

Feministische Bioethik

Ursprung, Arbeitsfelder und Positionen feministischer Kritik am herrschenden Diskurs

von Dr. Heike Knops, 2006

Als Feministinnen ihre Aufmerksamkeit dem sich rasend entwickelnden Feld der Bioethik zuwandten, wurde feministische Bioethik zu einem neuen Gebiet akademischer Studien. Mit Hilfe der feministischen Philosophie und sozialen Theorien wurde das bioethische Rahmenwerk erweitert und kritisiert.

1. Die Anfänge der Bioethik

Bioethik und Feminismus trafen sich in den 1960er Jahren – einer Ära sozialen Wandels und Engagements. Die bioethische Bewegung entsprang dem Protest gegen Mediziner, die ihre Autoritäten dazu missbrauchten, Experimente an Menschen zu machen, wie man es aus der Nazi-Zeit kennt. Aktueller Anlass war die Tuskegee Syphilis Studie, ein Experiment, das 40 Jahre lang an armen schwarzen Männern durchgeführt wurde, denen fälschlicherweise erzählt wurde, dass sie eine Therapie erhielten. [\[1\]](#)

Nach einigen erfolgreichen Dekaden hatte sich die Bioethik zu einem hoch professionalisierten interdisziplinären Wissenschaftsbereich gemausert, in dem Philosophen, Mediziner, Juristen, Sozialwissenschaftler und Biologen zusammenarbeiteten. Ein Berg von Literatur entstand zu den ethischen Implikationen von medizinischer Forschung und Gentechnik, den Fragen von Lebensanfang und -ende, aber auch zu den Institutionen und Menschen, die im Gesundheitswesen tätig sind.

Im Laufe der Jahre errang Bioethik ein hohes Ansehen im Gesundheitswesen, in der Wissenschaft und in der Öffentlichkeit.

Mit der Professionalisierung und Institutionalisierung der Bioethik vollzog sich ein konservativer Wandel. Viele Bioethiker verloren den historischen Ursprung und die Dynamik der Medizinkritik aus ihren Augen (Purdy 2001; Holmes 1999; Murray 2000). Obwohl im Laufe der Zeit Frauen in der Bioethik mitarbeiteten, blieb sie dennoch Männerdomäne.

Bioethiker schwiegen zu drastischen Einschnitten im Gesundheitswesen, die vor allem Randgruppen, Arme und Kinder betrafen. Das Bewusstsein für die unterschiedlichen Auswirkungen von medizinischer Forschung auf die Ethnien im Land, auf soziale Klassen und die Geschlechter ging verloren.

2. Entwicklungsprozess der Feministischen Bioethik

Seit den frühen 1960er Jahren hatten Feministinnen sich den Fragen des Gesundheitswesens zugewandt. Daraus entwickelte sich einerseits wissenschaftliche, andererseits aktive politische Arbeit. So dokumentierten Feministinnen in den 1970er Jahren die Erosion bei den Abtreibungen, unterstützt durch das Urteil von Roe v. Wade am Supreme Court 1973. Sie kritisierten zudem die Geburtspraktiken, die das Interesse der Gebärenden der Bequemlichkeit des Geburtshelfers und dem angeblich unabhängigen Interesse ihres Fötus opferten.

In den 1980er Jahren breiteten sich die Frauen-Gesundheits-Zentren aus (e.g., Holmes, Hoskins, & Gross 1980, 1981; Corea 1985). Ein Teil der Arbeit bestand darin, die bioethischen Journale zu beobachten (e.g., Whitbeck 1981; Young 1984).

Feministische Kommentare zu innovativen Reproduktionsverfahren sprossen nur so hervor! (z.B.: Arditti, Klein & Minden 1984; Corea 1985; Stanworth 1987). Bioethische Diskurse hatten Konjunktur und bioethische Texte überfluteten den Markt – aber nur wenige stammten von Feministinnen, obwohl solche durchaus vorlagen; sie wurden jedoch nicht gedruckt.

Feministische Vorstöße wurden oft missverstanden und als reine „Frauensache“ abgetan: eine spezielle Ethik nur für Frauen. Feministische Beiträge zu den führenden Texten wurden prinzipiell begrenzt auf Abhandlungen zur Reproduktionsmedizin wie z.B. Abtreibung, Mutter-Fötus-Beziehung und Reproduktionstechnologien trotz der Verbindung zwischen diesen Themen und weiteren bioethischen Belangen wie z.B.: die Begrenzung der Autorität der Mediziner, Konflikte zwischen kommerziellen Interessen und dem Patientenwohl, zwischen Moral und medizinischem Wert, und Grenzen zwischen Krankheit und Wünschen (Begehrlichkeiten).

Um Aufmerksamkeit für die genannten feministischen Perspektiven zu erzeugen, startete Susan Wolf ein Projekt am Hasting Center, das zur Anthologie führte: Feminismus und Bioethik - Jenseits der Reproduktion (1996).

Dieses Sammelwerk war ein Angriff auf die herrschenden bioethischen Normen, denn darin fanden sich, feministische Perspektiven zu vielen Aspekten, die in den herrschenden bioethischen Diskursen lange vernachlässigt wurden, wie:

- der gängige Ausschluss von Frauen als Subjekte medizinischer Forschung
- die abstrakte individualistische Konzeption von persönlicher Autonomie
- die stigmatisierende Schilderung von HIV positiven Frauen

Durch diese Anstrengungen verlor sich langsam die Identifikation von feministischen Perspektiven mit Reproduktionsfragen. Sogar feministische Kritik an bioethischer Theorie errang einige Beachtung in bioethischen Texten, obwohl sie weiterhin unter „alternativen“ Zugängen eingruppiert wurde - ebenso wie kommunistische, kasuistische und die Ethik der Fürsorge. Gegenwärtig gibt es wenige Texte, die den speziellen Gesundheitsfragen von Frauen und anderen unterrepräsentierten Gruppen Priorität geben. ^[5]

Bei dem Bemühen, feministische Arbeit vor einem Schattendasein in der Bioethik zu bewahren, zu einem gegenseitigen internationalen Meinungs austausch zu ermutigen, und die Agenda des bioethischen Hauptstroms zu beeinflussen, wurde 1993 das Internationale Netzwerk für feministische Bioethik (FAB) gegründet. FAB beabsichtigt, die Entwicklung von inklusiven bioethischen Theorien stärker in der Wissenschaft zu verankern. Drei Ziele sind dabei zentral:

- die **Ausdehnung** von bioethischer Theorie auf die Integration der Fragen der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Rasse, einer sozialen Klasse, einer bestimmten Ethnie oder eines bestimmten Geschlechts
- die **Überprüfung** der bioethischen Prinzipien daraufhin
- und die **Entwicklung** einer neuen Strategie und Methodologie, die den Standpunkt sozial marginalisierter Gruppen mit ein bezieht.

Die Artikulation dieser Fragestellungen bedeutete eine Systematisierung der maßgeblichen Gemeinsamkeiten innerhalb der feministischen Arbeit auf diesem Gebiet und stimulierte weitere interdisziplinäre Zusammenarbeit. Im Fokus der FAB steht die Einbeziehung und Adaption theoretischer Grundlagen der Bioethik in die Reflexion der moralischen Ebene, die die Struktur der Beziehungen Arzt/Patient und Forscher/Subjekt auf dem Hintergrund der Machtunterschiede (Herrschaftsverhältnisse) durchdenkt, die verschiedenen kulturellen Perspektiven im bioethischen Kontext wahrnimmt und die Einbettung spezifischer Technologie in soziale, politische und wirtschaftliche Strukturen reflektiert.

Die Gründung des FAB koinzidierte mit der aufkommenden Kritik in der feministischen bioethischen Wissenschaft:

- 1992 erschienen einige Artikel in dem Journal „Hypathia“, das als „Feministische Perspektiven in der Medizinethik“ herausgebracht wurde (Holmes & Purdy, 1992).
- Susan Sherwin veröffentlichte: „Nicht länger Patient: Feministische Ethik und Gesundheitspflege“ 1992 - die erste feministische Theorie in Buchlänge.

In diesem grundlegenden Werk erweiterte Sherwin feministische Bioethik und schlägt eine neue Richtung ein, die die vorherrschenden theoretischen Zugänge innerhalb der Bioethik analysiert und ihre Unzulänglichkeit demonstriert. Ein wesentlicher Aspekt in ihrem Buch ist der „ethische Imperativ“, der Bioethiker ihre bedrückenden sozialen Praktiken vor Augen führt und Strategien benennt, um dem abzuweichen.

- Veröffentlichungen von Susan Bordo (1992) and Mary Mahowald (1993) kritisieren die medizinische und kulturelle Haltung gegenüber dem weiblichen Körper.
- Susan Wendells Buch, „Der Körper“ von 1996, erweitert das Thema um die Diskussion der körperlichen Erfahrungen von Menschen mit Behinderung. Sie weist nach, dass die kulturell geprägte Haltung gegenüber dem Körper Behinderung stigmatisiert und verhindert, dass wir die – in jedem Leben – unvermeidliche körperliche Schwäche annehmen können.

Feministinnen greifen Themen auf wie AIDS, Geschlechterfragen in der Psychiatrie oder die globale Dimension der Bioethik und bringen sie in die Debatte ein.

1994 hielten Bioethiker in China die erste einer Reihe von Konferenzen ab, bei denen die feministischen Zugänge dargestellt wurden. Aber noch immer blieb feministische Bioethik ein Spezialgebiet ohne Einfluss auf Forschung, Wirtschaft oder Politik.

Für Feministinnen wurden die globalen bioethischen Fragen immer drängender. Es entstand eine Zusammenarbeit zwischen Feministinnen aus Industrieländern und so genannten Entwicklungsländern. Zwei wesentliche Bücher, basierend auf den internationalen Konferenzen, sind daraus hervorgegangen: Donchin & Purdy 1999; Tong et al. 2001.

Ein sehr bedenkenswertes Buch stellt den Bezug her zwischen Menschenrechten und Gesundheitswesen und führt die Debatte um eine globale Ethik weiter (Tong, Donchin & Dodds 2004). Es zieht einige Überlegungen in Betracht, die in der bioethischen Literatur selten bedacht werden, insbesondere die wirtschaftlichen, sozialen und politischen Auswirkungen des globalen Kapitalismus und die Notwendigkeit, die Spannung zwischen den Herausforderungen des kulturellen Imperialismus einerseits und des kulturellen Relativismus andererseits zu bewältigen.

Von besonderem Interesse sind die problematischen ethischen Folgen biomedizinischer und gentechnischer Verfahren für das Leben derjenigen, die keine Macht haben, die ihnen von außen vorgegebenen Bedingungen, die ihr Leben kontrollieren, zu verändern.

3. Feministische Perspektiven in der bioethischen Theorie

Wie das vorangehende Kapitel zeigte, haben Feministinnen sich an der wissenschaftlichen Diskussion auf allen Feldern, in allen Problembereichen der Bioethik beteiligt.

Alle Feministinnen zweifeln an abstrakten universellen Normen und einem Rahmenwerk von allgemeingültigen moralischen Prinzipien, das die bioethischen Theorien beherrscht. Diese Konzeption „eines generalisierten Subjekts“ impliziert die Perspektive einer Elite, meistens einer männlichen Gruppe.

Feministinnen haben gezeigt, dass so der Status Quo zementiert wird und Überlegungen zu einem sozialen Wandel verhindert werden.

Sie kritisieren zudem die Tendenz der herrschenden Bioethik, die Leiden einer unterdrückten Gruppe zu interpretieren als Leiden, die sie nur wegen ihrer besonderen Eigenart treffen. Susan Wolf konstatiert, dass auch die armen schwarzen Männer in der Tuskegee Syphilis Studie oder die Insassen der Nazi Konzentrationslager abstrakt behandelt wurden, ohne adäquat Bezug zu nehmen auf die besonderen Bedingungen, die ihr Leben beherrschten (1996).

Die Suche nach einer mit der Bioethik kompatiblen ethischen Fundierung führte feministische Forscherinnen in unterschiedliche Richtungen. Einige favorisieren das Prinzip von Nel Noddings und ihren Anhängerinnen (1984), in der Bioethik die narrative Fall-spezifische Interpretation einzuführen.

Andere haben ernste Vorbehalte gegenüber Noddings Formulierung einer Ethik der Fürsorge, aber sind überzeugt von der narrativen Herangehensweise an bioethische Fragen (e.g. Nelson 2001).

Andere, wie Mary Rawlinson (2001), orientieren sich an den kontinentalen Feministinnen, deren Analyse rein männliche Interessen hinter den als „allgemein menschlich“ definierten Fragen hervorbrachte.

Eine andere Gruppe bearbeitet die bioethischen Themen mit post-strukturalistischen und post-modernen Theorien und etablierte so ein sehr spezifisch feministisches Rahmenwerk (Shildrick 1997, Shildrick & Mykitiuk 2005).

Ein wachsende Zahl von Feministinnen ist der Meinung, dass ein bioethisches Rahmenwerk, das universelle Prinzipien beinhaltet, nur dann adäquate bioethische Theorie bildet, wenn es um eine Dimension erweitert wird, die verhindert, dass die Prinzipien in nicht-ausschließenden Begriffen formuliert werden und den Beziehungskontext individuellen Lebens reflektieren.

Sie ziehen zwei Linien der feministischen Theorie aus: die erste ist inspiriert von der Ethik der Fürsorge (ethics of care) und die zweite reflektiert die Quellen der Unterordnung der Frauen (women's subordination) auf der Folie von Dominanzkultur und Unterdrückung. Aus dieser Kontroverse ist eine neue Perspektive erwachsen. Sie lässt sich in einigen Tendenzen feministischer Gedanken nachweisen; insbesondere in der Debatte um Fürsorge und Gerechtigkeit.

Ausgehend von dem grundlegenden Werk von Carol Gilligan (1982) haben Fürsorge-Theorien die vermeintliche Begründung der Fürsorge in weiblicher Charaktere – Fürsorge, Beziehung, Verantwortung – betont und mit der männlichen Charaktere kontrastiert, die sich in Form von Gerechtigkeit und Gesetzlichkeit manifestiert.

Fürsorge-Theorien misstrauen traditionellen moralischen Prinzipien und fordern eine Ethik, die sich von alternativen Werten wie Liebe, Fürsorge und Verantwortlichkeit leiten lässt. Sie betonen die Eignung dieser Werte für kontextuelle Feinheiten und Beziehungsfragen, die von einem Prinzipien-geleiteten-System übergangen werden.

Andere aber zweifeln an der Tauglichkeit der Ethik der Fürsorge für alle Belange der feministischen Bioethik. Susan Sherwin etwa weist auf die Verbindung hin zwischen der Ethik der Fürsorge und dem langen traditionellen akademischen Streit, in dem gerade die vermeintlichen Unterschiede zwischen weiblichem und männlichem Charakter diskutiert wurden. Sie zeigt, dass dieser Orientierung eine politische Perspektive fehlt im Blick auf Dominanzkultur und Unterdrückung von Frauen (1992, 42-49).

Feministinnen, die Sherwin folgen, lehnen die Ethik der Fürsorge nicht rundum ab. Aber sie finden sie einseitig und plädieren für eine Erweiterung der Gedanken um die Fragen der Gerechtigkeit, ohne schlichte Übernahme derselbe aus Männer-dominierten Publikationen.

In der Folge wurde in verschiedenen Richtungen geforscht.

Eine Studie kombiniert die Perspektive der Fürsorge mit der Wertetheorie. Ruth Groenhout ist davon überzeugt, dass dieser Ansatz eine fruchtbare Perspektive für die bioethische Debatte bietet (2004). Sie weist strukturelle Ähnlichkeiten zwischen den beiden Positionen nach, die eine verständliche feministische Bioethik unterstützen: beide betonen die besondere Natur der Menschen, die Besonderheit ihres sozialen Kontextes, die Bedeutung der emotionalen Seite in ethischen Fragen und die Weigerung, Handlungen unabhängig von dem jeweiligen Lebenskontext bzw. – umfeld zu beurteilen.

Natürlich schließt die Ethik der Fürsorge Merkmale ein, die man selten in der Wertetheorie findet, etwa die Verpflichtung, Frauen volle Teilhabe in der ethischen Gemeinschaft (moral community) zu gewähren. Beide Theorien gemeinsam ist es, die Fragen nach dem sozialen Ort und dem Machtungleichgewicht ernst zu nehmen. Groenhout führt Beispiele aus unterschiedlichen Bereichen an, einschließlich der Reproduktionsmedizin, und konstatiert, dass die Aufnahme der Ethik der Fürsorge vielen Faktoren Rechnung tragen würde jenseits der Wünsche des Patienten. Dies würde Kosten und Nutzen für alle Beteiligten einschließen, ebenfalls die Wirkung dieser Angebote auf andere Bereiche des Gesundheitssystems und zeigen, ob der Gebrauch dieser Technologien sich als geeignet erweist für Kinder und Frauen.

Susan Dodds weist sehr deutlich auf die Folgen hin, die sich aus der Tendenz der Bioethiker und Mediziner ergeben, Autonomie auf den "informed consent" zu reduzieren und die Wahlmöglichkeiten der Patienten im medizinischen Alltag auf eine begrenzte Zahl von Optionen zu beschränken (2000).

Diese Formulierung des Prinzips nimmt keine adäquate Notiz von den Randbedingungen, die Patienten in den medizinischen Kontext mitbringen, und ist unsensibel gegenüber den Zusammenhängen institutionalisierter Macht, die ihre Präferenzen in der Gesundheitsfürsorge beeinflussen. Denn sowohl die verfügbaren Optionen als auch die Präferenzen des Patienten werden erzwungen unter mannigfaltigem Druck, einschließlich der Autorität des Arztes, Machtssystemen innerhalb der Familien, wirtschaftlicher Ungleichheit und anderen ungerechten sozialen Bedingungen.

Wenn man einmal den Einfluss solcher Zwangslagen erkannt hat, wird die Notwendigkeit für eine nuanciertere Konzeption der Autonomie offensichtlich.

Feministinnen haben einige Vorschläge hierzu gemacht.

Virginia Warren legt dar, dass das Konzept ergänzt werden muss durch eine Ethik der Ermächtigung: bevor man sich auf seinen Arzt als einzige Quelle für Informationen zur Gesundheit verlässt, sollte Patienten die Möglichkeit eröffnet werden, ein weit verbreitetes Informations-Netzwerk zu nutzen, das etwa durch feministische Aktivitäten aufgebaut wurde (2001).

Die Bedeutung, die der Ermächtigung und Befähigung von Patienten zukommt, damit sie ihre Autonomie entwickeln und Ungleichheiten in Bildung und Ansehen ausbalancieren können, die Arzt-Patienten-Kommunikation verzerren, wird von allen betont. Denn Autonomie kann nicht als etwas angesehen werden, das alle Erwachsenen in gleichem Maße besitzen. Sie ist auch eine anzustrebende Leistung, die moralische Entwicklung, soziale Kooperation und unterstützende Institutionen erfordert. [7]

Eine adäquate Konzeption würde die sozialen Normen und die Zwangslagen sichtbar machen, die sich hinter den Optionen verbergen, die Patienten erhalten, und würde die Verpflichtung der Verwalter des Gesundheitssystems unterstreichen, Patientenautonomie aktiv zu fördern.

Diese Sichtweise verbindet mit der Fürsorge-Theorie die Überzeugung, dass menschliches Handeln nicht völlig eigenem Denken entspringt, nur rational ist und eine Wahl allein am Eigeninteresse orientiert ist. Vielmehr sind Menschen soziale Wesen, deren Persönlichkeit konstituiert ist und aufrecht erhalten wird durch überlappende Beziehungen, Zusammenhänge und Gemeinschaften.

Aufgrund der Komplexität der Verbindungen zwischen Individuen, ihrer sozialen Milieus und ihrer kulturelle Matrix rufen einige Feministinnen nun nach einem Beziehung-Modell für die Autonomie, das all dem Rechnung trägt.

Ein unterdrückendes soziales Umfeld, Krankheit oder Traumata können sehr leicht Autonomie beeinträchtigen.

In dieser Richtung haben die Untersuchungen von Carolyn McLeod (2002) weiter geführt. Sie erläutert eine ungewöhnliche Konzeption des Selbstvertrauens innerhalb des feministischen theoretischen Rahmenwerks, indem sie den Projekten eine neue Dimension zufügt, deren Ziel es ist, die herrschende Konzeption der persönlichen Autonomie in einer Art und Weise neu zu entwerfen, die den Beziehungscharakter herausstellt (2002). Ihre Fallbeispiele kommen vorwiegend aus dem Kontext der Reproduktionsmedizin, einschließlich Fehlgeburten, Behandlung von Unfruchtbarkeit und Pränataldiagnostik. Dabei zeigt sie, wie die Begegnung mit Gesundheitsdienstleistern das Selbstvertrauen von Frauen unterminieren kann und ihre Autonomie bedrohen kann. Sie macht Vorschläge, wie solche Dienstleister die Barrieren herabsetzen können und weshalb der Respekt vor der Patientenautonomie sie verpflichtet, ihre eigene Macht und Einflußnahme aufmerksam zu beobachten.

4. Feministisch-bioethische Perspektiven

Feministische Bioethikerinnen haben neue Themen und Perspektiven in die bioethische Debatte gebracht. Sie teilen die allgemein feministische Verpflichtung, systemimmanente Ungerechtigkeiten zu korrigieren. Sie orientieren sich an einer Zukunft, in der feministische Theorien einen größeren Einfluss auf die Bioethik haben, die Stimmen der

sozial marginalisierten Gruppen volle Beachtung finden und die Bedürfnisse aller sozialen Gruppen Eingang finden in ein gerechtes Gesundheitswesen, das auf die unterschiedlichen Bedürfnisse aller Menschen dieser Erde antwortet. Nachdem die Arbeit in der feministischen Bioethik zusammengewachsen ist, werden einige Schlüsselthemen sichtbar:

- Den Dialog zu eröffnen, der feministische Belange in den herrschenden Diskurs aufnimmt, der die Normen definiert für medizinische Forschung und Gesundheitsfürsorge.
- Strategien zu entwickeln, mit denen feministische Standpunkte Eingang in den politischen Prozess finden.
- Die Bewegung zu katalysieren hin zu den feministischen Zielen sowohl in den Industrienationen als auch den Ländern des Südens Menschen zu ermächtigen, Eingeborenen - Probleme zu identifizieren und Gerechtigkeit und Gleichheit auszudehnen auf marginalisierte Menschen.
- Mächtige Geberagenturen zu beeinflussen, damit diese die Arbeit gegen die Verletzung der Menschenrechte, gegen die Müttersterblichkeit und hohen Krankheitsziffern in Entwicklungsländern unterstützen.

Kurz, die ausschlaggebende Vision der feministischen Bioethik ist die Entwicklung einer nicht-hierarchischen menschlichen Gesellschaft, die Gesundheit und Wohlergehen aller Menschen ständig optimiert.

Bibliographie

- Arditti, R., R. D. Klein and S. Minden, (eds.), 1984, *Test-Tube Women: What Future for Motherhood?* London: Routledge & Kegan Paul.
- Baldwin-Ragaven, L., J.de Gruchy and L.London (eds.), 1999, *An Ambulance of the Wrong Colour: Health Professionals, Human Rights and Ethics in South Africa*. Rondebosch, Africa: University of Capetown Press.
- Bordo, S., 1993, *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*, Berkeley: University of California Press.
- Brison, S.J., 2001, *Aftermath: Violence and the Remaking of the Self*, Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- British Medical Association (BMA), 2001, *The Medical Profession and Human Rights: Handbook for a Changing Agenda*, New York and London: Zed.
- Callahan, J. C. (ed.), 1993, *Menopause: A Midlife Crisis*, Bloomington: Indiana University Press.
- -----, (ed.), 1995, *Reproduction, Ethics, and the Law: Feminist Perspectives*, Bloomington: Indiana University Press.
- Corea, G., 1985, *The Hidden Malpractice: How American Medicine Mistreats Women*, second edition, New York: Harper and Row.
- -----, 1985, *The Mother Machine: Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*, New York: Harper and Row.
- Davis, D.S., 2001, *Genetic Dilemmas: Reproductive Technology, Parental Choice, and Children's Futures*, New York: Routledge.
- Dickenson, D. (ed.), 2002, *Ethical Issues in Maternal-Fetal Medicine*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Donchin, A., 1995, "Reworking Autonomy: Toward a Feminist Perspective," in *Cambridge Quarterly of Health Care Ethics* 4:1, 44-55.
- -----, 2000, "Autonomy and Interdependence: Quandaries in Genetic Decision Making", in *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, C. Mackenzie and N. Stoljar (eds.), Oxford University Press.

- Donchin, A. and L.M. Purdy (eds.), 1998, *Embodying Bioethics: Recent Feminist Advances*, Lanham, Maryland: Rowman & Littlefield.
- Dresser, R., 1996, "What Bioethics Can Learn from the Women's Health Movement", in Susan M. Wolf (ed.), *Feminism and Bioethics: Beyond Reproduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Dula, A. and S. Goering (eds.), 1994, *'It Just Ain't Fair!' The Ethics of Health Care for African Americans*, Westport, Connecticut: Greenwood.
- Emanuel, E.J. and L.L. Emanuel, 1992, "Four Models of the Physician-Patient Relationship," *Journal of the American Medical Association* 267 (16), 2221-2226.
- Fulford, K.W.M., D.L. Dickenson and T.H. Murray, 2002, *Healthcare Ethics and Human Values*, Oxford: Blackwell.
- Gilligan, C., 1982, *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge: Harvard University Press.
- Groenhout, R., 2004, *Connected Lives: Human Nature and the Ethics of Care*, Lanham, Maryland: Rowman & Littlefield.
- Gupta, Jyotsna. 2000. *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy: Freedom or Dependency?* New Delhi/Thousand Oaks: Sage Publications.
- Held, V., 1993, *Feminist Morality*, Chicago: University of Chicago Press.
- Held, V. (ed.), 1995, *Justice and Care: Essential Readings in Feminist Ethics*, Boulder, Colorado: Westview Press.
- Holmes, H.B., B.B. Hoskins and M.Gross (eds.), 1980, *Birth Control and Controlling Birth*, Clifton, NJ: Humana Press.
- Holmes, H.B., B.B. Hoskins and M.Gross (eds.), 1981, *The Custom-Made Child? Women-Centered Perspectives*, Clifton, NJ: Humana Press.
- Holmes, H.B. and L. M. Purdy (eds.), 1992, *Feminist Perspectives in Medical Ethics*, Bloomington: Indiana University Press.
- Holmes, H.B. (ed.), 1994. *Issues in Reproductive Technology*, New York/London: New York University Press.
- -----, 1999, "Closing the Gaps: An Imperative for Feminist Ethics." in Donchin and Purdy.
- Jaggar A.M., 2001, "Feminist Ethics," in *Encyclopedia of Ethics*, L.C. Becker and C.B. Becker (eds.), London and New York: Routledge, 528-539.
- Jones, Nikki, 1999, "Culture and Reproductive Health: Challenges for Feminist Philanthropy," in Donchin and Purdy, 223-237.
- Ladd, R.E., L. Pasquerella, and S. Smith (eds.), 2002, *Ethical Issues in Home Health Care*, Springfield IL: C.C. Thomas, Ltd.
- Little, M., 1996, "Why a Feminist Approach to Bioethics", in *Kennedy Institute of Ethics Journal* 6 (1):1-18.
- Mackenzie, C. and N. Stoljar (eds.), 2000, *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, Oxford University Press.
- Mahowald, M.B., 1993, *Women and Children in Health Care: An Unequal Majority*, London & New York: Oxford University Press.
- -----, 2000, *Genes, Women, Equality*, London & New York: Oxford University Press.
- Mann, J. et al (eds.), 1999, *Health and Human Rights*, New York/London: Routledge.
- McLeod, C., 2002, *Self-Trust and Reproductive Autonomy*, Cambridge, MA.: Massachusetts Institute of Technology Press.
- Murphy, J.S., 1995, *The Constructed Body: AIDS, Reproductive Technology, and Ethics*, Albany: SUNY Press.
- Nelson, H.L., 2001, *Damaged Identities, Narrative Repair*, Ithaca N.Y.: Cornell University Press.
- -----, 2000, "Feminist Bioethics: Where We've Been, Where We're Going", in *Metaphilosophy* 31 (5): 492-508.
- Nelson, J.L. and H.L. Nelson (eds.), 1999, *Meaning and Medicine: A Reader in the Philosophy of Health Care*, New York/London: Routledge.
- Noddings, N., 1984, *Caring*, Berkeley: University of California Press.

- Overall, C., 1993, *Human Reproduction: Principles, Practices, Policies*, Toronto/Oxford: Oxford University Press.
- Parens, E. and A. Asch (eds.), 2000, *Prenatal Testing and Disability Rights*, Washington DC: Georgetown University Press.
- Parker, L.S. and R. A. Ankeny (eds.), 2002, *Mutating Concepts, Evolving Disciplines: Genetics, Medicine, and Society*, Philosophy & Medicine series, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Parks, J. A., 2003, *No Place Like Home: Feminist Ethics and Home Health Care*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.
- Purdy, L.M., 1996, *Reproducing Persons: Issues in Feminist Bioethics*, Ithaca: Cornell University Press.
- Rawlinson, M.C., 2001, "The Concept of a Feminist Bioethics," in *The Journal of Medicine and Philosophy* 26(4), 405-416.
- Rothman, B.K., 1998, *Genetic Maps and Human Imaginations: The Limits of Science in Understanding Who We Are*, New York: Norton.
- -----, 2001, *The Book of Life: A Personal and Ethical Guide to Race, Normality, and the Implications of the Human Genome Project*, Boston: Beacon Press.
- Rowland, R., 1992, *Living Laboratories: Women and Reproductive Technologies*, Bloomington: Indiana University Press.
- Salles, A.L.F. and M.J. Bertomeu (eds.), 2002, *Bioethics: Latin American Perspectives*, New York: Rodopi.
- Sherwin, S., 1992, *No Longer Patient: Feminist Ethics and Health Care*, Philadelphia: Temple University Press.
- Sherwin, S. et al (eds.), 1998, *The Politics of Women's Health: Exploring Agency and Autonomy*, Philadelphia: Temple University Press.
- Sherwin, S., 2001, "Normalizing Reproductive Technologies and the Implications for Autonomy" in Tong, Anderson and Santos, 96-113.
- Shildrick, M. 1997, *Leaky Bodies and Boundaries: Feminism, Postmodernism and Bioethics*, London: Routledge.
- Shildrick, M. and R. Mykitiuk (eds.), 2005. *Ethics of the Body: Post-conventional Challenges*, Cambridge, Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology Press (forthcoming).
- Silvers, A., D. Wasserman and M.B. Mahowald, 1999, *Disability, Difference, Discrimination: Perspectives on Justice in Bioethics and Public Policy*, Lanham, Maryland: Rowman & Littlefield.
- Stanworth, M. (ed.), 1987, *Reproductive Technologies: Gender, Motherhood and Medicine*, Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Teays, W. and L. Purdy, eds., 2001, *Bioethics, Justice, and Health Care*, Belmont, California: Wadsworth.
- Tong, R., 1997, *Feminist Approaches to Bioethics: Theoretical Reflections and Practical Applications*, Boulder, Colorado: Westview Press.
- Tong, R., with G. Anderson and A. Santos, eds. 2001, *Globalizing Feminist Bioethics: Crosscultural Perspectives*, Boulder, Colorado: Westview Press.
- Tong, R., A. Donchin and S. Dodds (eds.), 2004, *Linking Visions: Feminist Bioethics, Human Rights and the Developing World*, Lanham, Maryland: Rowman and Littlefield.
- Tong, R. 2001, "Is a Global bioethics Possible As Well As Desirable?," in Tong, Anderson and Santos, 27-36.
- Warren, V.L. 1992, "Feminist Directions in Medical Ethics," in Holmes and Purdy, 32-45.
- -----, 2001, "From Autonomy to Empowerment: Health Care Ethics from a Feminist Perspective," in Teays and Purdy, 49-53.
- Wendell, S., 1996, *The Rejected Body: Feminist Philosophical Reflections on Disability*, New York/London: Routledge.
- Whitbeck, C. 1981, "A Theory of Health" in Caplan, A.L., H.T. Engelhardt, and J. McCartney (eds.), *Concepts of Health and Disease*, Addison-Wesley Reading, MA., 611-626.

- Wolf, S. (ed.), 1996, *Feminism and Bioethics: Beyond Reproduction*, New York: Oxford University Press.
- Young, I.M., 1984, "Pregnant Embodiment: Subjectivity and Alienation", in *The Journal of Medicine and Philosophy* 9: 45-62.

II. Diskussion

Positionen feministischer Kritik an Bioethik und Gentechnik

Texte bei Einladung mitgeschickt:

Birgit Rommelspacher, Weibliche Autonomie und gesellschaftliche Normierung
Eva Pelkner, Die Weltsicht aus der Petrischale

Erwartungen der Teilnehmerinnen: Hirntod / Wann ist der Mensch tot?