

Ruth Großmaß

Familiengründung mit Hilfe der Reproduktionsmedizin – Gibt es eine Pflicht zur Beratung? Ethische Überlegungen zu psychosozialen Interventionen in einem schwierig gewordenen Bereich des persönlichen Lebens.

(Vortrag am 5. 3.2016, 13 h, Tagung des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland; Frankfurt, hoffmanns höfe; Heinrich-Hoffmann-Straße 3, 60528 Frankfurt am Main)

Gliederung:

1. Zur Aktualität ethischen Fragens im Bereich von Medizin und Gesundheitsvorsorge
2. Beratungstheoretische Problematisierung von Zwangsberatung
3. Ethische Überlegungen zu Elternrechten/Kinderrechten
4. Professionsethische Überlegungen zu medizinischen Eingriffen/ psychosozialen Interventionen
5. Fazit
6. Literatur

1. Zur Aktualität ethischen Fragens im Bereich von Medizin und Gesundheitsvorsorge

„Ethik“ ist inzwischen zu einem in vielen Berufsfeldern breit diskutierten Thema¹ geworden – nicht nur mit Bezug auf medizinische oder psychosoziale Interventionen. Im Umfeld der Medizin² allerdings bekommen ethische Fragen oft eine besondere Brisanz.

Generell gilt: Die klassischen Professionen, zu denen der Beruf des Arztes gehört, haben ebenso wie die „neuen Professionen“ (Bourdieu 2001: 199f.) als Berufe, die „personenbezogene Dienstleistungen“ erbringen (Dewe 2006: 25), eine moralische Dimension, die der ethischen Reflexion zugänglich sein muss – wird doch durch Behandlungen und Interventionen machtvoll in die Körperlichkeit einzelner Personen, in deren Psyche und private Lebensverhältnisse eingegriffen.

Diese generelle Verpflichtung zu ethischer Reflexion erhält im Bereich der Gesundheitsversorgung dadurch zusätzliche Brisanz, dass einige der medizintechnischen Neuerungen, die

¹Wenn auch nicht immer in einer sachlich und inhaltlich überzeugenden Form – z. T. wird der Begriff eingesetzt, um einen Sachverhalt als moralisch relevant zu markieren, z. T. auch im Sinne einer „Moralisierung“ genutzt, um Diskurspositionen als unangemessen zu entlarven, z. T. stellt das Sprechen über Ethik im Bereich von Politik und Diskussionen über Professionen/ Professionalität auch so etwas wie ein „Anrufung“ im Sinne von Judith Butler dar. Auf solche Formen der Verwendung wird im Folgenden nicht eingegangen. Der Begriff „Ethik“ wird vielmehr verwendet, um Reflexionen und Debatten zu bezeichnen, die sich mit der normativen/moralischen Dimension gesellschaftlicher und beruflicher Praxen auseinandersetzen.

² Einen guten Überblick über Themen der Medizinethik bietet Maio 2012, zur Organisationsethik Krobath & Heller 2010.

seit den 1960er Jahren in den westlichen Gesellschaften zur Verfügung stehen, Eingriffe ermöglichen, die nicht mehr so ohne weiteres mit kulturell geteilten moralischen Normen erfasst werden können. So berühren die medizinischen Möglichkeiten des Schwangerschaftsabbruchs, der künstlichen Befruchtung ebenso wie die Samen- und Eizellspende kulturell verankerte Vorstellungen über den Beginn des menschlichen Lebens und die Frage, ab wann und in welcher Weise Personenrechte Anwendung finden sollen. Die Möglichkeiten der Palliativmedizin und der Sterbehilfe werfen Fragen nach Würde und Selbstbestimmung am Lebensende auf; und die Erfolge der Schönheitschirurgie (einschließlich der damit gewonnenen Möglichkeiten der chirurgischen Gestaltung des menschlichen Körpers insgesamt) haben Irritationen der Geschlechtsidentität in Forderungen nach Geschlechtsumwandlung übergehen lassen. Im Bereich von Medizin und Gesundheitsvorsorge sind – so die Konsequenz – ethische Fragen deshalb in besonderer Weise aktuell, weil hier *moralische Haltungen* und Vorstellungen zum *Person-Sein* und zum *Verhältnis von natürlich-körperlicher und psychisch-geistiger Existenz* berührt werden und z. T. auch neu definiert werden müssen.

Die damit verbundenen Fragen erhalten eine zusätzliche Komplexität dadurch, dass parallel zu den genannten Veränderungen in den westlichen Gesellschaften eine *höhere Sensibilität* entstanden ist hinsichtlich von *menschlicher Würde* (auch von Embryonen und Sterbenden), von *Persönlichkeitsrechten* (auch von Kindern) und bezüglich der *Freiheitsrechte* und der Pflicht, gesellschaftlicher Diskriminierung gegenzusteuern. Aus den damit verbundenen politischen Auseinandersetzungen ist ein relativ breites Spektrum von Schutzrechten und -pflichten entstanden.

Aus all diesen Gründen haben wir es heute in Medizin und Gesundheitsversorgung oft mit sehr komplexen Problemsituationen zu tun. Dies trifft insbesondere auf alle Fragen rund um die Möglichkeiten moderner Reproduktionsmedizin zu, geht es dabei doch immer um intime, mit Persönlichkeitsrechten verknüpfte Themen. So werden Entscheidungen für oder gegen Kinder zwar jeweils sehr persönlich getroffen, in Wahrnehmung der eigenen Selbstbestimmungsrechte. Doch diese Entscheidungen betreffen nicht nur die Person, die sie trifft, sondern andere Menschen sind mit betroffen. Dabei können die rechtlichen und moralischen Ansprüche der Beteiligten in Konflikt geraten.

Wenn psychosoziale Helfer_innen mit solchen Konflikten befasst werden, sind sie emotional meist auf Seiten derjenigen, die als schwach und deshalb besonders schutzbedürftig eingeschätzt werden. Auf der Suche nach klaren Lösungen entstehen aus dieser Identifikation dann Pflichten für die als stärker wahrgenommenen Personen – Pflichten, die allerdings nicht einfach verordnet werden können, dennoch aber nahe gebracht werden sollen. Beratung als „weiche“ psychosoziale Intervention scheint dafür geeignet zu sein. Und: um einer solchen Beratung die nötige Verbindlichkeit zu geben, möchte man sie am liebsten verpflichtend machen. So verständlich solche intuitiv vorgenommenen Bewertungen sind – es lohnt sich etwas genauer darüber nachzudenken.

Ich möchte daher im Folgenden einige Überlegungen vorstellen, die sich aus beratungstheoretischer und ethischer Perspektive hinsichtlich einer Pflicht zur Beratung formulieren lassen. Da wir hier im Kontext des „Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch“ diskutieren, fokussiere ich Beratungen bei einer *Familiengründung mit Hilfe der Reproduktionsmedizin*. Ich beginne mit der beratungstheoretischen Perspektive:

2. Beratungstheoretische Problematisierung von Zwangsberatung

Wenn beratungswissenschaftlich über eine Pflicht zur Beratung diskutiert wird, dann hat man meist die Schwangerschaftskonfliktberatung als Modell vor Augen. Zwar gibt es verordnete

Beratungen – im Fachdiskurs meist als „Zwangsbearbeitung“ diskutiert – nicht nur hier.³ Aber weil gesetzlich verankert, in ihrer Entstehungszeit heiß umkämpft und bis heute breit diskutiert, ist die Schwangerschaftskonfliktberatung den meisten bekannt und als Beispiel zur Hand. Bei dieser (wie bei allen Zwangsbearbeitungen) werden Klientinnen insofern in ein Gespräch *gezwungen*, als entweder Sanktionen drohen, wenn man dieses Gespräch nicht wahrnimmt, oder aber Zuwendungen/ Chancen an das Absolvieren eines Beratungsgesprächs gebunden sind. Gleichwohl wird betont, dass ein solches verordnetes Gespräch alle Merkmale von Beratung realisieren soll: Klientenzentrierung, die Thematisierung persönlicher Haltungen und intimer Schwierigkeiten (Beschämendes eingeschlossen), Lebensweltorientierung und Ergebnisoffenheit. Befürworter einer Pflicht zur Beratung heben hervor, dass auf diese Weise eine schwierige Klientel erreicht werden kann, was insbesondere bei existenziellen, ethisch relevanten Fragen von großer Wichtigkeit ist.

Von der fachlichen Tradition psychosozialer und sozialpädagogischer Beratung aus gesehen, ist damit jedoch der *Kern von Beratung* berührt – war doch die Möglichkeit, ergebnisoffen und klientenzentriert die Anliegen der Klienten und Klientinnen zu bearbeiten, immer mit dem Konzept der „Freiwilligkeit von Beratung“ verbunden.⁴ Als Basis von Beratung gilt eine vertrauensvolle Beziehung, die vertraulich Mitgeteiltes schützt und ein Arbeitsbündnis ermöglicht, in dem Verstehen, psychologische Fachkompetenz, fachliches Wissen auf Seiten der Berater_innen und Offenheit/Selbstexplorationsbereitschaft auf Seiten der Klient_innen persönliche Veränderung und Erweiterung von Perspektiven ermöglichen.

Im Zentrum der beratungswissenschaftlichen Diskussionen um „Zwangsbearbeitung“⁵ steht daher die Beratungsbeziehung und das Problem einer möglichen Fragilität des Arbeitsbündnisses sowie – damit verbunden – die Frage nach den *inneren* Freiheitsgraden, über die Klient/innen in einer Kommunikation noch verfügen können, wenn diese mit psychischem, sozialem oder materiellem Druck zustande gekommen ist. Zwei Effekte – so das Ergebnis der Überlegungen – sind bei Interventionen innerhalb von Zwangskontexten zu erwarten:

- Die Herstellung eines Arbeitsbündnisses ist durch wechselseitige Vorbehalte, häufig auch durch Misstrauen hinsichtlich verdeckter Ziele erschwert. Das Arbeitsbündnis kann gänzlich misslingen und da, wo ein Bündnis entsteht, kann es nur auf situativen oder (zu erarbeitenden) gemeinsamen Interessen basieren, die immer partiell bleiben. Die paradoxe Formulierung von Marie-Luise Conen „Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder los zu werden?“ (Conen 2013) veranschaulicht dies gut.
- Was die inneren Freiheitsgrade von Klient/innen angeht, so lässt sich auch ohne weit reichende Psychologisierung behaupten, dass sie unter Druck enger werden: Selbstbehauptung und Selbstschutz spielen eine größere Rolle als in offenen Kommunikations-

³ Auch Beratungsformate des Jobcenters, manche Gesprächskonstellationen der Drogenberatung oder aber das in einigen Bundesländern vorgeschriebene Modell der besonderen Prüfungsberatung an Hochschulen werden von Klientenseite nicht freiwillig wahrgenommen.

⁴ Seit den 1960er Jahren ist Beratung als Interventionsform entwickelt und professionalisiert worden, die (im Gegensatz zu und in Abgrenzung von sozialen und psychiatrischen „Maßnahmen“ zur „Behandlung“ auffälliger Personen) Orientierungs- und Entscheidungshilfen sowie die psychosoziale Begleitung in individuellen Krisen anbietet. Individuelles Wachstum/ Empowerment gelten als Ziele, die individuelle Selbstbestimmung soll gefördert, nicht eingeschränkt werden. Die sich verändernden gesellschaftlichen Anforderungen an die Individuen werden als Herausforderung verstanden (vgl. Forum Beratung 2001; 2012).

⁵ Zum Thema „Zwangsbearbeitung“ siehe ausführlicher Großmaß 2010.

situationen, Wenn-dann-Strukturen bekommen ein größeres Gewicht. In den methodischen Überlegungen zum Umgang mit „unfreiwilligen Klienten“ wird entsprechend mit Reaktanz und auf der Gefühlsebene mit Angst, Misstrauen, Resignation und aggressiven Impulsen gerechnet.

Das Forum Beratung (in der DGVT) hat in seiner zweiten Frankfurter Erklärung daraus folgendes Fazit gezogen: „Hält man am definierten Ziel von Beratungskommunikation fest, nämlich ein psychosozial, kommunikativ und in der Sache kompetentes Angebot zu sein, das den Klienten und Klientinnen eine Neuorientierung bei persönlichen Konflikten, Irritationen und Entwicklungswünschen bietet, dann sind Zwangskontexte Hindernisse für das Beraten. Nur unter der Voraussetzung, dass Beratung ergebnisoffen den Orientierungsbedürfnissen und den Entscheidungsanstrengungen der Ratsuchenden folgt und ohne Sanktionsdruck auskommt, kann eine vertrauensvolle Beratungsbeziehung entstehen, die auf Seiten der Beratenen Einfühlung und Verstehen und auf Seiten der Klientinnen und Klienten Offenheit für Anregungen, Informationen, Konfrontation und emotionale Berührbarkeit freisetzt.“ (Forum Beratung 2011: 5)

Freiwilligkeit in diesem Sinne ist kein empirisches Faktum, sondern ein *methodisches Postulat*, das nicht durch den Einsatz von Techniken, sondern nur über das Setting und die Gesprächshaltung erfüllt werden kann. Nicht die Techniken der Gesprächsführung machen ein Gespräch zu einem Beratungsgespräch, sondern die fachlich und berufsethisch vertretbare Gestaltung der Interventionsform. Damit ist die zweite von mir angekündigte Perspektive – die ethische – bereits angesprochen.

3. Ethische Überlegungen zu Elternrechten/ Kinderrechten

Ethische Überlegungen⁶ stellen nicht einfach eine additive Ergänzung zu den fachwissenschaftlichen Konzepten in Beratung, Psychotherapie und Sozialer Arbeit dar, sondern bieten eine dazu quer liegende Reflexionsebene. Denn ethische Überlegungen unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich der behandelten Themen und Fragen von fachwissenschaftlichen Überlegungen, sie nehmen vielmehr eine völlig andere Perspektive ein: Während fachliche Diskussionen in Beratung, Psychotherapie und medizinischer Behandlung um asymmetrische Beziehungen zentriert sind – jede professionelle Expertise konstituiert Ungleichheit – beschäftigt sich Ethik mit der Beziehung Gleichrangiger. Alle an einer Situation beteiligte Personen werden gleichermaßen als moralische Subjekte betrachtet, die einander *wechselseitig* etwas schulden: Respekt, Anerkennung, Gerechtigkeit, Nothilfe – um die wichtigsten ethischen Kategorien zu nennen. Selbstbestimmungsrechte der einen lassen sich nicht mit moralischen Ansprüchen der anderen verrechnen. Moralische Konflikte und Dilemmata⁷ entstehen im Zusammenleben von Menschen und sie müssen als moralische Situationen verstanden werden, für die es keine ein für allemal gültige „einfachen“ Lösungen gibt.

⁶Hier und im Weiteren werden die Begriffe „Ethik“ und „ethisch“ verwendet, um Nachdenken und Reflexion über moralische Fragen zu bezeichnen. „Moral“ und „moralisch“ bezeichnen den Gegenstand, über den dabei nachgedacht wird, nämlich alltägliche und kulturell etablierte Normen, die zwischenmenschliche Beziehungen regeln. (Vgl. Großmaß 2013a: 209 f.)

⁷ Von „moralischen Konflikten“ spricht man, wenn persönliche oder institutionelle Interessen in Widerstreit mit moralischen Normen geraten. „Moralische Dilemmata“ entstehen dann, wenn zwei (oder mehrere) moralische Normen Geltung beanspruchen, diese aber nicht gleichzeitig realisiert werden können. (vgl. Großmaß 2013a: 221 f.)

Allerdings leugnet auch die Ethik nicht, dass nicht alle Subjekte, mit denen wir zu tun haben, in der Lage sind, *den moralischen Anforderungen der Wechselseitigkeit* voll zu entsprechen – z.B. weil sie (noch) zu klein sind, weil sie (inzwischen) zu alt sind, weil sie krank sind oder unter chronischen kognitiven Einschränkungen leiden. Diese Personen werden in ethische Überlegungen advokatorisch (Brumlik 1992) bzw. care-ethisch (Tronto 1993) einbezogen. Dabei geht es nicht darum, in paternalistischer Weise an Stelle der Betroffenen zu entscheiden, was gut für sie ist. Vielmehr soll z.B. bei Kindern deren *Perspektive* „*anwaltlich*“ *eingenommen werden*, sodass Entscheidungen, die Erwachsene für sie treffen nach dem Kriterium einer möglichen späteren Zustimmung getroffen werden. In Hilfebeziehungen, die asymmetrisch sind, weil der eine auf die Unterstützung der anderen angewiesen ist, soll „caring“ so gestaltet werden, dass die hilfebedürftige Person immer *auch als gleichrangige, moralisch entscheidungsfähige Person mitgedacht* und kommunikativ einbezogen wird.

Nun sind, das wissen wir alle aus der alltäglichen Erfahrung, familiäre Beziehungen hinsichtlich advokatorischer und care-ethischer Ansprüche besonders komplex. Familiäre Beziehungen schließen Paarbeziehungen ebenso ein wie Eltern-Kind-Beziehungen, hinzukommen Beziehungen zwischen Geschwistern und zwischen Großeltern und Enkeln (und dies alles heute auch in Patchwork-Varianten⁸). Familiäre Beziehungen enthalten daher ganz unterschiedliche Formen von Subjektbeziehungen und Asymmetrien:

- Da in diesen Beziehungen elementare körperliche und psychische Bedürfnisse befriedigt werden, entstehen auch jeweils spezifische Formen von Abhängigkeit.
- Da in Familien sowohl Beziehungen innerhalb einer Generation wie transgenerationale Beziehungen gelebt werden, sind sowohl advokatorische als auch care-ethische Anforderungen zu berücksichtigen.
- Da familiäre Beziehungen auf Langzeitperspektive angelegt sind, verändert sich zudem das Verhältnis von Selbstständigkeit und Angewiesenheit im Laufe der Zeit.

Innerhalb von Familien hat man es deshalb immer *mit unterschiedlichen moralischen Ansprüchen* zu tun. Es geht, um nur die wichtigsten Themen herauszugreifen, um das Verhältnis von Nähe und Respekt, um Intimität und Abgrenzung und um (sich verschiebende) Verantwortungsverteilungen.

Bei der heute *möglichen* Familienplanung⁹ sind mehrere dieser Themen berührt, wobei relativ komplexe moralische Fragen aufgeworfen werden. – Einige seien genannt:

- Welche Verantwortung übernehmen Eltern, wenn sie Kinder in die Welt setzen? Ist diese Verantwortung anders, wenn sie nicht oder nur z. T. genetische Eltern sind?
- Wie weit geht das Selbstbestimmungsrecht auf Reproduktion? Gibt es ein Recht auf Fortpflanzung und was bedeutet es?

⁸ Ein Überblick über familiäre Beziehungen findet sich in Lenz/ Nestmann (2009): 279-379. Zur aktuellen Formvielfalt von Familie s. Schulze 2007, zur emotionalen Bedeutung von Herkunftsfamilien in einer Mehrgenerationenperspektive s. Boszormenyi-Nagy, Ivan/ Spark, Geraldine M. (1981).

⁹ Obwohl wir heute fast selbstverständlich davon ausgehen, dass Familien bewusst geplant werden, ist dies weder selbstverständlich noch sachlich zutreffend. – Es entstehen nach wie vor spontane Schwangerschaften (die ausgetragen werden oder auch nicht). Dass Familiengründungen mit Hilfe der Reproduktionsmedizin geplant (und begründet) werden müssen, verändert zunächst einmal nur den medizinischen Blick auf die Lebenspraxis.

- Welche Entscheidungen, die Kinder betreffen, müssen sich advokatorisch verantworten lassen – Entscheidungen über Kita und Schule; über religiöse und musische Erziehung; über die Trennung vom Partner/von der Partnerin; auch darüber, dass das Kind überhaupt zur Welt kam?
- Welche Bedeutung hat das Recht die eigene Herkunft zu kennen? Was ist mit Herkunft gemeint – die soziale, die kulturelle, die genetische?

Für einige dieser Fragen gibt es inzwischen rechtliche Festlegungen, die meisten jedoch unterliegen der moralischen Verantwortung der beteiligten Erwachsenen. Moralische Fragen lassen sich heute nicht mehr mit der Selbstverständlichkeit einer etablierten Moral beantworten, weshalb durchaus Unterstützungs- und Beratungsbedarf entstehen kann. Ethische Überlegungen, die Fragen im Umfeld von Familiengründung und Kinderwunsch betreffen, können daher sehr wohl auch Anlass bzw. Teil von Beratungsprozessen sein – immer vorausgesetzt, dass sich dabei gleichrangige moralische Subjekte begegnen, die gemeinsam nach moralisch vertretbaren Lösungen suchen. Denn in Sachen Moral und Ethik gibt es keine Expertise; Berater und Beraterinnen stehen nicht qua Funktion auf der Seite des Guten. In Ausübung ihres Berufs allerdings haben die Angehörigen der Professionen eigene moralische Standards zu berücksichtigen. Auch hierzu ein paar Hinweise:

4. Professionsethische Überlegungen zu medizinischen Eingriffen/ psychosozialen Interventionen

Neben den angesprochenen ethischen Themen, die sich für Personen qua moralisches Subjekt ergeben und die nicht an berufliche Positionen und professionelle Expertise gebunden sind, gibt es, wenn wir über Beratung, Psychotherapie und medizinische Behandlung sprechen, auch ethische Fragen, die sich auf die Ausübung der beruflichen Aufgaben beziehen¹⁰.

Um dies zu verstehen, ist es hilfreich sich daran zu erinnern, was das Spezifikum einer Profession ist. Ärztinnen und Anwälte, Psychotherapeutinnen und Berater, Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen greifen in Ausübung ihres Berufes in die körperliche, psychische, moralische und soziale Autonomie anderer Personen ein. Sie tun dies im Auftrag der Betroffenen bzw. des Gemeinwesens und sie sind dafür mit Fachwissen, Ressourcen und Kompetenzen ausgestattet, über die Patient_innen und Klient_innen nicht verfügen. Diese Macht verwandelt die Hilfesituation selbst in eine *asymmetrische Konstellation*¹¹. Wie Macht in anderen Kontexten, ist auch die Macht professioneller Beziehungen mit spezifischen Verführungen verbunden – die Verführung die eigene Expertise zu bestätigen, die Verführung ökonomische Interessen dominant werden zu lassen, die Verführung die Asymmetrie auszunutzen um eigene emotionale oder sexuelle Bedürfnisse zu befriedigen (Großmaß 2009: 546; 551). Betrugs-skandale im Bereich der Medizin, Übergriffsskandale in Medizin, Psychotherapie, Pädagogik und Beratung machen deutlich, dass es der expliziten Auseinandersetzung mit diesen Verführungen bedarf, um professionellen Normen wie der Schadensvermeidung im konkreten Handeln Geltung zu verschaffen.

Professionsethische Anforderungen rekurrieren jedoch nicht nur und nicht vorwiegend auf die Möglichkeiten des Machtmissbrauchs. Auch der Gebrauch dieser Macht zum Wohle von Pa-

¹⁰ Für Beratung als Profession habe ich dies an anderer Stelle ausführlich expliziert (Vgl. Großmaß 2013b).

¹¹Die Machtseite des professionellen Handelns bezieht sich nicht nur auf Ressourcenvergabe/-verweigerung oder den Einsatz staatlicher Macht gegen den Willen der Betroffenen (wie bei der In-Obhut-Nahme), sondern auch auf die Verwandlung einer Lebenssituation in einen „Fall“. (s. hierzu exemplarisch Brändli 2009).

tienten und Klienten ist mit spezifischen Verantwortlichkeiten verbunden, konstituiert doch die Expertise, die Hilfe ermöglicht zugleich die Asymmetrie der helfenden Beziehung. Die Patienten können in der Regel nicht einschätzen, was ein medizinischer Eingriff „mit ihnen macht“, ebenso wenig wie sie zukünftige Folgen absehen können. Da Einspruch im Nachhinein weder bei chirurgischen Eingriffen noch bei psychotherapeutischen Interventionen möglich ist, liegt die Verantwortung für Transparenz, Information und die Möglichkeit des „informed consent“ auf Seiten der Professionellen. Dies gilt auch für reproduktionsmedizinische Behandlungen. Diejenigen, die diese Behandlungen anbieten und durchführen, sind verpflichtet, den Ablauf der Behandlung und die rechtlichen Rahmenbedingungen transparent zu machen, patientengerecht über die Details zu informieren und für die einzelnen Schritte der Behandlung die Zustimmung der Patientin einzuholen.

5. Fazit

Wenn ich versuche, aus den vorgestellten ethischen Überlegungen ein Fazit zu ziehen hinsichtlich möglicher oder sinnvoller psychosozialer Interventionen, dann scheint mir ein Angebot von psychosozialer Beratung hilfreich zu sein, gibt es doch neben den von mir erörterten moralischen Fragen sicher auch psychische Konflikte und Entscheidungsunsicherheiten, die mit dem Kinderwunsch und den erforderlichen medizinischen Eingriffen zu tun haben. Gegen eine verpflichtende Beratung für potenzielle Patientinnen sprechen jedoch mehrere Gründe:

- Beratungstheoretisch stellt die Pflicht sich beraten zu lassen, eine Beratungshindernis dar – die inneren Freiheitsgrade werden eingeschränkt; das Arbeitsbündnis wird fragil.
- Für die ethischen Fragen und Irritationen, die immer mitspielen, wenn es um die Realisierung eines Kinderwunsches geht, und die Anlass für eine Beratung sein können, stellt eine Beratungspflicht eine Anmaßung dar – scheint man damit doch vorauszusetzen, dass Professionelle die besseren moralischen Subjekte sind.
- Die professionsethische Verpflichtung zur Herstellung von Transparenz und zu angemessener Patienteninformation lässt sich nicht einlösen, indem man die Patientinnen auf eine psychosoziale Beratung verpflichtet (die man dann vielleicht an andere Berufsgruppen delegieren kann).

6. Literatur

- Bourdieu, Pierre (2001): Meditationen. Zur Kritik der scholastischen Vernunft. Frankfurt: Suhrkamp
- Brumlik, Micha (1992): Advokatorische Ethik. Bielefeld: Böllert KT-Verlag
- Conen, Marie-Luise (2013): Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden? Therapie und Beratung mit unmotivierten Klienten und in Zwangskontexten. Heidelberg: Auer
- Dewe, Bernd (2006): Professionsverständnisse – eine berufssoziologische Betrachtung. In: Pundt, Johanne. (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Bern: Huber, 23-35
- Forum Beratung (2001): Frankfurter Erklärung zur Beratung. Tübingen: dgvt; online unter: <http://www.forum-beratung-dgvt.de/>
- Forum Beratung (2012): Zweite Frankfurter Erklärung zur Beratung. Tübingen: dgvt, online unter: <http://www.forum-beratung-dgvt.de/>
- Großmaß, Ruth (2009). Therapeutische Beziehungen: Distanze Nähe. In: Lenz, Karl & Nestmann, Frank (Hg.) (2009): Handbuch Persönliche Beziehungen. München: Juventa, 545-563

- Großmaß, Ruth (2010): Hard to reach - Beratung in Zwangskontexten. In: Christine Labonté-Roset, Hans-Wolfgang Hoefert & Heinz Cornel (Hg.): Hard to reach - Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit. Berlin: Schibri-Verlag, 173-185
- Großmaß, Ruth (2013a): Ethical Reasoning - Ethik in der beruflichen Praxis. In: Großmaß, Ruth; Anhorn, Roland (Hrsg.): Kritik der Moralisierung Band 15: Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 209-226
- Großmaß; Ruth (2013b): Beratung und Ethik. In: Nestmann, Frank/ Engel, Frank/ Sickendiek, Ursel (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Band 3. Tübingen: DGVT, 1711-1721
- Krobath, Thomas & Heller, Andreas (Hg.) (2010): Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik, Freiburg: Lambertus
- Lenz, Karl & Nestmann, Frank (Hg.) (2009): Handbuch Persönliche Beziehungen. München: Juventa
- Maio, Giovanni (2012): Mittelpunkt Mensch. Ethik in der Medizin. Stuttgart: Schattauer
- Tronto; Joan (1994): Moral boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care. New York: Routledge