Entscheidung über die Zukunft [...] individuell und rational getroffen werden kann.« (Sängler 2020: 354) Die hier dargestellte Kritik am feministischen Selbstbestimmungsbegriff und am Konzept der informierten Zustimmung impliziert, dass die Möglichkeit, sich gegen bestimmte als normal wahrgenommene Verhaltensnormen zu entscheiden, als recht gering beschrieben werden muss.

Wie weit geht die Autonomie?

Hier stellt sich auch eine interessante Frage zum Unterschied zwischen körperlicher Autonomie und Autonomie in Bezug auf Lebensentscheidungen, die mit der verbreiteten Formulierung der ›Forderung nach Selbstbestimmung über den eigenen Körper und das eigene Leben‹ etwas unzulässig zusammengezogen werden. Die Forderung, nicht schwanger sein zu müssen, wenn man dies nicht will, bezieht sich auf die körperliche Autonomie; die Entscheidung, einen Abbruch auch machen zu können, weil man sich

2 Dagegen haben die Behindertenbewegung und die Disability Studies das *soziale Modell von Behinderung* entwickelt, das Behinderung nicht als ausschließlich körperlich-medizinisches Phänomen, sondern als Resultat gesellschaftlicher Herstellung und Barrieren versteht. Die körperlichen Normabweichungen werden dabei als *Beeinträchtigung* bezeichnet, die gesellschaftlichen Hindernisse als *Behinderung*.

ein Leben mit einem behinderten Kind nicht vorstellen kann, bezieht sich auf die Autonomie in Bezug auf Lebensentscheidungen, also auf das erweiterte Autonomiekonzept.

Unmittelbar einleuchtend ist die feministische Forderung, dass sich niemand bei der ersten Art von Entscheidung einmischt – geht es doch um den Körper der schwangeren Person. Nicht mehr so einfach ist dies bei der zweiten Problemlage zu begründen: Wenn es um das Leben mit dem zukünftigen Kind geht, geht es schließlich auch um die Autonomie in Bezug auf Lebensentscheidungen anderer Menschen. Wenn das Schwangersein an sich aber nicht das Problem ist, ist nicht mehr unmittelbar einsichtig, warum die schwangere Person allein das Recht haben soll, mit ihrer eigenen autonomen Lebensentscheidung für mögliche weitere Elternteile mitzuzentscheiden; schließlich geht es auch um deren Leben mit dem werdenden Kind.

In Bezug auf Beziehungen, die meist als cis heterosexuelle Zweierbeziehungen gedacht werden, greifen »Pro Choice«-Feminist*innen zu der Hilfsargumentation, dass cis Frauen einen Großteil der Sorgearbeit erledigen würden (vgl. Sachverständigenkommission 2017: 38ff.) und zudem Ehen nach der Geburt eines behinderten Kindes häufiger geschieden werden. Dass cis Frauen also tendenziell mehr Verantwortung übernehmen, würde sie berechtigen, die Entscheidung über Fortführung und Abbruch der Schwangerschaft und damit über das Leben mit einem Kind für die Familie bzw. das Paar zu treffen. Das Argument ist jedoch keineswegs so zwingend wie das absolute Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Körper als Menschenrecht.

Nur, wenn man die Verantwortung der späteren Mutter für das Kind nicht als statistische Häufung und damit als mehr oder weniger veränderbare Rahmenbedingung sieht, sondern als Auswirkung des patriarchalen Herrschaftsverhältnisses, das als Frauen gelesene Menschen als Mütter in besonderer Weise betrifft, wird die Forderung, auch über weitergehende Lebensentwicklungen autonom und selbst entscheiden zu können, als herrschaftskritisch intelligibel: Sie kann als Widerstand dagegen gelesen werden, dass den Entscheidungen der männlichen Beziehungsperson strukturell mehr Gewicht zukommt, während sich gleichzeitig die patriarchale Unterdrückung in cis hetero Zweierbeziehungen eher durch Verweigerung von Care-Arbeit und Sorgeverantwortung auszudrücken scheint.³

Sowohl die Kritik an der Behindertenfeindlichkeit von pränataler Diagnostik als auch die Kritik an der Vorgeformtheit weiblicher Lebensentwürfe richten sich also auf einer tieferen Ebene gegen Herrschaftsverhältnisse. Allerdings werden diese selten so explizit benannt, sondern eher als ethische Probleme verhandelt, die individuell gelöst werden könnten, indem jede Person so entscheidet, wie es am besten mit ihrer Lebensweise und ihren Werten zu vereinbaren ist. »Pro Choice«-Feminist*innen und Vertreter*innen der informierten Zustimmung verwenden immer wieder das Narrativ, Frauen wüssten aus sich selbst heraus, was »das Beste« für sie sei. Das selbstbestimmte Subjekt verstehen sie als rationales, risikenerkennendes und -vermeidendes und darum (selbst)verantwortlich handelndes Individuum.

3 Wie dieses Argument nicht emanzipatorisch und systemkritisch, sondern vielmehr affirmativ funktioniert, zeigt beispielsweise ein Text von Alex Rodeck bei Edition F: Hier wird die Ungerechtigkeit der Welt geradezu als Argument dafür angeführt, dass Frauen alleine über ihre Schwangerschaft entscheiden können sollen (vgl. Rodeck 2020).

Fazit

Wir brauchen einen Selbstbestimmungsbegriff, der schwangere Personen nicht alleine lässt und ihnen nicht in einem falsch verstandenen feministischen Empowerment suggeriert, sie wüssten schon, was für sie ›das Beste‹ sei, wenn sie nur die richtige und ausreichende Information hätten. Hier kommt die feministische Kritik am Selbstbestimmungsbegriff ins Spiel: Auch die Grundlagen einer Entscheidung müssen hinterfragbar sein und kritisiert werden: die Struktur, die die eine Entscheidung normaler und/oder naheliegender macht als die andere; was überhaupt als relevantes Wissen betrachtet wird; die gesellschaftlichen Machtverhältnisse, Behindertenfeindlichkeit, fehlende Inklusion, ökonomische Zwänge; Narrative über gute Mütter und richtige Frauen, Gesundheit und Unabhängigkeit. Wenn diese nicht offengelegt und reflektiert werden, kann von einer wirklichen emanzipativen selbstbestimmten Entscheidung nicht die Rede sein. Zu der Vorstellung von einem selbstbestimmten Leben gehört es auch, welche Idee man von einem gelungenen Leben hat. Und diese Ideen sind eben gesellschaftlich vorgeprägt.

Um eine Kritik an den bestehenden behindertenfeindlichen Bedingungen möglich zu machen und gleichzeitig die Kämpfe für eine selbstbestimmte reproduktive Entscheidung weiter zu führen, sollte stärker zwischen individualistischen selbstbestimmten Entscheidungen und emanzipativen selbstbestimmten Entscheidungen unterschieden werden. Aus dieser Unterscheidung lässt sich die zugespitzte behindertenpolitische These in Bezug auf pränatale Diagnostik und sich daran anschließende Schwangerschaftsabbrüche ableiten, dass eine solche Entscheidung kaum in einem emanzipatorischen Sinn selbstbestimmt sein kann, weil ihr meist Werte und Annahmen zugrunde liegen, die vorurteilsbehaftet und angstgeprägt sind.

Zusätzlich lässt sich die zugespitzte feministische These formulieren, dass der Wunsch nach einem genetisch eigenen, nicht behinderten Kind kein selbstbestimmter Wunsch im emanzipativem Sinne sein kann, weil er Frauen dazu bringt, den behindertenfeindlichen Anforderungen der Gesellschaft zu entsprechen und dafür auch noch körperliche und psychische Leiden auf sich zu nehmen. Mit solch einer begrifflichen Unterscheidung könnten die gesellschaftlichen Bedingungen reproduktiver Entscheidungen und deren Herrschaftsförmigkeit wieder stärker in den Blick genommen werden, um die machtvolle Behindertenfeindlichkeit genauso zu bekämpfen wie die Individualisierung gesellschaftlicher Sorgaufgaben.

Literatur

- Achteлик, Kirsten (2015): *Selbstbestimmte Norm. Feminismus, Pränataldiagnostik, Abtreibung*, Berlin: Verbrecher.
- Annecke, Ute (1989): »Selbstbestimmung: ein Bumerang für Frauen? Überlegungen zur aktuellen Debatte um die Selbstbestimmung«, in: *beiträge zur feministischen theorie und praxis* 24, S. 89-103.

- Baldus, Marion (2006): Von der Diagnose zur Entscheidung. Eine Analyse von Entscheidungsprozessen für das Austragen der Schwangerschaft nach der pränatalen Diagnose Down-Syndrom, Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Bleisch, Barbara/Büchler, Andrea (2020): Kinder wollen. Über Autonomie und Verantwortung, München: Hanser.
- Giese, Linus (2020): Endlich Linus. Wie ich der Mann wurde, der ich schon immer war, Reinbek: Rowohlt.
- Katz Rothman, Barbara (2012): Schöne neue Welt der Fortpflanzung. Texte zu Schwangerschaft, Geburt und Gendiagnostik, Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Köbsell, Swantje (2015): »Ableism. Neue Qualität oder ›alter Wein‹ in neuen Schläuchen?«, in: Iman Attia/Swantje Köbsell/Nivedita Prasad (Hg.), Dominanzkultur reloaded. Neue Texte zu gesellschaftlichen Machtverhältnissen und ihren Wechselwirkungen, Bielefeld: transcript, S. 21-35.
- Köbsell, Swantje/Waldschmidt, Anne (1989): »Pränatale Diagnostik, Behinderung und Angst«, in: Paula Bradish/Erika Feyerabend/Ute Winkler (Hg.), Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnologien. Beiträge vom 2. bundesweiten Kongreß Frankfurt, 28.-30.10.1988, München: Frauenoffensive, S. 102-107.
- Koppermann, Silke (2013): »Erfahrungen aus der Praxis. Ein medizinischer Beitrag«, in: Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik (Hg.), Dokumentation der Netzwerktagung 22.-24. Februar 2013. Keine Angst vor großen Fragen: Vorgeburtliche Diagnostik zwischen Ethik und Monetik. Rundbrief 26, S. 30-31, verfügbar unter: https://www.netzwerk-praenataldiagnostik.de/web_data/pdf/Praenataldiagnostik/Rundbrief-26_2013_pn-zwischen-ethik-und-monetik.pdf (letzter Zugriff: 27.12.2020).
- Lenz, Ilse (Hg.) (2010): Die neue Frauenbewegung in Deutschland. Abschied vom kleinen Unterschied. Eine Quellensammlung. 2., aktualisierte Auflage, Wiesbaden: VS.
- liras (2013): »21.9.2013: Fundis ärgern, nerven, weggglitzern! What the Fuck! – Gegen Abtreibungsverbot, Fundamentalismus, für ein selbstbestimmtes Leben!«, in: no218nofundis.wordpress.com vom 21.09.2013, verfügbar unter: <https://no218nofundis.wordpress.com/2013/08/17/21-9-2013-fundis-argern-nerven-wegglitzern/> (letzter Zugriff: 15.02.2021).
- Maskos, Rebecca/Trumann, Andrea (2013): »Das genormte Wunschkind«, in: Lukas Böckmann/Annika Mecklenbrauck (Hg.), The Mamas and the Papas. Reproduktion, Pop & widerspenstige Verhältnisse, Mainz: Ventil, S. 34-46.
- Nippert, Irmgard (1997): »Psychosoziale Folgen der Pränataldiagnostik am Beispiel der Amniozentese und Chorionzottenbiopsie«, in: Franz Petermann/Silvia Wiedebusch/Michael Quante (Hg.), Perspektiven der Humangenetik. Medizinische, psychologische und ethische Aspekte, Paderborn: Schöningh, S. 107-127.
- Rodeck, Alex (2020): »Warum Männer bei Schwangerschaftsabbrüchen kein Mitspracherecht haben sollten«, in: Edition F vom 04.05.2020, verfügbar unter: <https://editionf.com/das-ist-aber-ungerecht-maenner-und-abtreibung-schwangerschaftsabbrueche> (letzter Zugriff: 27.12.2020).
- Rössler, Beate (2017): Autonomie. Ein Versuch über das gelungene Leben, Berlin: Suhrkamp.

- Sachverständigenkommission zum Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung (2017): Erwerbs- und Sorgearbeit gemeinsam neu gestalten. Gutachten für den Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung, Berlin: Eigenverlag.
- Sänger, Eva (2020): Elternwerden zwischen ›Babyfernsehen‹ und medizinischer Überwachung. Eine Ethnografie pränataler Ultraschalluntersuchungen, Bielefeld: transcript.
- Sanders, Eike/Achtelik, Kirsten/Jentsch, Ulli (2018): Kulturkampf und Gewissen. Medizinethische Strategien der ›Lebensschutz‹-Bewegung, Berlin: Verbrecher.
- Schindele, Eva (1989): »Vorgeburtliche Diagnostik und Schwangerschaft«, in: Paula Bradish/Erika Feyerabend/Ute Winkler (Hg.), Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnologien. Beiträge vom 2. bundesweiten Kongreß Frankfurt, 28.–30.10.1988, München: Frauenoffensive, S. 94-102.
- Schultz, Susanne (2006): Hegemonie – Gouvernamentalität – Biomacht. Reproduktive Risiken und die Transformation internationaler Bevölkerungspolitik, Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Stüwe, Taleo (2020): »Ein weiterer Schritt in Richtung Kassenleistung«, in: Gen-ethisches Netzwerk e.V. vom 25.06.2020, verfügbar unter: <https://gen-ethisches-netzwerk.de/juni-2020/ein-weiterer-schritt-richtung-kassenleistung> (letzter Zugriff: 06.02.2021).
- Waldschmidt, Anne (2006): »Normalität«, in: Ulrich Bröckling/Susanne Krasmann/Thomas Lemke (Hg.), Glossar der Gegenwart, Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 190-197.
- Wersig, Maria (2012): »Reproduktion zwischen ›Lebensschutz‹, Selbstbestimmung und Technologie«, in: Lena Foljanty/Ulrike Lembke (Hg.), Feministische Rechtswissenschaft. Ein Studienbuch. 2. Auflage, Baden-Baden: Nomos, S. 197-213.