
MUTTER* WERDEN IN ZEITEN DER PRÄNATALDIAGNOSTIK

Selbstbestimmung und Entscheidungsfindung in der Schwangerschaft im
Kontext gesellschaftlicher Entwicklungen und Strukturen

Maha Jaouhari Tissafi

Eingereicht bei Prof. Dr. habil. Klaus R. Schroeter

Bachelor-Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit HSA, Fachhochschule Nord-
westschweiz FHNW, Olten

Vorgelegt im Januar 2024 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

ABSTRACT

Vorliegende Arbeit befasst sich mit der Entstehung und Entwicklung der Pränataldiagnostik. Die Optimierung der Bevölkerung durch Entschlüsselung genetischer Informationen wird anhand unterschiedlicher gesellschaftlicher Analysen diskutiert. Die Kapitalisierung des Körpers als Machtinstrument, wobei geschlechtsspezifische Ungleichheiten eine Rolle spielen, sind zentral für die Thematik der Pränataldiagnostik. Aufgrund der Medikalisierung Schwangerschaft wird diese nicht mehr als naturgegeben angesehen, sondern als zu überwachendes Risiko. Rechtliche Rahmen in der Schweiz regulieren die Anwendung, während genetische Beratungen Schwangere vor schwierige Entscheidungen stellen. Die Pränataldiagnostik beeinflusst die Selbstbestimmung und Entscheidungsfindung von Schwangeren, welche von sozialem Druck und gesellschaftlichen Normen geprägt sind. Die Frau* als Verantwortungsträger:in gerät somit in eine Entscheidungsfalle. Die Pränataldiagnostik ist geprägt vom Zusammenspiel von Gesellschaft, Gesundheit und Geschlecht und deswegen von grosser Relevanz für die Soziale Arbeit.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	1
2. Biopolitik	5
2.1 Begriffsklärung Biopolitik	5
2.2 Politisierung der Natur	7
2.3 Ökonomisierung der Gesundheit	7
3. Körper und Kapital	10
3.1 Körperkapital (Bourdieu)	10
3.2 Physical Capital (Shilling)	11
3.2.1 Der naturalistische Ansatz	13
3.2.2 Der poststrukturalistische Ansatz	15
3.2.3 Der dialektische Ansatz	16
3.3 Korporales Kapital (Schroeter)	17
4. Pränataldiagnostik im Verlauf der Zeit	19
4.1 Ursprung & Entwicklung	19
4.2 Medikalisierung der Schwangerschaft	21
5. Untersuchungsverfahren und Therapiemöglichkeiten	25
5.1 Nicht-invasive Untersuchungsverfahren	25
5.1.1 Ultraschall	25
5.1.2 Bluttest	26
5.1.3 Ersttrimesterscreening	26
5.1.4 Triple-Test	27
5.2 Invasive Untersuchungsverfahren	27
5.2.1 Amniocentese	27
5.2.2 Chorionzottenbiopsie	28
5.2.3 Chordocentese	28
5.3 Pränatale Therapiemöglichkeiten	29
6. Gesetzgebungen und Richtlinien	31
6.1 Gesetzgebung Pränataldiagnostik	31
6.2 Schweizer Gesundheitssystem	32
6.3 Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG	33
6.4 Schwangerschaftsabbruch	34

7. Entscheidungsgesellschaft	37
7.1 Genetische Beratung zur Entscheidung	37
7.1.1 Entscheidungsschritt 1	38
7.1.2 Entscheidungsschritt 2	39
7.2 Informierte Entscheidung	40
7.3 Selbstbestimmte Entscheidung	42
7.4 Die Entscheidungsfalle	43
8. Fazit	46
9. Literaturverzeichnis	51

1. Einleitung

Die Pränataldiagnostik ist heutzutage ein zentrales Element der Schwangerschaft und des Mutter*werdens. Pränatal oder auch vorgeburtlich umschreibt alle medizinischen Untersuchungen während der Schwangerschaft, welche der Erkennung von (genetischen) Erkrankungen, Fehlbildungen oder Behinderungen des ungeborenen Kindes dienen.

Wer schwanger wird, hat mit einer Vielzahl von Veränderungsprozessen zu tun. Die Veränderung des Körpers, die Veränderung von innerpsychischen Prozessen wie auch Veränderungen bzw. Anpassung der Lebensgestaltung. All diese Veränderungen werden von den aktuellen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen geprägt und geformt.

Die werdende Mutter* ist bei Eintritt einer Schwangerschaft fortan zu einer Auseinandersetzung mit verschiedenen Untersuchungsmethoden, deren Auswirkungen und den daraus resultierenden Entscheidungsfindungen gezwungen.

Diese Untersuchungen werden in invasive und nicht-invasive Verfahren unterschieden. Die nicht-invasiven Verfahren sind unter anderem der Bluttest oder die bildgebenden Ultraschallscreenings, welche die Nackenfaltenmessung sowie ein Fehlbildungsscreening beinhalten. Die Ergebnisse geben lediglich Hinweise auf eine Fehlbildung. Sollen Verdachtsfälle diagnostisch bestätigt werden, können dies nur invasive Verfahren tun. Zu den bekanntesten invasiven Verfahren gehören die Fruchtwasserpunktion (Amniozentese), die Chorionzottenbiopsie oder die Nabelschnurpunktion (Chordozentese). Solche Verfahren bergen wiederum Risiken, mitunter einer erhöhten Fehlgeburtsrate. (vgl. Steinhart/Strachota 2008: 234/Samerski 2010: 108))

Heute wird das Risiko in einer Schwangerschaft geradezu konstruiert. Etwa drei Viertel aller Schwangerschaften werden als Risikoschwangerschaft eingestuft, dies «obwohl meistens weder der werdenden Mutter* noch dem kommenden Kind etwas fehlt.» (Samerski, 2014) Eben solche Risikoeinschätzungen führen zu vorgeburtlichen Untersuchungen, damit diese durch Fachpersonen abgeklärt werden können.

Fachpersonen beraten die werdende Mutter* in einer genetischen Beratung über diesen Prozess, damit eine informierte und selbstbestimmte Entscheidung getroffen werden kann. Die Wahlfreiheit der Frauen* ist jedoch ab dem Moment eingeschränkt, in dem der werdenden Mutter* alle möglichen Risiken und Wahrscheinlichkeitsberechnungen zu möglichen Krankheiten und Fehlbildungen des noch ungeborenen Kindes vorgestellt wurden. Ab diesem Moment ist die Schwangerschaft vorbelastet. «Die medizinische Schwangerenbetreuung stellt die Weichen so, dass der vorgeburtliche Check-up samt eventuellem

Schwangerschaftsabbruch geradezu vorprogrammiert ist. Viele Schwangere haben daher das Gefühl, etwas entscheiden zu müssen, was letztlich schon entschieden ist.» (Samerski, 2014)

Entscheiden sie sich für Vorsorgeuntersuchungen und wird dabei eine Auffälligkeit festgestellt, beginnen die Sorgen. Schwangere geraten in eine Spirale von Untersuchungen, die nicht-invasiven werden zu invasiven. Um die Sorgen auszuräumen und Gewissheit zu erlangen, werden weitere Checkups unternommen, die eine Anomalie ausschliessen sollen. Die Schwangerschaft wird fortan begleitet von Ungewissheit wie sie, aber auch das Leben mit dem ungeborenen Kind, bewältigt werden soll. Ein Prozess der Entfremdung zum eigenen Körper sowie zum Kind ist die Folge.

Sobald eine Krankheitsdiagnose gestellt wird, gibt es selten Heilungschancen. Die Alternative zu Heilung ist oftmals der Abbruch der Schwangerschaft.

Frauen* werden hier vor ein Dilemma gestellt: Entscheiden sie sich für einen Abbruch, wird ihnen die Beendigung eines bereits begonnenen Lebens vorgehalten. Entscheiden sie sich nach einem positiven Befund, das Kind auszutragen, wird ihnen die Schuld und Verantwortung der Behinderung vorgeworfen. Wird ganz gegen Vorsorgeuntersuchungen entschieden, wird ihnen mangelnde Fürsorge für das Kind angelastet. Sollte dem Kind nachgeburtlich etwas fehlen, wartet der Vorwurf nach mangelnder Lebensqualität für das behinderte Kind nicht lange auf sich. Die Entscheidung fällt und trägt die Mutter* und geht immer mit einer Rechtfertigung einher. Die Entscheidungsfalle ist gestellt und Schwangere können nichts anderes, als reinzufallen.

Aus diesem Grund wird der Fokus dieser Arbeit auf Frauen*, Schwangere und Mütter* gesetzt, denn sie sind es, welche im Fokus von gesellschaftlichen Entwicklungen und Entscheidungsprozessen stehen. Die Frau* ist somit die Leidtragende von Veränderungsprozessen, was anhand der Vermarktung und Ausbeutung der reproduktiven Umbruchphasen in dieser Arbeit aufgezeigt wird. Weiter anzumerken scheint mir eine kurze Erklärung, warum ich in vorliegender Arbeit ausschliesslich den Begriff des «Kindes» verwende und nicht «Fötus». Das Ungeborene mag wissenschaftlich Embryo oder Fötus genannt werden, für die Schwangere ist es jedoch ab dem positiven Schwangerschaftstest ihr Kind. Die wissenschaftlichen Begrifflichkeiten schaffen automatisch eine Distanz zwischen Mutter* und Kind und abstrahieren vom Fassbaren, vom Menschlichen.

Der Anspruch auf ein gesundes Kind ist heutzutage gegeben, was zu einer Schwangerschaft auf Probe führt. Werdende Mütter* können und müssen entscheiden, welches Kind gesund genug ist, um es auszutragen und welches nicht. Hier kommt der selektive Abbruch

ins Spiel. Ist die Pränataldiagnostik dadurch ein Instrument der Prävention oder der Selektion? Dabei gilt es unterschiedliche ethische Diskurse zu berücksichtigen. Die inneren und äusseren Vorgänge von Pränataldiagnostik sollen somit im Hinblick auf das Individuum sowie auf soziale und gesellschaftliche Vorgänge erläutert und diskutiert werden.

Hier scheint mir wichtig zu betonen, dass die vorliegende Arbeit nicht die Rechtmässigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen in Frage stellen will. Frauen* dürfen und sollen jegliche Entscheidungen, die ihren Körper betreffen, frei wählen und ausführen. Entscheidungen für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch sind individuell begründet und zu respektieren.

Die theoretischen Grundlagen dieser Arbeit bilden das zweite und dritte Kapitel. Darin werden die Analysen von Foucault, Bourdieu, Shilling und Schroeter aufgezeigt, um einen Rahmen zu Gesellschaftsformen und -konzepten zu geben, anhand derer die restliche Arbeit aufgebaut ist. Anhand Foucault's Konzept der Biopolitik wird die Wechselwirkung zwischen Biologie und Politik beschrieben, welche direkte Auswirkungen auf das Machterleben der Gesundheitsbestrebungen hat.

Im dritten Kapitel wird anhand des «Körperkapitals» von Bourdieu, des «Physischen Kapitals» von Shilling sowie des «Korporalen Kapitals» von Schroeter aufgezeigt, welche Bedeutung der Körper und seine inneren wie äusseren Erscheinungsbilder innerhalb unserer Gesellschaft haben. Der Einfluss von sozialen Schichten auf die Wahrnehmung und den Umgang mit dem Körper sowie die geschlechterbezogenen Unterschiede werden thematisiert. Aus beiden Kapiteln geht hervor, warum der technologische Fortschritt in der Gesundheit nicht ohne die gesellschaftlichen Entwicklungen betrachtet werden kann. Der Bezug zur Pränataldiagnostik wird entsprechend hergestellt.

Das vierte Kapitel thematisiert die Ursprünge und Entwicklungen der Pränataldiagnostik und setzt sie in den Kontext der Medikalisierung.

Im fünften Kapitel werden die unterschiedlichen Untersuchungsmethoden der Pränataldiagnostik vorgestellt, welche in nicht-invasive und invasive aufgeteilt werden. Statistiken zu Häufigkeit, Risiken etc. bilden dabei die Grundlage.

Die Gesetzgebungen und Richtlinien der Schweiz zur Pränataldiagnostik und zum Schwangerschaftsabbruch finden Einzug im sechsten Kapitel. Da sich die vorgeburtliche Diagnostik in den letzten Jahrzehnten stark entwickelt hat, gab es auch auf nationaler Ebene Bestrebungen pränataldiagnostische Untersuchungen zu regulieren. Die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG formuliert eine Informationsstütze für den Umgang der Pränataldiagnostik.

Das siebte Kapitel thematisiert die Entscheidungen, von welchen Frauen* in ihrer Schwangerschaft betroffen sind. Es spannt einen Bogen zum theoretischen Diskurs von Kapitel zwei und drei, indem es gesellschaftliche Thematiken und Analysen in die Entscheidungsfindung der Schwangeren einbezieht. In diesem Kapitel wird Samerskis Arbeit von der informierten und selbstbestimmten Entscheidung bis hin zur Entscheidungsfalle vorgestellt, da sie eine Pionierrolle im Zusammenspiel von Pränataldiagnostik und dessen einhergehenden Entscheidungen beinhaltet.

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Pränataldiagnostik und wie diese den Schwangerschaftsverlauf beeinflusst, ist fester Bestandteil aller werdenden Mütter*. Was bedeutet es heute, eine Frau* zu sein, die Mutter* werden will? Wie viel Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit haben die Schwangeren wirklich in einem Prozess der technischen Machbarkeit, eingebettet in gesellschaftliche Normen? Diese Überlegungen haben mich zu meiner Fragestellung geführt:

«Welchen Einfluss nimmt die Pränataldiagnostik auf die Schwangerschaft in Bezug auf Selbstbestimmung und Entscheidungsfindung unter Rücksichtnahme gesellschaftlicher Entwicklungen?»

Die zu bearbeitende Fragestellung ist nicht nur im theoretischen Diskurs relevant, sie hat auch eine zentrale Bedeutung in der Praxis der Sozialen Arbeit. Die Thematik ist besonders für dieses Berufsfeld spannend, da unterschiedliche soziale Schichten, Gesellschaftsformen und gesellschaftliche Entwicklungen Auswirkungen auf das individuell erlebte Leben haben. Sie steuern Klassenunterschiede, indem sie technologischen Fortschritt und Wirtschaftlichkeit als Grundlage des «guten Lebens» nehmen. Chancen und Risiken sind folglich nicht gleich verteilt. Die Soziale Arbeit kommt dann zum Einsatz, wenn Personengruppen diskriminiert werden und es theoretische und öffentliche Diskurse zu Widersprüchen zwischen dem aktuell gängigen Gesellschaftssystem und der Lebenswelt einer einzelnen Person oder Gruppe von Menschen gibt.

Gesellschaft, Gesundheit und Geschlecht produzieren eine Mehrheit aller Ungleichheiten und sind daher wichtige Grundlagen Sozialer Arbeit. Sie sind ausschlaggebend für die vorliegende Arbeit, da die Pränataldiagnostik als Paradebeispiel in der Zusammenführung aller drei Bereiche gilt.

2. Biopolitik

Das folgende Kapitel soll einen Blick auf die Entstehung von gewissen Gesellschaftsformen bzw. Gesellschaftskonzepten werfen und ihre Konsequenzen aufzeigen. Dabei soll stets die Biologie des Menschen, sowie die in diesem Zusammenhang gewonnenen Technologien genauer angeschaut werden, die dazu führen, dass Biologie und Politik unweigerlich miteinander in Wechselwirkung geraten. Die Entstehung gewisser Ideologien und die steigende Relevanz der Macht durch Lebensoptimierung soll nicht nur ausgeführt werden, sondern einen Rahmen für die vorliegende Arbeit bilden. Solche philosophisch-gesellschaftliche Konzepte geben einen Kontext, um sich kritisch mit körper- und lebensbezogenen Themen zu beschäftigen und sind von grösster Relevanz für die Diskussion der Pränataldiagnostik.

2.1 Begriffserklärung Biopolitik

Der Begriff «Biopolitik» wurde von Michel Foucault erstmals 1976 eingeführt. Er beschreibt ein philosophisch-gesellschaftliches Konzept, welches Foucault jeweils im Zusammenhang mit dem Begriff «Biomacht» verwendet. «Er bezeichnet gemäß Foucault eine für die Moderne typische Form der Machtorganisation und -ausübung, in der die Politik auf das ‚Leben‘ und dessen ‚Steigerung‘ ausgerichtet wird (Sarasin/Thomä 2008: 147).» Dieses Konzept begleitet die europäische Geschichte seit dem 18. Jahrhundert und zeigt sich besonders extrem im Nationalsozialismus. Die Verbindung von Macht, Wissen und Körpern ist bis hin zur Gegenwart relevant. (vgl. ebd.: 147)

Das Konzept der Biopolitik wird auch heute noch in der Analyse von Gesellschaftsverhältnissen angewandt und findet vor allem in der Gentechnik und Reproduktionsmedizin Anklang. Es beschreibt eine Form der Macht, welche durch die Erschaffung und Verwendung von Biotechnologien ökonomische und politische Ziele verfolgt. (vgl. Lemke 2008: 77)

Um die Entstehung des Begriffs und dessen Auswirkungen auf unsere heutige Gesellschaft zu verstehen, müssen Foucaults Gedankengänge genauer analysiert werden. Er konzipiert diese Theorie in Bezug auf die europäische Geschichte, als im 18. Jahrhundert das Leben und dessen Optimierung erstmals in die politische Diskussion miteinbezogen und somit Wissen und Macht als Leitmotive verwendet und dadurch politische Techniken erschaffen wurden. Foucault beschreibt drei (1-3) Voraussetzungen, die an diesen Ansatz gebunden sind:

(1) Foucault definiert Macht als ein Messen von Kräfteverhältnissen (vgl. Foucault 1976: 113f) und sieht in ihr eine Taktik, um komplexe Gesellschaftsverhältnisse auszunutzen. Er erkennt, dass Macht nicht einen einzelnen Ausgangspunkt hat, sondern sieht vielmehr,

dass sie aus den Missständen und Unzufriedenheiten der Gesellschaft hervorgeht. Damit will er hervorheben, dass nicht eine singuläre Gruppe in einer Gesellschaft die ganze Macht hat, sondern dass diese aufgespalten ist und Produktivität als repressive Form durchsetzt. Das Ziel dabei ist die Steigerung der Gesellschaftskräfte (vgl. Foucault 1975: 267).

(2) Seine zweite Ausführung zur Entstehung der Biopolitik liegt in seiner Konzeption von Sexualität. Foucault (1976: 128) unterscheidet zwischen zwei Epochen der Sexualität; die Epoche des Allianzdispositivs und die Epoche des Sexualitätsdispositivs. Das Allianzdispositiv beschreibt «das Blut», folglich die Verwandtschaft, den König. In dieser Epoche bestimmen das Symbolische und das Gesetz die gesellschaftliche Ordnung, während in der moderneren Epoche des Sexualitätsdispositiv, «'der Sex', d. h. die Vererbung, die Norm, das Wissen, die Körper sowie das Leben (Sarasin/Thomä 2008: 148)» die gesellschaftliche Ordnung bestimmen. Hierbei geht es weniger um das Gesetz als Machtstruktur, sondern eher um die durch «medizinischen, psychiatrischen und juristischen Kontrollinstanzen festgelegte Norm und ihre pathologischen Abweichungen; sie basiert weniger auf der Macht über den Tod, als auf einer Macht über das Leben mit dem Ziel, dessen Regulierung sicherzustellen (ebd.: 148).» Die Biopolitik versteht somit Sex als Überschneidungspunkt zwischen Körper und Bevölkerung und sieht darin eine Macht, die eher auf der Verwaltung des Lebens und somit auf der Lebensoptimierung beruht als auf der Macht, die mit der Beendigung des Lebens und somit dem Tod droht. (vgl. Foucault 1975/76: 285)

(3) Die dritte Voraussetzung definiert Foucault damit, dass es eine Verschiebung der Macht gegeben hat. Während früher die Macht der herrschenden Person damit erhalten blieb, mit dem Tod zu drohen und dies geltend zu machen, wird in der Biopolitik mit dem Tod gedroht, ohne ihn geltend zu machen. Dies mit dem Ziel, das Leben zu sichern. War lange Zeit also das Motto «sterben zu machen oder leben zu lassen» (ebd.: 165) wird in der Biopolitik das Motto «leben zu machen oder sterben zu lassen» (ebd.: 165/285) vertreten.

Zusammengefasst sieht Foucault also drei Voraussetzungen für eine Biopolitik, die das Leben kontrollieren und regulieren sollen. Moderne Gesellschaften haben gemäss Foucault die technischen und politischen Mittel bereits erlangt, um über das Leben der Gattung als Ganzes zu verfügen. Foucault sieht die Veränderung in der Gesellschaft dort, wo politische Strategien die Existenz der Gattung selbst betreffen. Dies betrifft nicht nur die Eugenik und ihre Umsetzungen im Nationalsozialismus oder die heutige Reproduktionsmedizin, sondern auch die Gentechnik im Allgemeinen. Foucault befürchtet, dass es den Menschen nicht reicht, bloss ihr Leben zu meistern, wenn ihnen die technologischen Mittel gegeben werden, sondern dass sie es vermehren wollen.

2.2 Politisierung der Natur

Die Politik und das Biologische stehen stets in einer Wechselwirkung zueinander. Indem die Biologie durch technische Machbarkeit in den letzten Jahrzehnten immer mehr in den Vordergrund rückte, wurde sie unmittelbar politisch. Doch wo die Biologie politisiert wird, wird auch die Politik biologisiert. Ein Beispiel hierfür war die Rassenpolitik im Nationalsozialismus. Rasse wurde als politischer Auftrag angesehen und nicht als genetische Gegebenheit, somit beeinflussten sich Politik und Biologie unweigerlich gegenseitig. So wird auch die Erbanlage heute nicht als schicksalsgegeben betrachtet, sondern als zu bewältigende Aufgabe angesehen. «Genetische Risiken» kommen in der Medizin immer häufiger als Begriff vor. Der genetische Code gilt es zu entschlüsseln, da dieser Auskunft über Krankheiten und Anomalien gibt. «Deren Kenntnis soll es ermöglichen, selbstbestimmt und eigenverantwortlich Vorkehrungen gegen Krankheitsrisiken zu treffen. Dies kann in unterschiedlicher Weise geschehen, etwa durch die Einnahme von Medikamenten, durch die Umstellung von Ernährung und Lebensweise oder durch selektive Abtreibung ‚auffälliger‘ Föten. (Lemke 2008: 102)»

2.3 Ökonomisierung der Gesundheit

Der Gendiskurs wird durch wissenschaftlich-technologische Fortschritte immer mehr gefördert. Durch die Kombination enormer finanzieller Unterstützung sowie gesellschaftlicher Akzeptanz der Forschung im Bereich der Humangenetik, werden soziale Ungleichheiten immer mehr individualisiert. (vgl. ebd 2008: 137) Somit werden gesellschaftliche Problemstellungen nicht mehr in den Gesellschaftsstrukturen oder Regierungsformen gesucht, sondern dem Individuum zugeschrieben. Der Anschein einer Verteilung gleicher Chancen mit gleichen Aufstiegsmöglichkeiten für alle Menschen soll geweckt werden. Dies impliziert jedoch auch, dass das Individuum selbst Schuld trägt beim Misslingen eines Vorhabens und folglich bei gesellschaftlichem Leiden. (vgl. Beck 1986: 115) Demzufolge wird die Verantwortung abgeschoben und Problemlagen werden nicht nur individualisiert, sondern auch privatisiert. Ziel dahinter ist, dem System jegliche Schuld zu entziehen und diese auf das Individuum abzuwälzen. Dies wird u. a. erreicht, indem Individuen dazu aufgefordert werden, ein persönliches Risikomanagement zu betreiben, um Situationen selbstständig und selbstverantwortlich bestreiten zu können. Diese Handhabung hat zu einer Verschiebung der ökonomischen Strukturen geführt. Indem, dass soziale Probleme individualisiert werden, wird das Soziale automatisch ökonomisiert. Wurde mit Ökonomie einst die kapitalistische Produktion und die Expansion der Märkte innerhalb einer globalisierten Weltwirtschaft bezeichnet, wird heute auch das genetische Material und somit das Leben selbst als Quelle eines Risikokapitals verstanden, da das Erbgut entweder zu möglichem Reichtum führt

oder der Verlust des Lebens als ein Risiko betrachtet wird. Somit wird das genetische Material auch als Humankapital bezeichnet, dass es durch Technologien zu optimieren gibt. Lemke (2008: 137f) beschreibt das Humankapital folgenderweise:

Ziel eines «nachhaltigen Kapitalismus» ist eine neue Synthese von bios und oikos. Statt nur als ein Rohstofflieferant für die Produktion zu fungieren, wird «Natur» im Zeitalter genetischer Diversität selbst als Quelle und Schöpferin von Werten betrachtet. Ebenso verkörpert der Arbeitende nicht mehr nur eine ausbeutbare Arbeitskraft, sondern die Arbeitskraft wird zum Gegenstand einer «riskanten» Bearbeitung, zu einem «Unternehmen» und das Individuum zum «Unternehmer seiner selbst».

Somit wird der Körper kapitalisiert und in Risiken abgestuft. Er wird zum Empfänger «genetischer Serviceangebote und Testoptionen (ebd.: 142)». Damit sich die Gesundheitspolitik jeglicher Verantwortung entziehen kann, wurden Risikogruppen konstruiert, um einerseits Vorkehrungen und Vorsichtsmassnahmen zu moralisieren und andererseits, Schuld und Verantwortung den Patient:innen aufzubürden. Dieses Risikomanagement dient der Erkennung und Vermeidung von eventuellen Krankheiten oder normabweichenden Auffälligkeiten. Letztlich soll jedoch die Gesundheit der Erwerbsbevölkerung und damit der Nutzen für die Marktwirtschaft maximiert werden.

«Das Recht auf Gesundheit realisiert sich als Pflicht zur Information, und verantwortlich handeln nur diejenigen, die aus dem Informationsangebot die richtigen, d. h. risikominimierenden und vorausschauenden Schlüsse ziehen.» (ebd.: 143) Der Entscheid auf Nicht-Wissen kann dementsprechend erst gefällt werden, nachdem das Wissen angeeignet worden ist. Denn damit das Recht auf eigene Gesundheit bestehen bleibt, ist es in der Pflicht der Patient:innen, sich zu informieren. Und erst nach der Informationsgewinnung kann eine selbständige und selbstbestimmte Entscheidung getroffen werden, welche aus Sicht der Gesundheitsökonomie aber nur richtig ist, wenn medizinische Leistungen in Anspruch genommen werden, bzw. der Fokus auf die Produktivität gelegt wird.. «Die Forderung nach Autonomie und Selbstbestimmung hat daher nichts mit individueller Beliebigkeit oder prinzipieller Ergebnisoffenheit zu tun; vielmehr ist das Selbstbestimmungspostulat an gesellschaftliche Normen und materiale Zielbestimmungen rückgekoppelt, die eine «informierte» Selbstbestimmung, d. h. einen bestimmten Gebrauch der Freiheit sicherstellen sollen.» (ebd.: 143f)

Diese Theorien sind längst nicht mehr nur Theorien geblieben, da sie an echten Praktiken in unserer Gesellschaft gemessen werden. Die Pränataldiagnostik ist ein Paradebeispiel für eine Verschiebung von Rechten und Pflichten und eine Diskrepanz in der

Rechtsprechung. Das Recht auf ein gesundes Kind bzw. ein Wunschkind ist nicht mehr ein absurder und abstrakter Traum der Vergangenheit, sondern wird realisiert durch pränataldiagnostische Untersuchungen. Die Anwendung von vorgeburtlichen Untersuchungen wird quasi erwartet und Schwangere geraten dadurch vermehrt unter Druck. Die Privatheit dieser Entscheidung steht im Kontrast zur Subjektivierung des Frauen*körpers in der Öffentlichkeit. Die Schwangere wird dazu angehalten, ihr Kind als etwas Getrenntes von sich selbst zu betrachten und dessen Gesundheit in einer öffentlichen Debatte zu bewerten, verhandeln und zu optimieren. Der Körper der Schwangeren wird also zum Qualitätsmerkmal, welches ein marktaugliches Kind auf die Welt bringen soll. Entsteht ein «Schaden» am Kind, kann es zu Rechten des Kindes gegen die Mutter* kommen, um gesund auf die Welt zu kommen.

Dieses Recht des Kindes auf Unversehrtheit und Leben steht im Kontrast zu einem diagnostizierten behinderten Kind, welches kein Recht auf Existenz besitzt. Hier wird anhand desselben Standards das Gegenteil angewendet. Der rechtliche Status des ungeborenen Kindes hängt in der modernen Gesellschaft stark von seiner genetischen Konformität ab. Bei Übereinstimmung mit der genetischen Norm erhält das ungeborene Kind rechtliche Anerkennung und genießt Schutzmassnahmen des Staates, was Rechte gegenüber der Mutter* einschliesst. Im Gegensatz dazu, wenn genetische Auffälligkeiten festgestellt werden, kann das Kind seinen Rechtsstatus verlieren und wird eher als Biomasse betrachtet. Diese Biomasse kann dann für Forschungszwecke, wie etwa die Stammzellenforschung, verwendet werden. Der rechtliche Schutz des Lebens weicht somit einer differenzierten Strategie, die das Kind entweder als Rechtsperson mit Schutzrechten ausstattet oder es als Sache betrachtet - abhängig von den Ergebnissen der Pränataldiagnostik. (vgl. ebd.: 145f)

3. Körper und Kapital

3.1 Körperkapital (Bourdieu)

Dieses Unterkapitel thematisiert den strukturalistischen Ansatz von Pierre Bourdieu, der die gesellschaftliche Perspektive auf den Körper und dessen soziale Einbindung betrachtet. Um das Körperkapital jedoch auszuführen, muss erst der Habitus erläutert werden. Bourdieu beschreibt den Habitus als Gesamtheit der verinnerlichten Werte, Vorstellungen und Sichtweisen. Der Habitus ist geschichtlich bedingt und entwickelt sich mit den Erfahrungen des Individuums weiter. Er reproduziert gesellschaftliche Handlungsweisen, die dem Einzelnen als naturgegeben erscheinen. (vgl. Schwingel 1995: 55) Der Körper wird als Speicher sozialer Erfahrung betrachtet und fungiert als wesentlicher Bestandteil des Habitus (vgl. Bourdieu 1987: 127). Dieser Habitus bildet die Brücke zwischen Klassenzugehörigkeit und Praxis, wodurch die sozial konstruierten Körper zur Reproduktion der Klassenstruktur beitragen. Bourdieu (1982: 307) äussert die Auffassung, dass «der Körper die unwiderlegbarste Objektivierung des Klassengeschmacks» aufzeigt. Somit zeigt sich die Form und der Ausdruck des Habitus darin, wie sich der Zugang zu den unterschiedlichen Kapitalformen gestaltet.

Pierre Bourdieu geht davon aus, dass es verschiedene Kapitalformen in der Gesellschaft gibt. Er unterteilt sie in ökonomisches (Geld), kulturelles (materielles wie z. B. Bücher; institutionalisiertes, wie z. B. Diplome sowie Kompetenzen) und soziales (z. B. Kontakte, Vernetzung) Kapital. Kapital bildet somit «akkumulierte Arbeit, entweder in Form von Materie oder in verinnerlichter ‚inkorporierter‘ Form» (Bourdieu 1983: 183). In diesem Kapitel wird erläutert, in welchem Ausmass der Körper als eine Form von Kapital fungieren kann. Bourdieu sieht den Körper als Werkzeug, dessen Wert durch Investition von Arbeit und Aufwand gesteigert werden kann. Er betrachtet Kapital und Macht als äquivalent, wodurch der Körper als Machtmittel fungieren kann (vgl. Gugutzer 2010: 69). Als Subkategorie des kulturellen Kapitals, kann auch das Körperkapital als Mittel zur Erlangung von Anerkennung, Ansehen und Erfolg dienen. Somit kann der Besitz von den jeweiligen Kapitalformen die eigene soziale Position definieren. (vgl. ebd.: 69). Der individuelle Umgang mit dem Körper als Kapital hängt von der Gruppen- und Klassenzugehörigkeit sowie den habituellen Veranlagungen des Einzelnen ab (vgl. ebd.: 70f). Diese ergeben sich durch das Ernährungs-, Pflege- und Kleidungsverhalten sowie der Körpersprache und des Gebrauchs des Körpers. Darin werden sowohl die soziale Zugehörigkeit erkannt wie auch gesellschaftliche Ungleichheiten hergestellt. (vgl. Bourdieu 1983: 183/Bourdieu 1987: 329)

Bourdieu zeigt am Beispiel der Schönheit die Verbindung zwischen biologisch bedingten Körpermerkmalen als «Naturgabe» und der gesellschaftlich erwünschten eigenen

Körperarbeit als «Verdienst» (vgl. Bourdieu 1987: 329). Die Körpermodifizierung hat somit eine Profitsteigerung zum Ziel, welche durch die Erfüllung gesellschaftlicher Vorstellungen des Körpers generiert wird. Sei dies die Anpassung an Schönheitsideale, durch Haarfärbung, Zahnkorrekturen oder plastische Chirurgie.

Das Körperkapital beschreibt somit die Vermarktung des eigenen Körpers innerhalb einer westlichen Gesellschaft, welche Wert und Anerkennung im Ansehen einer Person suchen und dadurch die soziale Position definieren. Da der Zugang zu den Kapitalformen nicht gleich verteilt ist, entsteht ein Ungleichgewicht, was enorme soziale Folgen nach sich zieht. Gelten die Optimierung und Perfektion des Körpers als erstrebenswert in einer Gesellschaft, besteht kein Platz mehr für die Personen, welche diesem Ideal nicht entsprechen. Dieser Schönheits- bzw. Optimierungsprozess endet nicht beim eigenen Körper, sondern überträgt sich auf das ungeborene Kind, das bereits vorgeburtlich gesellschaftliche Ideale zu erfüllen hat.

3.2 Physical Capital (Shilling)

Chris Shilling beschreibt in einem Aufsatz aus dem Jahr 1991 die historische Vernachlässigung des Körpers in der Soziologie, die bis dahin vorherrschte. Insbesondere wurde der Körper nicht ernst genommen und stattdessen in verschiedenen soziologischen Ansätzen als Produkt von Kräften oder als Mittel zur Umsetzung von Motivationen und Interaktionen betrachtet. Gegen Ende des 20. Jahrhunderts hat jedoch ein Umdenken stattgefunden und der Körper wird zunehmend als ernstzunehmender Faktor der Forschung betrachtet. (vgl. Shilling 1991: 653)

Shilling argumentiert, dass Bourdieus Konzept des Körperkapitals erweitert und weiterentwickelt werden kann. Die Verwaltung und Entwicklung des Körpers sind entscheidend für die Produktion von kulturellem und wirtschaftlichem Kapital sowie für den Erwerb und die Aufrechterhaltung des sozialen Status. (vgl. ebd.: 654)

Er untersucht Bourdieus (1978) Analyse des Körperkapitals in verschiedenen sozialen Klassen. Bourdieu beschreibt, dass der Körper in der Arbeiterklasse als Mittel zum Zweck betrachtet wird, während die dominanten Klassen dazu neigen, den Körper als Selbstzweck zu behandeln. Dies zeigt sich in Bezug auf Krankheiten (z. B. ist die Genesung in erster Linie ein Mittel, um zur Arbeit zurückzukehren) und sportlichen Entscheidungen (z. B. ist der Körper beim Fussball und Boxen in erster Linie ein Mittel für die Erfahrung der Aufregung, obwohl diese Sportarten mit Verletzungen verbunden sein können). Im Gegensatz dazu liegt der Fokus der dominanten Klassen entweder auf den intrinsischen Vorgängen des Körperorganismus, was zum makrobiotischen Gesundheitskult führt, oder auf dem

Erscheinungsbild der «Physique, i.e. the body for others» (Bourdieu 1984: 212f). (vgl. Shilling 1991: 655)

Somit hebt Shilling die sozialen Ungleichheiten hervor, die durch die Beziehung zwischen Geschmack und Körper entstehen. Die Produktion von physischem Kapital, insbesondere im Breitensport der Arbeiterklasse, wird mit aufstiegsorientierten Arbeitsplätzen im Sport in Verbindung gebracht. Allerdings sind damit hohe Risiken und Opportunitätskosten verbunden. Im Gegensatz dazu ist der Sport der herrschenden Klassen mit alternativen Quellen von ökonomischem Kapital verbunden und Kinder aus diesen Schichten neigen dazu, sich in Elitesportarten zu engagieren, wie bspw. Golf oder Polo, die den Erwerb von sozialem und kulturellem Kapital erleichtern (vgl. ebd.: 655).

Die sportliche Betätigung der herrschenden Klassen dient auch der indirekten Konsolidierung und Akkumulation von ökonomischem Kapital, wobei die Entwicklung des physischen Kapitals nicht mit denselben Kosten verbunden ist wie bei der Arbeiterklasse. Die herrschenden Klassen investieren daher tendenziell mehr Zeit und Geld in solche Aktivitäten, da physisches Kapital eine versteckte Form der Privilegienübertragung ist. (vgl. ebd.: 656f) Shilling betont somit einen wichtigen Faktor: die Fähigkeit der herrschenden Klasse, ihre Körperorientierung und -zentrierung und den damit einhergehenden Lifestyle als überlegen, belohnungswürdig und als die Verkörperung der Klasse zu definieren (vgl. ebd.: 657).

Shilling schreibt in Bezug auf Maynard (1990), dass seit den frühen 1970er Jahren Feminist:innen jedoch den geschlechtsspezifischen Charakter sozialer Ungleichheiten hervorgehoben haben. Die Rolle des Körpers in diesen Prozessen ist besonders wichtig, da die Auffassung, dass der «schwache» weibliche Körper direkt für die Stellung der Frau* in der Gesellschaft verantwortlich ist, ein hohes ideologisches Gewicht hat. Im Folgenden untersucht Shilling daher das Verhältnis zwischen physischem Kapital und Geschlecht. Dazu wird die Arbeit von Bourdieu ergänzt, um sie auf die Analyse des Zusammenhangs zwischen dem «Körperlichen» und der Produktion von geschlechtlichen Körpern anzuwenden. Bourdieus Arbeit zum Thema Klasse bringt Schwierigkeiten bei der Fokussierung auf die Körper von Frauen* in einer Gesellschaft, die patriarchalisch und kapitalistisch ist, mit sich. Bourdieus Begriff der Klasse ist sehr weit gefasst. Zwar wird das Geschlecht in dieser Formulierung nicht ausgeblendet, doch werden Frauen* von Bourdieu in erster Linie im Hinblick auf ihre Zugehörigkeit zu Klassenkategorien analysiert, was es erschwert, Merkmale der Geschlechterunterdrückung zu identifizieren. (vgl. ebd.: 657f)

Zudem ist Bourdieus Analyse von Sport und Freizeitaktivitäten für Männer* relevanter als für Frauen*. Shilling schreibt in Bezug auf Deem (1986), dass die soziale Stellung von

Frauen* ihnen andere Fähigkeiten und Motivationen für den Sport verleiht als Männern*. Zusätzlich gibt es eine Reihe von geschlechtsspezifischen Fragen im Zusammenhang mit der Umwandlung von physischem Kapital in andere Kapitalformen. Unabhängig von ihrer Klassenzugehörigkeit haben Frauen* demzufolge oft weniger Möglichkeiten, ihre Beteiligung an Sport oder Freizeit in soziales, kulturelles oder wirtschaftliches Kapital umzuwandeln.

Bourdieu's Analyse sollte gemäss Shilling folglich durch neuere Arbeiten über Geschlecht und das Verhältnis von Körper und Gesellschaft ergänzt werden, um eine umfassendere Sichtweise zu ermöglichen. (vgl. ebd.: 658)

In der neueren soziologischen Literatur lassen sich drei Hauptansätze in Bezug auf geschlechtsspezifische Körper und die Gesellschaft ausmachen: naturalistische, poststrukturalistische und dialektische. Alle diese Ansätze leisten einen substanziellen Beitrag zu Bourdieus Werk, indem sie die Aufmerksamkeit auf soziale Kräfte lenken, die die geschlechtsspezifische Entwicklung von Geschmack und Körper beeinflussen. Gemäss Shilling bietet der dialektische Ansatz jedoch die geeignetsten methodischen Leitlinien für die Erweiterung der Analyse von Bourdieu. Es folgt eine kurze Beschreibung der Hauptmerkmale dieser Perspektiven und wie sie unser Verständnis von Geschlecht und physischem Kapital beeinflussen. (vgl. ebd.: 658)

3.2.1 Der naturalistische Ansatz

Der naturalistische Ansatz betrachtet den weiblichen Körper durch biologischen Essentialismus und argumentiert, dass patriarchale Kräfte natürliche Formen verzerrt haben. Shilling bezieht sich auf Autor:innen wie Orbach (1988) und Chernin (1983), welche beschreiben, wie die körperliche Unterdrückung von Frauen* infolge historischer, psychologischer und soziologischer Aspekte zum Ausdruck kommt. Dieser Unterdrückung liegen Machtstrukturen in Kultur, Politik und Finanzen sowie eine historisch gewachsene Angst vor dem weiblichen Körper zugrunde. Orbach konzentriert sich auf «zwanghaftes Essen», einen sich selbst aufrechterhaltenden Kreislauf von Fressattacken und Hungersnöten. Frauen* werden zu zwanghaftem Essen gezwungen, weil die natürlichen Mechanismen des Hungers verzerrt sind und weil der bewusste Wunsch der Frauen*, «dünn» zu sein, durch den unbewussten Wunsch, «dick» zu sein, untergraben wird. Beide Prozesse sind eine Folge der gesellschaftlichen Unterdrückung von Frauen*. Die eingeschränkten Rollen, die ihnen bei der Arbeit und zu Hause zugewiesen werden, und der Druck, den die Medien und die Diätindustrie auf sie ausüben, verzerren ihre körperliche Entwicklung. Wie Orbach

argumentiert, werden Frauen* unnatürlich dick, da dies ihre Art ist, die ihnen auferlegten gesellschaftlichen Erwartungen und die zugewiesenen Rollen zu verzerren.

Der Westen ist mit einer «Tyrannei der Schlankheit» konfrontiert, die das soziale und körperliche Wachstum und die Ausdrucksmöglichkeiten von Frauen* einschränkt. Im Gegensatz zu Männern*, die dazu erzogen werden, stolz auf ihren Körper zu sein, werden Frauen* dazu erzogen, ihren Körper nicht zu mögen und sind häufig besessen vom Streben nach Reduktion. Die schädlichen Folgen dieses Strebens werden in der Öffentlichkeit zunehmend sichtbar und reichen von der verstärkten Anwendung von plastischer Chirurgie und Fettabsaugung bis hin zur Zunahme von Magersucht. Die steigende Anzahl von Todesfällen, die auf den Druck zurückzuführen sind, der auf Frauen* ausgeübt wird, um Gewicht zu verlieren, verdeutlicht das Leiden der Frauen* unter den Erwartungen an ihren Körper. (vgl. ebd.: 659)

Orbach und Chernin weisen beide darauf hin, dass sozialer Druck die Entwicklung des weiblichen Körpers beeinflusst und dass Frauen* zwischen dem Streben nach einem idealen Körper und der Ablehnung gesellschaftlicher Normen hin- und hergerissen sind. (vgl. ebd.: 659f). Die Analysen der beiden Autor:innen zeigen auf, wie der Körper von Frauen* in der patriarchalischen Gesellschaft beschädigt wird. Der naturalistische Ansatz verdeutlicht, dass sozialer Druck internalisiert wird und sich im Essverhalten ausdrücken kann und dass Frauen* sich folglich von ihrer Körperlichkeit entfremden können. Er hebt ebenfalls hervor, wie gesellschaftliche Ideale die Einstellung zu körperlicher Betätigung beeinflussen, den Arbeitsmarkt einschränken und die Chancen für Frauen*, physisches Kapital umzuwandeln, begrenzen.

Klassenübergreifende, geschlechtsspezifische Prozesse sind für beide Analysen zentral, was eine wichtige Ergänzung zu Bourdieus Analyse des physischen Kapitals darstellt. (vgl. ebd.: 660)

Dieser Prozess der Entfremdung des Körpers als Folge der wachsenden Aufmerksamkeit der Gesellschaft ist die Konsequenz des steigenden sozialen Drucks auf die Entwicklung des weiblichen Körpers. Dazu zählen nicht nur die beschriebenen Bereiche der sportlichen Tätigkeit, des Essverhaltens oder des Erscheinungsbilds, sondern auch die Optimierung des weiblichen Körpers infolge technologischer Möglichkeiten. Insbesondere die reproduktiven Phasen des weiblichen Körpers, welche optimiert und instrumentalisiert werden, wie z. B. die Pränataldiagnostik, sind davon betroffen. Zudem wird der Prozess stets von der Öffentlichkeit beobachtet, überprüft und bewertet und sozialer Druck auf das Geschehen des weiblichen Körpers ausgeübt. Die Folge ist somit nicht nur die Entfremdung des eigenen Körpers, sondern auch die gesellschaftliche Aneignung aller weiblichen Körper.

3.2.2 Der poststrukturalistische Ansatz

Der poststrukturalistische Ansatz steht im Gegensatz zum naturalistischen Ansatz und betont, dass der Körper nicht als naturgegeben betrachtet werden kann, sondern durch Sprache und andere Darstellungsformen konstituiert und mit Bedeutung versehen wird. Vertreter:innen dieses Ansatzes, darunter Derrida, Lacan, Kristeva und Foucault, betonen die Rolle von Sprache und Repräsentation bei der Konstruktion von Bedeutung. Die Sprache spiegelt nicht eine bereits existierende Welt wider, sondern bedingt und schafft alle Bedeutungen, die wir von der Welt haben, u. a. der Zugang zu Wissen über den Körper. (vgl. ebd.: 661f)

Foucault war ein einflussreicher Poststrukturalist, welcher den Körper als Mittelpunkt des modernen Diskurses untersuchte (s. Kapitel 2). Er beschäftigte sich mit der Entwicklung von Disziplinierungsmechanismen im Laufe der Geschichte. Darunter zählt die Entwicklung der Industrialisierung, welche zu einer Konzentration von Körpern führte, die für die kapitalistische Entwicklung nutzbar gemacht werden mussten. Diese Konzentration auf die diskursive Konstruktion des Körpers verdeutlicht die Stellung von Sprache und Wissen bei der Herstellung geschlechtsspezifischer Körper. Autor:innen wie Foucault führen uns weg von den selbstverständlichen körperlichen Polaritäten des naturalistischen Ansatzes. Stattdessen hebt der Poststrukturalismus die Bedeutung von Studien hervor, die aufzeigen, wie Körper durch medizinische, sportliche und moralische Diskurse konstruiert werden. Diese Diskurse haben der Bewegung und der Sexualität von Frauen* Grenzen gesetzt. Sie haben die Rolle der Frau* in ein untergeordnetes Verhältnis zu jener des Mannes* gestellt und sie auf Haus- und Familienarbeit beschränkt. Die Regulierung von Frauen*körpern war ein zentraler Bestandteil dieser Diskurse und ihre Auswirkungen reichen von der Beliebtheit von Korsetts im späten 19. Jahrhundert, die Frauen* dazu brachten, sich auf Kosten ihrer Gesundheit einer männlichen Schönheitsnorm anzupassen, bis hin zur weit verbreiteten Verfügbarkeit von Kosmetika, Gesundheits- und Fitnessprogrammen, die den Körper der Frauen* ins Zentrum der Konsumkultur, als Objekte, die es von Männern* zu konsumieren gehört, stellen. (vgl. ebd.: 662f)

Beide Ansätze haben gemäss Shilling methodische Probleme. Der Naturalismus neigt zum Essentialismus, während der Poststrukturalismus den Körper teilweise als reine Konstruktion betrachtet, was die gelebte Erfahrung und die physische Realität vernachlässigt. Shilling sieht die Notwendigkeit, den Körper als materielles Phänomen zu verstehen, das von Diskursen und sozialen Strukturen beeinflusst wird, jedoch nicht vollständig auf sie reduziert werden kann. (vgl. ebd.: 663f)

3.2.3 Der dialektische Ansatz

Der dialektische Ansatz setzt sich kritisch mit naturalistischen und poststrukturalistischen Perspektiven auseinander, um Geschlechtsunterschiede im Körperkapital zu erklären. Er betont, dass der Körper ein materielles Objekt in der Natur ist, aber sozialem Wandel unterliegt. Im Gegensatz zu essentialistischen und diskursiven Ansätzen erkennt der dialektische Ansatz die Wechselwirkung zwischen sozialen Beziehungen und der Konstruktion des Körpers an. Der Körper wird als anfällig für Veränderungen durch menschliche Arbeit und die Fähigkeit des Menschen, die Natur zu verändern, beschrieben. Shilling betont drei wesentliche Merkmale des dialektischen Ansatzes: die materielle Verankerung des Körpers, die Konstruktion des Körpers durch soziale Beziehungen und die historische Beeinflussung des Körpers durch kulturelle, politische und wirtschaftliche Faktoren. (vgl. ebd.: 664)

Connell (1987) wird als Vertreter des dialektischen Ansatzes zitiert, der gegen die biologische Festlegung von Geschlechtsidentitäten argumentiert. Die Konstruktion geschlechtsspezifischer Körper erfordert ständige Arbeit und geht über die biologische Logik hinaus. So werden zehnjährige Mädchen als «schwach» und «zerbrechlich» definiert, obwohl ihre Körper in der Regel grösser sind als die ihrer männlichen Pendanten. Geschlechtsidentitäten werden nicht einfach auf biologische Körper aufgesetzt, sondern verändern sich und werden in die Körper integriert. Die «Biologie» ist also nicht naturgegeben, sondern wird durch soziale und historische Prozesse beeinflusst. Diese Konstruktion wiederum beeinflusst weiterhin menschliche Körper und soziale Beziehungen. Die Macht der Männer* wird bspw. durch körperliche Merkmale und soziale Praktiken «naturalisiert». (vgl. ebd.: 665)

Der dialektische Ansatz hebt die Bedeutung historischer, kultureller und politischer Faktoren für die Entwicklung geschlechtsspezifischer Körper hervor und stellt fest, dass deren Reproduktion nicht garantiert ist. Der Ansatz berücksichtigt auch die Fähigkeit der Akteur:innen, durch ihre Handlungen soziale Normen zu beeinflussen. Trotz Herausforderungen können Menschen Schritte unternehmen, um ihre Autonomie zu erhöhen und neue Perspektiven auf den Körper anzunehmen, wodurch bestehende soziale Ungleichheiten in Frage gestellt und verändert werden. Der dialektische Ansatz ermöglicht eine differenzierte Betrachtung des Körpers, der sowohl durch soziale Beziehungen konstruiert wird als auch aktiv an der Konstruktion sozialer Beziehungen teilnimmt. (vgl. ebd.: 667)

Shillings Arbeit in der Erweiterung des Körperkapitals von Bourdieu ist also zentral, um die geschlechtsspezifischen Differenzen, welche zu Ungleichheiten in der Gesellschaft führen,

zu erkennen und zu erklären. Weibliche Körper wurden gesellschaftlich immer wieder auf unterschiedliche Weise Objekte des männlichen Konsums und wurden somit nicht nur ein Stück weit enteignet, sondern auch wiederholt in den Fokus der öffentlichen Debatte gestellt. Allein diese Öffentlichkeit des weiblichen Körpers lässt deren Besitzer:innen spüren, dass nur dessen Veränderung und Anpassung gesellschaftlich akzeptiert werden, die Natürlichkeit und Individualität dahinter jedoch nicht gefragt ist.

Folglich ist die Entfremdung des eigenen Körpers selbstverständlich geworden, was bedeutet, dass die Aneignung wiederhergestellt werden muss.

3.3 Korporales Kapital (Schroeter)

Auch Klaus R. Schroeter nimmt sich der Aufgabe an, die Rolle des Körpers in der Gesellschaft zu analysieren. Wie bereits in den vorherigen Kapiteln ausgeführt, erkannte Bourdieu (1979), dass der Körper sowohl «{...} [als] Bezugsgrösse für den Identitätsprozess wie auch als Distinktionsmedium zur sozialen Positionierung (Schroeter 2008: 164)» dient. Schroeter, wie auch Shilling (1997) zuvor, gehen davon aus, dass der Körper eine eigene Form des Kapitals ist und nicht eine Subkategorie des Kulturkapitals, wie Bourdieu es definiert. Shilling bezeichnet es als «Physisches Kapital», Schroeter als «Korporales Kapital». (vgl. Schroeter 2009: 164)

Das korporale Kapital durchläuft sämtliche Lebensphasen als eine individuelle und kulturelle Dimension, die aktiv erfahren und gestaltet werden kann. Der Körper unterliegt einem kontinuierlichen Prozess des Wachsens, Reifens, Bauens und letztendlichen Absterbens. Durch Training, Therapie, Rehabilitation, Reparatur, soziale Disziplinierung und ästhetische Modellierung wird der Körper geformt. Er wird nicht nur empfunden, sondern auch erlebt und bringt sowohl Freude und Genuss als auch Schmerzen und Leid hervor. Die Betrachtung des Körpers als physisches oder korporales Kapital bedeutet, ihn als etwas objektiv Messbares zu begreifen. Des Weiteren kann dieses korporale Kapital in andere Kapitalformen, wie ökonomische, soziale oder kulturelle symbolische Kapitalien, umgewandelt werden.

Einerseits besteht die Möglichkeit der Veräusserung des Körpers. Dazu gehören nicht nur das Spenden, der Verkauf oder sogar der Raub von Blut, Haaren oder Organen. Sondern auch die Veräusserung des Körpers als Arbeitskraft oder als Anschauungs- oder Dienstobjekt, welches durch Geld oder Zuwendung entlohnt wird und zu einer Aushandlung des Körper-Wertes auf dem «freien Markt» führt. Somit bestimmen korporale Kapitalien wie bspw. Stärke, Fitness, Attraktivität oder Behinderung den Zugang zu sozialen Gruppen und definieren folglich, ob eine Gesellschaft inklusiv oder exklusiv agiert. (vgl. ebd.: 164f)

Andererseits können kulturelle Kapitalien aufgenommen und gespeichert werden. Das können Fähigkeiten im kognitiven Bereich oder ein ästhetischer Sinn für Geschmack sein. Das inkorporierte kulturelle Kapital wird somit integraler Bestandteil des Habitus, welcher durch Wahrnehmung und Deutung das soziale Handeln steuert. Die körperliche Manifestation dieses Habitus erfolgt durch die leibliche Hexis, die als eingravierte Gedächtnisstütze dient. Es ist wichtig zu betonen, dass Habitus und Hexis sowie Körper und Leib nicht voneinander zu trennen sind, sondern stets miteinander verflochten und aufeinander bezogen sind. (vgl. ebd.: 165)

Körper und Leib werden als Ressourcen und Kapitalien betrachtet, die sowohl in materieller als auch in verinnerlichter Form bearbeitet werden. Die Investition von Arbeit in den Körper, durch Training, Ernährung, Kosmetik, Pflege usw., führt zu symbolisch wahrgenommenen Erscheinungsformen des korporalen Kapitals (wie schön, kräftig, gesund etc.), die gesellschaftlich bewertet werden. Die Körperarbeit der Industriegesellschaft musste ins Fitnesscenter verlagert werden, wo moderne Körpermaschinen verwendet werden, um den Körper zu formen und zu stärken. Die Investition in den Körper wird durch Gesundheits-, Fitness-, Wellness- und Schönheitsprogramme gesteuert, mit dem Ziel, gesellschaftlichen Normvorstellungen zu entsprechen und soziale Gewinne zu erzielen. Der Körper verfügt in der modernen Gesellschaft über Wahl- und Entscheidungsfreiheit über sein Erscheinungsbild, jedoch mit der Pflicht, gesellschaftlichen Normen zu entsprechen. Dies führt zu einer massenhaften Standardisierung und Uniformierung der Körper. (vgl. ebd.: 165f)

«Disziplinierung des Körpers und Kontrolle der Bevölkerung sind die zwei Pole der Bio-Politik, in der das individuelle Handeln im Sinne des allgemeinen Interesses zu koordinieren und zu regulieren ist.» (Schroeter 2009: 176)

Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung, die Prävention und Rehabilitation sind Ziele der modernen Gesellschaft, um den sozialen Status beizubehalten (vgl. ebd.: 176). Das beginnt bereits vor der Geburt, bei der Auswahl des eigenen Kindes, wird im Jugendalter mit der Entdeckung der modernen Schönheitsideale fortgesetzt, zieht sich ins mittlere Alter weiter, wo die Beibehaltung der Gesundheit durch Ernährung, Fitness, Präparate und Operationen zentral werden, bis hin ins hohe Alter, wo die Hoffnung auf die Bewahrung der Jugend durch Haarfärbung, Kosmetik etc. besteht. Die Individualität des Körpers geht somit verloren und die einzelnen Lebensabschnitte können nicht frei ausgelebt werden, ohne den eigenen sozialen Status zu gefährden.

4. Pränataldiagnostik im Verlauf der Zeit

4.1 Ursprung & Entwicklung

Die Pränataldiagnostik entwickelte sich aus Erkenntnissen der Humangenetik und der Geburtshilfe, hat ihre Wurzeln jedoch in der Eugenik, einer Wissenschaft, die die Verbesserung der menschlichen Erbanlagen anstrebte. (vgl. Ozlberger 2009: 12)

Die Geschichte der Pränataldiagnostik begann mit Gregor Mendels Entdeckung der Vererbungsgesetze in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhundert.

Francis Galton, ein Verwandter Darwins, begründete die Eugenik im Jahr 1883 und stützt sie auf den Sozialdarwinismus. Diese Theorie nimmt Bezug auf gesellschaftliche Entwicklungen und basiert auf einer natürlichen Selektion der Biologie, welche davon ausgeht, dass sich die Starken in der Natur durchsetzen und die Schwachen sterben. Mit dem Sozialdarwinismus wurden komplexe Phänomene in der Gesellschaft, wie bspw. Armut, auf die Biologie des Menschen reduziert. So entstand ein Dauerkampf um Herrschaft und dessen Legitimation. (vgl. Kreft/Mielenz 2005: 759)

Die Eugenik postulierte, «{...} dass Kultur und Zivilisation eine Degeneration des menschlichen Erbgutes bewirken würden und die biologische Zukunft des Menschen ernsthaft gefährdet sei (Ozlberger 2009: 12).» Massnahmen wie die Verhinderung der Fortpflanzung von «schlechten» Genträger:innen und die Motivation von «guten» Genträger:innen zur Familiengründung wurden propagiert (vgl. ebd.: 12).

Die eugenische Lehre unterstellte, dass Erbanlagen allein für die Entwicklung des Menschen verantwortlich seien, und setzte diese über Umwelt, Erziehung und soziale Umstände. Es gab Versuche, die Erziehung für eugenische Ziele zu funktionalisieren.

Die Eugenik wurde zu ihrer Zeit als politische Bewegung, wie auch als angewandte Wissenschaft angesehen. So kam die Eugenik auch im nationalsozialistischen Deutschland zur Anwendung. Der Begriff wurde jedoch durch «Rassenhygiene» ersetzt und ab 1933 aktiv in der Bevölkerungspolitik angewendet. Zwangssterilisationen und Abtreibungen wurden aufgrund eugenischer Merkmalen bis zum Ende des zweiten Weltkrieges als gängige Mittel der Eugenik durchgeführt.

Die moderne Humangenetik verbindet die medizinische Diagnostik mit therapeutischen und präventiven Ansätzen (vgl. Kröner 2017: 635). Sie versucht sich vom eugenischen Ursprung zu distanzieren, jedoch werden die Entwicklungen der Genforschung und somit auch der Pränataldiagnostik weiterhin von diesem Gedankengut beeinflusst (vgl. Ozlberger 2009: 12).

Nach dem zweiten Weltkrieg wurden grundlegende Durchbrüche in der Humangenetik erzielt, darunter die Bestimmung der Anzahl der menschlichen Chromosomen durch Tijo und Levan im Jahre 1956 und die Entdeckung von Chromosomenanomalien, wie u. a. der Trisomie 21 und das Turnersyndrom im Jahre 1959 (vgl. Strachota 2002: 171f).

Die Zellforschung (auch Zytogenetik) und die Forschung zu menschlichen Chromosomen legten die Grundlagen für die pränatale Diagnostik. Zunächst wurden die Erkenntnisse aus der Humangenetik nicht in der humangenetischen Praxis angewendet, bis in den späten 60er und frühen 70er Jahren Möglichkeiten der vorgeburtlichen Diagnose entwickelt wurden (vgl. ebd.: 171). Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen der Humangenetik und der Gynäkologie ermöglichte es, Informationen zum kindlichen Erbgut aus dem Fruchtwasser der schwangeren Frau* zu gewinnen, um damit eine Analyse zur Chromosomenzusammensetzung durchzuführen (vgl. ebd.: 168). Die Fruchtwasserpunktion (Amniocentese) kam ab den 60er Jahren regelmässig zum Einsatz. 1968 konnte in den USA das erste Mal ein Kind vorgeburtlich mit Trisomie 21 diagnostiziert werden und im darauffolgenden Jahr wurde aufgrund von einer Pränataldiagnostik erstmals ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt (vgl. Achtelik 2017: 45). Aufgrund der pränatal diagnostizierbaren Chromosomenanomalien veränderte sich die öffentliche Wahrnehmung gegenüber einer Schwangerschaft in den 70er Jahren. Abtreibungsgesetze wurden folglich in vielen Ländern angepasst und auf genetische Indikationen erweitert (vgl. Kröner 1997: 42). In den 80er Jahren wurde die Chorionzottenbiopsie eingeführt (vgl. Kolleck/Sauter 2019: 39).

Die erste Untersuchungsmethode im Bereich der Pränataldiagnostik war jedoch die Ultraschalltechnik. Sie wurde in den 1950er Jahren zur Untersuchung von inneren Organen entwickelt. Der britische Arzt Ian Donald stellte 1958 als Erster ein ungeborenes Kind sonographisch dar. Seit den 70er Jahren wird der Ultraschall bei Schwangerschaften regelmässig angewendet, ab den 80ern mittels hochauflösende Ultraschallsonden. (vgl. ebd.: 39)

Die Fortschritte in der invasiven pränatalen Diagnostik werden umrahmt von den nicht-invasiven Untersuchungen, welche in den letzten Jahren an grosser Bedeutung gewonnen haben. Sie werden mittlerweile von nahezu allen Schwangeren beansprucht und als Routineuntersuchungen in der Schwangerschaftsvorsorge eingesetzt. Die am häufigsten verwendete Untersuchung ist der Ultraschall. Ultraschalluntersuchungen stehen im Rahmen einer Schwangerschaft jeder werdenden Mutter* in der Schweiz zur Verfügung. Da ein Ultraschall nur bildgebend ist, aber keine genetischen Daten erheben kann, stellte der erstmals 2011 in den USA durchgeführte Bluttest einen grossen Fortschritt in der nicht-

invasiven Pränataldiagnostik dar. Dieser erhebt mittels einer Blutentnahme der Mutter* genetische Daten über das ungeborene Kind. Ziel dieser Tests, ist die signifikante Erhöhung der Erkennungsrate pränataler Fehlbildungen. (vgl. ebd.: 39)

Die Entwicklung und Etablierung der Pränataldiagnostik haben dazu geführt, dass die Schwangerschaft mehr Aufmerksamkeit in der Gesellschaft erhielt. Was zuvor eine private familiäre Angelegenheit war, wurde nun Gegenstand einer öffentlichen Debatte. Dies veränderte nicht nur das Schwangerschaftserleben und die psychosozialen Prozesse, sondern beeinflusste auch finanzielle und gesellschaftliche Themen.

4.2 Medikalisierung der Schwangerschaft

Die Medikalisierung ist Gegenstand eines bioethischen Diskurses. Sie beschreibt einen Prozess, bei dem Phänomene, die zuvor nicht als medizinisch relevant betrachtet wurden, nun medizinisch behandelt werden. Dieser Prozess, der seit dem 18. Jahrhundert beschrieben wird, führt zu erweiterten medizinischen Praktiken und weckt neue gesellschaftliche Bedürfnisse.

Im 19. Jahrhundert, mit Fortschritten in der medizinischen Forschung, werden neben positiven Effekten wie der Entdeckung mikrobiologischer Ursachen von Infektionskrankheiten auch negative Auswirkungen der Medikalisierung sichtbar. Lanzerath (2021: 404) beschreibt in Bezug auf Jütte (1997), dass die Folgen dieser Entdeckungen einerseits zur Einführung von Antibiotika und Impfstoffen führten, «andererseits {...} die negative Seite des zunächst wohltätigen Einflusses ärztlichen Handelns auf die Gesellschaft sichtbar wird, wenn nämlich durch den zunehmenden ärztlichen Einfluss neue paternalistische Zwänge und monetäre Machtkonstellationen entstehen. Die Ärzt:innenschaft und die von ihr beeinflussten staatlichen Stellen zwingen die Mitglieder einer Gesellschaft zu medizininduzierten Verhaltensformen, die über das Maß des wissenschaftlich angemessenen hinausgehen.» Im 20. Jahrhundert wird der Begriff «Medikalisierung» eingeführt und zunehmend negativ verwendet. Dies beeinflusst die heutige bioethische Debatte, die untersucht, inwieweit die Medizin zu einem Kontrollinstrument wird. Dazu gehört ebenfalls die Entwicklung der Eugenik und Rassenhygiene im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert, welche eingesetzt wurde, um die Volksgesundheit anhand dieses Ansatzes zu steuern (s. Kapitel 3.1).

Im 20. und 21. Jahrhundert setzt sich die Medikalisierung fort, «{...} indem nicht nur mit der ästhetischen Chirurgie neue Märkte erschlossen werden, sondern auch zunehmend leichte Befindlichkeitsstörungen bereits als pathologisch eingestuft oder gesunde Emotionen als normabweichend aufgefasst werden, wenn sie als unangenehm gelten (Lanzerath 2021:

404).» Dies hat zur Folge, dass Diagnosesysteme angepasst werden und Gesundheitsleistungen vermehrt der Lebensführungsoptimierung dienen und nicht mehr der Krankheitsbekämpfung. Die Medikalisierung führt dementsprechend zu strukturellen Veränderungen, welche die gesundheitlichen Leistungen zunehmend als Dienstleistungen betrachten. Lanzerath (2021: 404) bezieht sich auf Illich (1995), wenn er als Folge dieser Medikalisierung eine Entmündigung des Individuums wahrnimmt. Er sieht die Gefahr, dass der Glauben geschürt werden kann, dass eine Lebensführung nicht mehr möglich sei, «{...} ohne ständige medizinische Unterstützung». (vgl. Lanzerath 2021:403-4)

Die Pränataldiagnostik kann als Teil des Prozesses der Medikalisierung betrachtet werden. Es ist eines der Beispiele, bei denen gesunde Personen der medizinischen Machbarkeit ausgesetzt sind und «{...} im Medikalisierungsprozess in den Status von Patienten überführt werden (ebd.: 404)». Dies steht im Widerspruch dazu, dass Frauen* über Jahrhunderte selber die Expert:innen im Hinblick auf ihre Schwangerschaften waren. In der heutigen Zeit sind sie jedoch gezwungen, die Verantwortung und das Geschehen des eigenen schwangeren Körpers an die Ärzt:innen abzugeben. Das medizinische Fachpersonal fürchtet ihrerseits einen Verlust der Monopolstellung. Die bestehende Hierarchie zwischen Fachpersonen und Patient:innen wird oftmals gar nicht hinterfragt und als selbstverständlicher Bestandteil der Zusammenarbeit verstanden. (vgl. Kolip 2000: 9)

Folglich wird die Schwangerschaft zunehmend als eine Krankheit verstanden, die es zu überwachen bedarf. Für den Prozess des Monitorings der Schwangerschaft wird ein/eine Ärzt:in benötigt, da es der Schwangeren nicht allein zugetraut wird. Das hat zur Folge, dass Frauen* zunehmend die Verantwortung über ihren physischen und psychischen Zustand abgenommen wird, mit der in Aussichtstellung der Abklärung und des Ausschlusses aller Risiken. Dies hat jedoch oftmals nicht eine Beruhigung der Ängste zur Folge, sondern eine Zunahme der Verunsicherung. (vgl. Ozlberger 2009: 27) Die Verantwortung wird abgegeben und die Testspirale wird gestartet (vgl. Degener/Köbsell 1992: 31). Sobald ein auffälliger Befund entsteht, wird die Verantwortung der Entscheidung jedoch wieder der Schwangeren übertragen, mit dem Argument, dass sie allein weiss, was das Beste für sie und ihren Körper sei.

Von der Medikalisierung sind vor allem Frauen* betroffen, da sie reproduktiven Veränderungsprozessen in ihrem Leben ausgesetzt sind. Dazu gehört der Eintritt der Menstruation in den Mädchenjahren, die Schwangerschaft und Geburt bis hin zu den Wechseljahren. Jeglicher Aspekt, der in Verbindung mit der Gebärfähigkeit steht, wird unter die medizinische Lupe genommen. Dies betrifft die Einführung der Mädchengynäkologie, die

routinemässig verschriebenen Hormonpräparate in den Wechseljahren und die Konstruktion der Risikoschwangerschaft, welche eine Stigmatisierung der Schwangerschaft bewirken. Dieses Label löst beim Individuum nicht nur eine Verunsicherung aus, sondern kann auch Ängste auslösen, welche den Schwangerschaftsverlauf sowie die Geburt negativ beeinflussen können. Kolip (2000: 11) beschreibt drei gesundheitsrelevanten Aspekte, welche durch die Medikalisierung entstanden sind. Erstens errichtet sie durch die Diagnostik und Therapie neue Probleme, «{...} für deren Beseitigung wiederum die Medizin zuständig ist». Ein Beispiel dafür sind die Östrogenpräparate, die Frauen* in den Wechseljahren verabreicht wurden, welche das Risiko für einen Gebärmutterkrebs enorm erhöhten. Der zweite Aspekt ist die Stigmatisierung von Gesundheitsbelangen, welche die Medikalisierung bewirkte. Ein Beispiel hierfür ist die oben beschriebene Risikoschwangerschaft. Als letzten Aspekt gibt Kolip an, dass durch die Medikalisierung enorme Gesundheitskosten generiert werden. Die Pharmazie hat die Umbruchphase von Frauen* in den Wechseljahren als profitablen Bereich entdeckt und ein entsprechendes Marktangebot erstellt. Diese drei Aspekte zeigen anschaulich die Verschiebung der Medizin und der damit einhergehende Medikalisierungsprozess. Kolip (2000: 11f) beschreibt es treffend: «Der entscheidende Punkt ist dabei nicht, dass Patientinnen zur Behandlung von Krankheiten oder zur Linderung von Beschwerden Medikamente verschrieben bekommen, sondern dass sich die Grenzen der Definition von gesund und krank so verschoben haben, dass ehemals als ‚normal‘ definierte Körperprozesse nun als pathologisch gelten und damit der Interventionsbereich der Medizin ausgeweitet wird – nicht immer zum Nutzen der Patientinnen.»

Die Rolle der Frauen* und die Medikalisierung von ihren reproduktiven Umbruchsphasen haben einen frühen Ursprung. Kolip unterscheidet zwei Entwicklungsphasen, welche sich gegenseitig beeinflussen. Zum einen spielt die jahrhundertelange Abwertung der Frauen* und Weiblichkeit eine Rolle. Sie kommt mit der Assoziation Frau* = schwach = krank zum Ausdruck und wird auch in der heutigen Medizin ersichtlich, indem sich medizinische Gesundheit und Normalität an einem männlichen Standard orientieren. Die zweite Entwicklungsphase sieht Kolip in der Professionalisierung der Medizin, welche ein Tätigkeitsmonopol durchsetzen wollte. Dies wird besonders an der Umwandlung von Geburtshilfe zu Geburtsmedizin ersichtlich. Dazu gehörte die schleichende Verdrängung von Hebammen aus der Geburtshilfe durch Ärzte und somit Männer*. Was bis dahin in Frauen*hand war, wurde von Männern* übernommen und pathologisiert. (vgl. ebd.: 12f) Das führte dazu, dass Schwangerschaft und Geburt vermehrt nicht mehr als naturgegeben angesehen wurden, sondern als Prozesse der Beherrschung und Kontrolle der Natur, und damit der Frau*

(vgl. Degener und Köbsell 1992: 27). Diese Verschiebung von «Natur zu Kontrolle» nimmt Frauen* die Verantwortung ab und übergibt sie der Gynäkologie leiten lassen. Daraus entwickelten sich Indikationen und Risikoanalysen, welche eine vermehrte Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik bewirkten. Manchen Frauen* genügt es zu wissen, dass 96-97% der Kinder ohne Anomalien bzw. Krankheiten auf die Welt kommen, andere Frauen* wollen jedoch die Sicherheit dieser Zahlen überprüfen (vgl. Arzt: 6).

Wiedebusch unterscheidet drei Indikationen für die Risikoanalysen. Die Altersindikation beschreibt die Zunahme des Risikos auf Chromosomenstörungen mit steigendem Alter. Das Alter wird hierbei künstlich auf 35 Jahre festgesetzt. Pränataldiagnostische Untersuchungsmöglichkeiten werden bei der Altersindikation empfohlen, obwohl das Fehlgeburtsrisiko etwa gleich hoch ist, wie die Möglichkeit ein Kind mit einer Chromosomenstörung zu gebären. (vgl. Willenbring 1999: 22)

Die medizinische Indikation beschreibt das Wiederholungsrisiko einer Frau*, welche bereits ein behindertes Kind hat und bei der eine Auffälligkeit in pränatalen Untersuchungen entdeckt wurde. Auch bei einer familiären Chromosomenstörung kann das Risiko ein behindertes Kind zu gebären, erhöht sein.

Als weitere Indikation wird die psychologische Belastung genannt, welche mit der Zunahme von pränatalen Untersuchungsmethoden ebenfalls ansteigt. Sie beschreibt die erhöhte Angst der Mutter*, ein behindertes Kind in sich zu tragen. Dies ist eine Folge des gesellschaftlichen Optimierungsprozesses, der mit sozialem Druck einhergeht. (vgl. Wiedebusch 1997: 130)

Bühl (2009: 113) hat die Überlegungen von Wiedebusch weiterentwickelt und unterscheidet vier Beweggründe für die Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik. Dazu gehören die familiäre Betroffenheit, die Risikogruppe, die Schwangerenvorsorge sowie der eigene Wunsch ein «gesundes» Kind auf Welt zu bringen. Mit der familiären Betroffenheit beschreibt er die genetischen und chronischen Erkrankungen innerhalb des Familiensystems. Die Risikogruppe setzt sich aus mehreren Faktoren zusammen. Bühl verweist in seinen Ausführungen jedoch lediglich auf das Alter der Mutter*. Die Schwangerschaftsvorsorge beschreibt das Weitertesten nach einem bereits auffälligen Befund. Schliesslich wird der eigene Wunsch nach vorgeburtlichen Untersuchungen meist dann geäussert, wenn für die Mutter* ein Leben mit einem behinderten Kind nicht vorstellbar ist und vermieden werden soll. Dies kann unterschiedliche Gründe haben, oft ist die Belastung der Eltern ausschlaggebend. (vgl. Bühl 2009: 114)

5. Untersuchungsverfahren und Therapiemöglichkeiten

Die Gendiagnostik wird in vorgeburtliche und nachgeburtliche Untersuchungen aufgeteilt. Sie dient der Bestimmung von genetischen Krankheiten, Anomalien oder Fehlbildungen. In dieser Arbeit wird ausschliesslich die vorgeburtliche Diagnostik thematisiert.

Wie bereits im Kapitel 4.1 erwähnt, gibt es heutzutage zahlreiche Untersuchungsmethoden. Diese werden in nicht-invasive und invasive Verfahren aufgeteilt. Nachfolgend werden die bekanntesten und häufigsten Untersuchungsmethoden kurz vorgestellt. (vgl. Strachota 2002: 285)

5.1 Nicht-invasive Untersuchungsverfahren

Zu den weitverbreitetsten nicht-invasiven Untersuchungsverfahren der Pränataldiagnostik gehört der Ultraschall, welcher vor allem eine bildgebende Methode ist, da damit die Entwicklung der Plazenta und des Kindes durch visuelle Darstellung kontrolliert werden kann. Weitere Untersuchungsmethoden sind der Bluttest, das Ersttrimesterscreening sowie der Triple-Test. Die jeweiligen Tests können keine Anomalien oder Fehlbildungen diagnostizieren, sondern lediglich Wahrscheinlichkeiten aufzeigen. (vgl. Kolley/Sauter 2019: 45)

5.1.1 Ultraschall

Der Ultraschall, auch sonographische Untersuchung genannt, ist eine wichtige pränataldiagnostische Methode und gehört zu den bekanntesten und am häufigsten angewendeten Untersuchungsverfahren. Er birgt kaum Risiko für die schwangere Frau* oder das ungeborene Kind.

Ein Ultraschall kann in verschiedenen Phasen der Schwangerschaft angewendet werden. Er wird sowohl vaginal in der 9. bis zur 12. Schwangerschaftswoche wie auch abdominal als Routineuntersuchung in der 19. bis 22. und 29. bis 32. Schwangerschaftswoche angeboten. Mit dem Ultraschall können die Körperform und die Organstrukturen des Kindes beurteilt werden. Es können sichtbare Abweichungen sowie auch Hinweise auf genetische Erkrankungen erkannt werden. Technische Fortschritte und die zunehmende Erfahrung von Fachpersonen haben die Sichtbarkeit von Nackenödemen und ihren Vorstufen als wichtige Indikatoren für fetale Chromosomenanomalien im ersten Schwangerschaftsdrittel erhöht.

Der Ultraschall wird in drei Hauptbereichen eingesetzt. Erstens dient er zur Überwachung und Kontrolle der normalen Entwicklung des Kindes vom Beginn der Schwangerschaft bis zur Geburt.

Der zweite Anwendungsbereich beinhaltet die Erkennung von sichtbaren Abweichungen wie Wachstumsstörungen und fetale Malformationen und gibt Hinweise auf mögliche genetische Defekte, die weitere (invasive) pränatale Diagnoseverfahren auslösen können. Um Entwicklungsstörungen erkennen zu können, wird insbesondere die Lage und der Aufbau der Plazenta sowie die Menge des Fruchtwassers untersucht.

Der letzte Bereich umschreibt die Relevanz des Ultraschalls bei invasiven Untersuchungsverfahren wie bspw. der Amniocentese, Chorionzottenbiopsie und fetalen Nabelschnurpunktion, da diese nur sicher und zuverlässig mit Hilfe der anatomischen Sichtbarkeit des Ultraschalls durchgeführt werden können. (vgl. Strachota 2002: 285f, Kolleck/Sauter 2019: 47f)

5.1.2 Bluttest

Der Bluttest gehört zu den nicht-invasiven Untersuchungsmethoden, da die Mutter* und das Kind keinem Risiko ausgesetzt sind. Das Ziel ist es «umfangreiche, genetische Informationen über das werdende Kind zu erhalten.» (Kolleck/Sauter 2019: 39)

Aus dem Blut der Mutter* wird fetoplazentare zellfreie DNA extrahiert, welches durch DNA-Analysen untersucht wird. Diese Testverfahren haben in der wissenschaftlichen Sprache unterschiedliche Bezeichnungen wie cff-DNA-Tests, nicht-invasive Pränataltests (NIPT) oder nicht-invasive Pränataldiagnostiken (NIPD). In der öffentlichen Berichterstattung wird oft von einem «Bluttest» gesprochen.

Der Bluttest soll die Erkennung von Fehlbildungen und Chromosomenanomalien auf eine nicht-invasive Art ermöglichen, um das erhöhte Risiko des Auslösens einer Fehlgeburt zu vermeiden. Der Bluttest weist eine hohe Trefferquote auf. 80,9% der durch den Test angezeigten Chromosomenanomalie Trisomie 21 werden korrekt angezeigt. (vgl. ebd.: 39, 50f)

5.1.3 Ersttrimesterscreening

Das Ersttrimesterscreening oder auch Ersttrimestertest wird mittels Blutwerteanalysen der Mutter* zwischen der 12. und 14. Schwangerschaftswoche durchgeführt. Anschliessend erfolgt eine Klassifizierung anhand bestimmter Risikofaktoren. Dazu zählen das Alter der Mutter*, die fetale Nackentransparenz sowie zwei Serummarker. Ursprünglich wurde das Screening zur Berechnung der Wahrscheinlichkeiten einer fetalen Trisomie 21 angewendet. Mittlerweile sollen auch andere chromosomale Auffälligkeiten und Herzfehler damit angezeigt werden. Im Vergleich mit dem Bluttest liefert das Ersttrimesterscreening ungenauere Ergebnisse und identifiziert nur 3, 4% der Fälle richtig. (vgl. ebd.: 49-51)

5.1.4 Triple-Test

Der Triple-Test dient ebenfalls zur Erkennung eines wahrscheinlichen Down-Syndroms sowie einem fetalem Neuralohrdefekt und wird zwischen der 15. und der 20. Schwangerschaftswoche durchgeführt. Wie auch beim Ersttrimesterscreening werden die Blutwerte der Mutter* analysiert, dies geschieht anhand von drei Biomarkern. Aufgrund seiner niedrigen Treffsicherheit kommt der Triple-Test nur noch selten zur Anwendung. (vgl. ebd.: 49f)

5.2 Invasive Untersuchungsverfahren

Nachfolgend werden die drei am häufigsten eingesetzten invasiven-Verfahren vorgestellt: die Amniozentese, die Chorionzottenbiopsie sowie die Chordozentese Die jeweiligen Untersuchungsmethoden und deren Vorgänge sollen kurz erläutert, das Ziel der Untersuchung benennt und die Wahrscheinlichkeit der diagnostischen Ergebnisse aufgezeigt werden. Es wird ersichtlich, dass alle drei Untersuchungsmethoden Vorteile und Nachteile bergen. Zu den Vorteilen gehört die vergleichsweise hohe diagnostische Sicherheit der durch die Tests generierten Ergebnisse. Allerdings bergen die Untersuchungen auch Risiken, die Einfluss auf das Wohlergehen der Mutter* und des Kindes haben. (vgl. Kolleck/Sauter 2019: 41)

5.2.1 Amniozentese

Die Amniozentese oder auch Fruchtwasserpunktion wird in der 15. bis 18. Schwangerschaftswoche durchgeführt. Dabei wird mit einer Punktion der Bauchdecke (Abdomen) und unter Ultraschallkontrolle 10-20ml Fruchtwasser aus der Gebärmutter entnommen und anschließend biochemisch, zytogenetisch oder genanalytisch untersucht. Die Ergebnisse sind in der Regel zwei bis vier Wochen nach der Durchführung verfügbar.

Die Amniozentese dient der Diagnose von Chromosomenanomalien, Neuralohrschluss Störungen, schwerwiegenden inneren Fehlbildungen sowie einiger angeborener Muskel- und Stoffwechselkrankheiten wie z. B. Mukoviszidose zu diagnostizieren.

Die Ergebnisse einer Amniozentese sind in 99,4 bis 99,8% der Fälle korrekt. Somit ist diese Untersuchungsmethode die akkurateste aller invasiven und nicht-invasiven Methoden.

Das Risiko einer Fehlgeburt nach einer Amniozentese liegt bei ca. 0,3 bis 2%. Während der Frühschwangerschaft ist das Risiko noch höher, weshalb die Punktion erst ab der 15. Schwangerschaftswoche vorgenommen wird.

Einige Studien deuten auf mögliche Zusammenhänge zwischen der Amniozentese und orthopädischen Anomalien wie Klumpfüßen, Hüftdislokationen und Skoliose hin, während andere Studien solche Verbindungen nicht bestätigen können. Mögliche

Schwangerschaftskomplikationen umfassen Blutungen, Krämpfe, Infektionen oder auch das Amnionflüssigkeits-Verlustsyndrom. (vgl. Strachota 2002: 287f, Kolley/Sauter 2019: 40-42)

5.2.2 Chorionzottenbiopsie

Bei der Chorionzottenbiopsie wird fetales Zellgewebe vom Chorion, welches ein Bestandteil der Plazenta ist, entnommen. Sie wird deutlich seltener als die Amniozentese angewendet. Es gibt zwei Vorgänge wie das Zellgewebe gewonnen werden kann. Einerseits kann dies mithilfe eines Katheters vaginal erfolgen. Hierbei wird Zottengewebe von der Plazenta gesaugt, indem der Katheter vaginal an die Plazenta geschoben wird und einen negativen Druck erzeugt. Andererseits kann die Biopsie mit einer Nadel abdominal durchgeführt werden. Das entnommene Gewebe wird anschliessend wie bei der Amniozentese entweder biochemisch, zytogenetisch oder genanalytisch untersucht.

Das Ziel dieser Untersuchungen ist ebenfalls die Früherkennung von chromosomalen Anomalien bzw. Fehlbildungen anhand des fetalen Erbgutes. Gegenüber der Amniozentese hat die Chorionzottenbiopsie den Vorteil, dass sie bereits in der 10. bis 14. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden kann und die Ergebnisse in der Regel schon am nächsten Tag verfügbar sind. Falls nach Vorliegen der Testergebnisse ein Schwangerschaftsabbruch beabsichtigt wird, kann dieser somit noch in der Frist von 12 Schwangerschaftswochen durch die Absaugemethode getätigt werden.

Eine Chorionzottenbiopsie führt in 0,5 bis 2% der Fälle zu einer Fehlgeburt und kann auch Fehlbildungen des Kindes zur Folge haben. Da die entnommenen Plazentazellen von den chromosomalen Strukturen des Kindes abweichen können, sind 1 bis 2% der auffälligen Befunde Fehldiagnosen. (vgl. Strachota 2002: 288f, Kolley/Sauter 2019: 40-43)

5.2.3 Chordozentese

Von den drei invasiven Verfahren, die in diesem Kapitel vorgestellt werden, kommt die Chordozentese am seltensten zur Anwendung. Sie kann ab der 16. bis 18. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden. Bei diesem Vorgang wird mittels einer Nadel die Nabelvene möglichst an der Schnittstelle zum Plazentaansatz punktiert und dem Kind 2 bis 3ml Blut entnommen. Dabei wird ausschliesslich fetales Erbgut gewonnen, was viele Fachpersonen als einen Vorteil ansehen. Jedoch ist die Fehlgeburtsrate entsprechend höher, diese liegt bei 1 bis 3%. Deswegen wird die Chordozentese mehrheitlich für die Abklärung fetaler Anämien angewendet. (vgl. Kolley/Sauter 2019: 41-43)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass invasive Untersuchungen im Vergleich zu nicht-invasiven Verfahren präzisere Diagnosen ermöglichen, jedoch auch das Risiko einer Fehlgeburt bergen. Liegt nach einer nicht-invasiven Untersuchung ein auffälliger Befund vor, entsteht ein Dilemma für die schwangere Frau*. Möchte sie die Ungewissheit abbauen und Klarheit schaffen, muss sie sich invasiven Untersuchungen unterziehen, welche wiederum die beschriebenen Risiken mit sich bringen. Dieser Prozess kann psychischen Stress auslösen. (vgl. ebd.: 40)

Kolleck und Sauter (ebd.) nehmen Bezug auf Hübner (2014: 372f) um die Wichtigkeit der Beratung aufzuzeigen: «Deshalb ist eine umfassende Beratung vor und nach der Pränataldiagnostik von grosser Wichtigkeit. Die meisten pränatal erkennbaren Störungen sind bisher nicht therapierbar, sodass ein schwerer pathologischer Befund häufig nur in der Frage nach der Fortsetzung oder dem Abbruch der Schwangerschaft mündet, nicht aber nach einem Therapieangebot.»

5.3 Pränatale Therapiemöglichkeiten

Werden bei pränatalen Untersuchungen genetische Veränderungen diagnostiziert, gibt es nur selten Therapiemöglichkeiten. Zudem handelt es sich bei den therapeutischen Massnahmen in den meisten Fällen nur um Symptomtherapien, die keine ganzheitliche Beseitigung zum Ziel haben. Beispiele dafür sind vitaminabhängige Stoffwechselkrankheiten, welche medikamentös intrauterin behandelt werden können sowie Blutgruppen-Unverträglichkeiten bzw. Blutarmut, welche ebenfalls intrauterin via Bluttransfusionen behandelt werden (vgl. Strachota 2002: 292). Blutarmut war früher tödlich, mittels Pränataldiagnostik lässt sie sich heute jedoch frühzeitig erkennen und behandeln. Bei Herzrhythmusstörungen des Kindes wird es möglich, die dafür benötigten Medikamente direkt in den Kreislauf des Kindes einzuspeisen und nicht über den Kreislauf der Mutter* zu verabreichen. Pränatale Untersuchungen spielen auch bei einem Harnröhrenverschluss, gewissen Herzfehlern oder Defekten des Zwerchfells eine wichtige Rolle, damit Vorbereitungen für einer Behandlung nach der Geburt getroffen werden können, da bei diesen Erkrankungen schnell gehandelt werden muss. (vgl. Bühl 2009: 115) Somit können pränataldiagnostische Ergebnisse hilfreich für die Geburtsvorbereitung sein. Ein Kaiserschnitt wird bspw. erforderlich bei einer Plazenta praevia (Fehllage der Plazenta) oder einer Vasa praevia (vor dem inneren Muttermund liegende Eihaut- oder Nabelschnurgefässe). Bei einer Fehllage der Plazenta löst sich diese kurz vor oder bei der Geburt ab, was zu lebensbedrohlichen Blutungen der Mutter* und des Kindes führen kann. Bei einer Vasa praevia kommt es bei der «{...} Muttermundöffnung zu deren Zerreißen, was für das Ungeborene fatale Folgen hat (ebd.: 117).» Deswegen schreiben Mitscherlich-Schönherr und Anselm (2021: 275) der

Pränataldiagnostik auch eine präventive Bedeutung zu. Diese beinhaltet nicht nur die Prävention der Schwangerschaft, sondern auch das Verhindern von Komplikationen bei der Geburt anhand von frühzeitig gewonnenen Informationen über das Kind. Bei schwerwiegenden Diagnosen, bei denen die Lebensdauer des Kindes begrenzt ist, kann mithilfe der Pränataldiagnostik eine palliative Begleitung, welche auf die Krankheit und das Wohl des Kindes ausgerichtet ist, installiert werden (vgl. Charité 2015: 5).

Die technische Entwicklung von pränatalen Untersuchungen und deren immer akkurater werdenden Diagnosen ist in den letzten Jahren stark vorangeschritten. Als Teilgebiet der Gentechnologie wird sich die Pränataldiagnostik auch in Zukunft rasant weiterentwickeln. Dabei wird eine zunehmende Diskrepanz zwischen der technischen Machbarkeit und den therapeutischen Möglichkeiten ersichtlich (vgl. Strachota 2002: 292). Dieses Missverhältnis zwischen Diagnose und Therapie bekommen vor allem betroffene Mütter* zu spüren, welche nach einem pathologischen Befund dazu aufgefordert werden, eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen.

6. Gesetzgebungen und Richtlinien

6.1 Gesetzgebung Pränataldiagnostik

Gemäss Artikel 17, Absatz 1 des Bundesgesetzes über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) dürfen pränatale Untersuchungen in der Schweiz nur durchgeführt werden, um:

- a. Eigenschaften abzuklären, welche die Gesundheit des Embryos oder des Fötus direkt beeinträchtigen;
- b. Blutgruppen oder Blutmerkmale abzuklären, um Komplikationen, die sich aus einer entsprechenden Unverträglichkeit zwischen Mutter* und Fötus ergeben, vorbeugen oder die Folgen der Komplikationen behandeln zu können; oder
- c. abzuklären, ob sich das Nabelschnurblut des Embryos oder des Fötus aufgrund seiner Gewebemerkmale zur Übertragung auf einen Elternteil oder ein Geschwister eignet.

Somit darf im Rahmen einer pränataldiagnostischen Untersuchung nur Erbgut untersucht werden, welches den Gesundheitszustand des Kindes oder der Mutter* betreffen oder beeinträchtigen könnten. Gemäss Artikel 17, Absatz 2 darf der schwangeren Frau* vor Ablauf der 12. Schwangerschaftswoche folgendes nicht mitgeteilt werden:

- a. das Geschlecht des Embryos oder des Fötus bei einer Untersuchung nach Absatz 1 Buchstabe a, es sei denn, die Beeinträchtigung der Gesundheit hängt mit dem Geschlecht zusammen;
- b. das Ergebnis einer Untersuchung nach Absatz 1 Buchstabe c.

Dieser Absatz soll davor schützen, dass geschlechterspezifische Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden (vgl. Kolleck/Sauter 2019: 112).

Fachpersonen sind gesetzlich verpflichtet, werdende Eltern auf die Möglichkeit der pränatalen Diagnostik hinzuweisen. Das Unterlassen dieser Aufklärung kann rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen, einschliesslich möglicher Strafverfolgung durch Anzeige der Eltern. Ein in Deutschland beispielhaftes Urteil des Bundesgerichtshofs von 1984 betont, dass Ärzt:innen ihre Pflicht verletzen, wenn sie eine Schwangere mit einem erhöhten Risiko nicht auf die Option der vorgeburtlichen Untersuchungen zum Ausschluss einer Trisomie 21 hinweisen. Im Falle einer solchen Unterlassung können die Eltern Schadensersatz für die Geburt eines behinderten Kindes fordern, sofern sie aufgrund eines ärztlichen Fehlers die Möglichkeit der Abtreibung nicht in Betracht gezogen haben. Diese Schadensersatzklage wird auch «Wrongful-Birth» genannt. Das ärztliche Haftungsrecht zwingt somit

Fachpersonen dazu, Frauen* umfassend über die Optionen vorgeburtlicher Diagnostik aufzuklären. (vgl. Bühl 2009: 349)

Anders ist aber die Klage für monetäre Kompensation unter dem Titel «Wrongful-Life». Hier sind die Kläger:innen nicht die Eltern, sondern das Kind selbst. Dieses argumentiert mit denselben Gründen wie die Eltern; nämlich das die eigene Geburt durch einen Abort hätte verhindert werden können, wenn Ärzt:innen die Mutter* über mögliche Behinderungen oder Krankheiten adäquat aufgeklärt hätten. Somit ist der Schaden das eigene Leben selbst, das nicht als lebenswert bewertet wird. (vgl. Merkel 2023: 326)

Die Gesetzgebungen bestimmen, ob und aus welchen Gründen pränataldiagnostische Untersuchungen vorgenommen werden können. Eine weitere Frage in diesem Zusammenhang ist die Finanzierung dieser Untersuchungen. Nachfolgend wird das Schweizer Gesundheitssystem und dessen Leistungen betreffend Pränataldiagnostik kurz erläutert.

6.2 Schweizer Gesundheitssystem

Das Schweizer Gesundheitssystem ist nach jenem der USA und Norwegen das dritt-teuerste der Welt. Die Selbstbeteiligung der Bürger:innen an den Kosten ist in der Schweiz im europäischen Vergleich am höchsten. Der Abschluss einer obligatorischen Krankenversicherung ist für alle Einwohnenden der Schweiz Pflicht. Diese tragen monatliche Grundkosten sowie einen Eigenanteil für medizinische Leistungen bei. (vgl. ebd.: 110)

Die Krankenversicherung übernimmt die Kosten gewisser pränataldiagnostischer Untersuchungen, darunter auch das Ersttrimesterscreening. Seit 2015 bietet die Schweiz als erstes europäisches Land kostenfreie nicht-invasive Pränataltests (NIPT) für Schwangere an, wenn das Ergebnis des Ersttrimesterscreenings auf eine mittlere Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Chromosomenanomalie hinweist. Die Einteilung der Wahrscheinlichkeit erfolgt anhand Risikoberechnungen. Wenn der Risikowert einer Chromosomenanomalie 1:1000 oder grösser ist, werden die Kosten für die NIPT übernommen.

Die Einführung von kostenfreien NIPT in die Schweizer Gesundheitsversorgung hat zu einer deutlichen Zunahme der Nutzung geführt, besonders bei Hochrisikoschwangeren und Schwangeren mit mittlerem Risiko. Gleichzeitig hat sich die Einteilung der drei Risikogruppen (Hochrisikogruppe, mittlere Risikogruppe, Niedrigrisikogruppe) geändert, wodurch mehr Schwangere Zugang zu kostenfreier NIPT erhalten. Ein positiver Aspekt dabei ist, dass der Zugang nicht von finanziellen Mitteln abhängt, sondern auf einer Abschätzung individueller Risiken basiert. 1 von 5 Frauen* in der Schweiz nehmen NIPT in Anspruch. (vgl. Vinante et al. 2018: 2-4)

Entscheidet sich eine Frau* für einen straflosen Schwangerschaftsabbruch, werden die Kosten im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung übernommen. Die Kantone haben hierfür einen Versorgungsauftrag und sind verantwortlich, dass alle medizinischen Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung angeboten werden. (vgl. SGGG 2022: 6, NEK 2018: 13)

Krankversicherer:innen wie CSS und Helsana haben jedoch durch einen Rahmenvertrag mit Pro Life, eine Verzichtserklärung für einen Schwangerschaftsabbruch im Tausch mit einem 10% Rabatt auf Zusatzversicherungen angeboten. Der Verein Pro Life, welcher sich gegen Abtreibungen ausspricht, verspricht vergünstigte Angebote und anderweitige Vorteile bei den Versicherungen zu ermöglichen, wenn eine schriftliche Erklärung zum Verzicht von Abtreibungen erfolgt. Dies ist in vielerlei Hinsicht problematisch, da einerseits Krankenversicherungen obligatorisch sind und die Krankenkassen somit wertfreie Leistungen anbieten sollten. Andererseits ist der Schwangerschaftsabbruch ein Grundrecht aller Frauen*, dessen Zugang nicht verwehrt werden darf. (vgl. Parlament 2016)

6.3 Die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG

«Die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG ist eine ärztliche Fachgesellschaft mit dem Ziel, die Gynäkologie und Geburtshilfe in der Schweiz wissenschaftlich, praktisch und ethisch zu fördern. Aufgabe der Gesellschaft ist die umfassende Sicherstellung der Gesundheit der Frau* (SGGG 2023).»

Auf ihrem Informationsblatt für Schwangere betreffend Pränataldiagnostik gibt die SGGG sieben Informationspunkte an, die bei Überlegungen bzgl. Pränataldiagnostik zu bedenken sind.

So weist sie darauf hin, dass die werdende Mutter* vor jeder Entscheidungsfindung Informationen zur jeweiligen Situation direkt bei ihr oder bei den kantonalen Beratungsstellen einholen kann, um eine fundierte Meinungsbildung zu gewährleisten. Die SGGG macht ausserdem auf das «Recht auf Nichtwissen» und auf die Folgen von Untersuchungen wie bspw. unerwartete Ergebnisse, die keine Behandlungsmöglichkeiten beinhalten, aufmerksam. Es wird jedoch angedeutet, dass es bei gewissen Krankheiten Sinn macht, diese bereits vorgeburtlich zu kennen, um eine entsprechende Begleitung nach der Geburt sicherzustellen. Sie betont jedoch, dass die Untersuchung nicht der effektiven Behandlung dient, sondern lediglich dazu, Informationen zum Erbgut des Kindes einzuholen. Zusätzliche Beratungen zum Verlauf der Schwangerschaft werden angeboten, sobald auffällige Befunde vorliegen. Weiter weist das Informationsblatt auf das Recht auf Bedenkzeit und

Widerruf der eigenen Entscheidung für oder gegen vorgeburtliche Untersuchungen hin. (vgl. SGGG 2017)

Die SGGG will ethisch neutral sein und gibt somit keine Richtlinien zur Pränataldiagnostik vor. Sie stellt lediglich Informationen zum Thema bereit, damit Frauen* ihre eigene Entscheidung zu ihrem Schwangerschaftsvorgang treffen können.

6.4 Schwangerschaftsabbruch

Schwangerschaftsabbrüche sind in der Schweiz grundsätzlich verboten und strafbar (vgl. Art. 118 Abs. 1 und 2 StGB). Das Strafgesetzbuch schützt das Recht des Kindes auf Leben, unabhängig von dessen Lebensfähigkeit. «Unter Strafe gestellt ist der Abbruch der Schwangerschaft, d. h. das vorsätzliche Abtöten des Fötus.» (NEK 2018: 11)

Straflos bleibt der Schwangerschaftsabbruch jedoch bis zu einer definierten Frist und unter gewissen Voraussetzungen (vgl. Art. 119 Abs. 1 und 2 StGB). Wird der Abbruch bis 12 Wochen nach der letzten eingetretenen Menstruation und unter Einreichen einer schriftlich beschriebenen Notlage der schwangeren Frau* getätigt, bleibt er straflos. Nach Ablauf der 12 Wochenfrist gilt die Indikationsregelung nach Art. 119 Abs. 1 StGB: «Der Abbruch einer Schwangerschaft ist straflos, wenn er nach ärztlichem Urteil notwendig ist, damit von der schwangeren Frau* die Gefahr einer schwerwiegenden körperlichen Schädigung oder einer schweren seelischen Notlage abgewendet werden kann. Die Gefahr muss umso grösser sein, je fortgeschrittener die Schwangerschaft ist.» Unter dieser Regelung ist es grundsätzlich möglich, einen Schwangerschaftsabbruch bis Ende der Schwangerschaft vorzunehmen, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind. In der Praxis werden Schwangerschaftsabbrüche jedoch selten nach der 24. Schwangerschaftswoche durchgeführt (vgl. NEK 2018: 16).

Gemäss Zahlen vom Bundesamt für Statistik vom Jahr 2018 erfolgen von den in der Schweiz registrierten Schwangerschaftsabbrüchen 4,5% nach der 12. Woche und werden damit als späte Schwangerschaftsabbrüche definiert. 1,4% der registrierten Schwangerschaftsabbrüche werden nach der 17. Woche durchgeführt. (vgl. ebd.: 9)

Schwangerschaftsabbrüche sind für die Betroffenen wie auch für die Fachpersonen sehr belastend. Deswegen sind Fachpersonen in der Schweiz nicht dazu gezwungen einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen, wenn sie dies nicht mit ihrem Gewissen vereinbaren können. (vgl. SGGG 2022: 6,12)

Es gibt vier Methoden, um einen Schwangerschaftsabbruch ab dem zweiten Trimenon (d. h. ab der 14. Schwangerschaftswoche) durchzuführen. Dazu gehört die medikamentöse Variante, welche den Muttermund öffnet und somit die Geburt des Kindes einleitet. Eine

andere Variante ist die D&E-Methode, bei der der Gebärmutterhals betäubt wird, um das Fruchtwasser abzusaugen. Anschliessend wird das Kind mit einer Zange extrahiert und eine Saugcurette durchgeführt, um Gewebereste zu entnehmen. Der Kaiserschnitt ist die dritte Methode, welche aufgrund des erhöhten Komplikationsrisikos jedoch eher selten zur Anwendung kommt. Die letzte Variante für einen Schwangerschaftsabbruch ab dem zweiten Trimenon ist der Fetozid. Dieser wird eingesetzt, um Lebendgeburten zu vermeiden. Hierbei wird entweder intrakardial die Substanz Kalium oder alternativ in das Fruchtwasser oder in die Nabelschnur die Substanz Digoxin injiziert, was beides den Herzstillstand des Kindes herbeiführt. Danach wird eine der drei beschriebenen Methoden angewendet, um das Kind zu gebären. (vgl. NEK 2018: 19f) Wie viele Frauen* sich für einen Fetozid entscheiden, kann nicht angegeben werden, da diese Zahlen in der Schweiz nicht statistisch erfasst werden. Während es in anderen Ländern üblich ist, ab einer bestimmten Schwangerschaftswoche ein Fetozid vorzunehmen, gibt es in der Schweiz keine Regelungen dazu (vgl. ebd.: 31f). Die Schweiz verhält sich grundsätzlich zurückhaltend mit der Anwendung von Fetoziden, da diese eine erhöhte Belastung für das Fachpersonal darstellen. Im Bericht von der NEK (2018) beschreibt Harringer (2018), dass «{...} einzelne grosse Zentrumskliniken aufgrund von Zuweisungen von Frauen aus den umliegenden Regionen überproportional viele Fetozide durchführen, was zu einer erheblichen Belastung der dort zuständigen Fachpersonen führt.»

Aufgrund der medizinischen Fortschritte in der Neonatologie ist ein Kind heutzutage bereits ab der 22. bis 24. Schwangerschaftswoche lebensfähig, sollte es bereits vorzeitig auf die Welt kommen. Bleibende Schäden aufgrund einer Frühgeburt können dabei jedoch nicht ausgeschlossen werden. Je früher die Geburt, desto schwerer die bleibenden Beeinträchtigungen des Kindes (vgl. NEK 2018: 16). Das hat zur Folge, dass Fachpersonen selten einen Schwangerschaftsabbruch nach der 24. Schwangerschaftswoche durchführen (vgl. ebd.: 32). Dies nicht nur aufgrund der psychischen Belastung, sondern auch aufgrund der möglichen strafrechtlichen Verfolgung. Aus rechtlicher Sicht bestimmen das Zivilrecht und das Strafrecht einen unterschiedlichen Zeitpunkt der Rechtspersönlichkeit des Kindes. Ist diese gegeben, wird es zum strafrechtlich geschützten Menschen. Das Zivilrecht setzt diesen Zeitpunkt nach Vollendung der Lebendgeburt an, während das Strafrecht den Zeitpunkt bereits auf den Beginn der Geburt festlegt. «Die vorsätzliche oder fahrlässige Tötung sowie Verletzung des Kindes ab diesem Zeitpunkt unterfällt daher den Tötungs- und Körperverletzungsdelikten.» (ebd.: 15)

Kommt ein Kind nach einem Schwangerschaftsabbruch lebend zur Welt, erhält es also eine Rechtspersönlichkeit und muss daher geschützt werden. Ansonsten können

Fachpersonen wegen vorsätzlicher Tötung durch Unterlassung oder Unterlassung der Not-
hilfe gemäss Artikel 128 nach StGB strafrechtlich verfolgt werden. (vgl. ebd.: 15)

In solchen Situationen steht der Schutz des Kindes an erster Stelle, da das «{...} ärztliche
Handeln darauf ausgerichtet werden muss, das Lebensrecht zu achten und zu schützen,
einerlei, ob zuvor ein (gerechtfertigter) Schwangerschaftsabbruch vorlag oder nicht. Nach
einer Lebendgeburt nach Schwangerschaftsabbruch steht nicht mehr die Notlage der Frau
im Zentrum der Erwägungen, sondern die Frage, welche medizinischen Massnahmen im
Wohl des Kindes liegen (ebd.: 15).» Diese medizinischen Massnahmen zum Wohl des
Kindes beinhalten die palliative Betreuung des Kindes, um dessen Leben bis zum Tod in
Würde zu gestalten. (vgl. ebd.: 16) Um eine Lebendgeburt und dessen potenzielle Folgen
zu vermeiden, wird vielerorts der Fetozyd angewandt.

7. Entscheidungsgesellschaft

7.1 Genetische Beratung zur Entscheidung

Die Beratung etablierte sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts und stellte als soziale und ökonomische Dienstleistung immer mehr Angebote auf. Dies ging über HIV-Beratung, Berufsberatung, Ausländer:innenberatung, Jugendberatung, Suchtberatung, Krisenberatung, Vermögensberatung, Familienberatung, Arbeitslosenberatung, Sterbeberatung und vieles mehr. Somit wurde ziemlich jeder Lebensbereich mit Beratungsangeboten abgedeckt. Nicht nur das Angebot wurde ausgeweitet, sondern auch die Zielsetzungen einer Beratung umgekrempelt. Die herkömmlichen pädagogischen Unternehmungen wurden durch professionalisierte Beratungsgespräche abgelöst, welche zum Ziel haben, die Beratenden zu einer selbstbestimmten Entscheidung, mithilfe vermittelter Informationen, zu führen. Somit wird die Aufklärung eine Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Dienstleistungen. Ein medizinischer Eingriff darf ohne «informierte Einwilligung» nicht mehr durchgeführt werden. (vgl. Samerski 2002: 15f).

Doch was ist überhaupt eine Entscheidung und wie kommen die Beratungssuchenden dorthin? Der juristische Terminus von «entscheiden» wurde seit dem Mittelalter bis in die 1960er und 70er Jahren noch mit den Begriffen «verfügen», «bestimmen» oder «urteilen» gleichgesetzt. Ende der 60er Jahre veränderte sich jedoch der Entscheidungsbegriff und wurde nun mit «Wahl zwischen Möglichkeiten» definiert. Somit widerfuhr dem Begriff einen grossen Bedeutungswandel, was Folgen für zukünftiges Handeln mit sich bringt. Eine Mutter* wurde fortan zu einer Entscheidung gezwungen: eine Entscheidung über Leben und Tod. Mittlerweile wollen Tests und Untersuchungen etwas zu wissen glauben, obwohl das Kind noch im Werden ist. (vgl. ebd.: 17) Eine solche Entscheidung, begleitet von Chromosomensätzen, genetischen Modellen sowie statistischen Wahrscheinlichkeiten und Korrelationen scheint unmöglich, angesichts der Abstraktheit der statistischen Kosten-Nutzen-Bilanz und der Emotionalität der Geschehnisse (vgl. ebd.: 15). Ein Bezug zwischen diesen Statistiken und dem Schicksal des Ungeborenen scheint nicht-existent und sagt schlussendlich nichts über das eigene Kind aus. Denn absolute Gewissheit wird es nie geben. Da die Schwangerenvorsorge auf Risikoanalysen aufgebaut wird, ist sie so ausgerichtet, «dass möglichst alle Frauen anhand von Risikoparametern für vorgeburtliche Tests ausgesiebt werden, auf die schließlich keine medizinische Behandlung, sondern nur der Schwangerschaftsabbruch folgen kann. Diese Zwickmühle, in die Frauen quasi vorsätzlich gebracht werden, macht ärztliche Vorschriften unmöglich, ärztliche Empfehlungen fragwürdig und daher eine qualifizierte, informierte, autonome Entscheidung der betroffenen Frauen notwendig.» (ebd.: 48,55)

In einer genetischen Beratung stehen zwei Informationspunkte im Zentrum: Einerseits ist das die «genetische Information» und andererseits das «Risiko». Damit werden die statistischen Wahrscheinlichkeiten gemeint, welche teils mittels genetischer Modelle berechnet werden. Nachfolgend werden die Grundlagen der Entscheidung für oder gegen pränatale Tests aufgezeigt, welche anhand der gewonnenen Information einer genetischen Beratung gefällt wird. Samerski teilt die Entscheidung in zwei Entscheidungsschritte auf, anhand der zwei Informationspunkte der genetischen Beratung. (vgl. ebd.: 151)

7.1.1 Entscheidungsschritt 1

Im ersten Entscheidungsschritt untersucht Samerski die Aufklärung der Gene und dessen Informationen innerhalb einer genetischen Beratung. Es wird deutlich, dass die Mehrheit der Beratenden, die Ratsuchenden nicht, oder ungenügend darüber aufklären, was das Gen überhaupt ist. Es wird meistens auf das populärwissenschaftliche Verständnis der Allgemeinheit zurückgegriffen, anstatt die genbezogenen Konzepte zu erläutern. Das «Gen» wird somit häufig mit «Erbanlage» gleichgesetzt, um den Klient:innen anschauliche Bilder zu präsentieren. Durch die Verwendung umgangssprachlicher Erklärungen und anschaulicher Bilder wird die Genetik und dessen Konzepte für Schwangere mit Bedeutung aufgeladen. Dabei kreieren sie ihre eigene Expertise, indem sie Gene als winzige Partikel darstellen, welche von Chromosomen umhüllt sind. Darin befindet sich dann der Bauplan über das «Sein und Werden eines Menschen (ebd.:168)». Die Genetiker betonen, dass fehlerhafte Baupläne Krankheiten verursachen können, sei es durch Fehlverteilung von Chromosomen oder durch Gendefekte, die im Labor festgestellt werden können. Diese Darstellung zielt darauf ab, die Klient:innen nicht in die Grundlagen der Genetik einzuführen, sondern eine Weltanschauung zu formen, die sich aus populären Termini und Begriffen aus dem genetischen Labor zusammensetzt. Die Beratenden, welche die «Information, die den ganzen Menschen ausmacht (ebd.: 168)» im Zellkern entdecken und die Gene als Krankheitsursachen benennen, vermitteln vor allem den Eindruck von der Allgemeingültigkeit ihrer Aussagen. «Die wertende Rede von normalen und defekten Genen fördert den Glauben, im unsichtbaren Mikrokosmos der Zelle liesse sich der zukünftige Gesundheitszustand von Personen feststellen und beurteilen. Damit verlagert sich das Urteil über das, was krank und gesund ist, was also sein soll und nicht sein soll, auf die Ebene von Chromosomenzahlen und DNA-Sequenzen. » (ebd.: 168)

Samerski zieht dazu das Beispiel von Down-Syndrom und Trisomie 21 bei. Die Diagnose Down-Syndrom wird bei einem Menschen erstellt, mit dem eine Fachperson in direktem Kontakt steht, wohingegen die Trisomie 21 ein pränataler Befund von Labortechniker:innen

ist, der sogleich als Fehler der Natur eingestuft wurde. Genetische Berater:innen fordern Frauen* auf, ihr Kind bereits vor der Geburt, bereits bevor sie es kennen, als Mitglied einer bestimmten Klasse zu betrachten. Basierend auf Laborbefunden prognostizieren sie die durchschnittliche Entwicklung des Ungeborenen in Bezug auf die Population, zu der es gehört. Diese Prognosen berücksichtigen auch die gegenwärtigen Bedingungen unter denen Frauen* ihre Kinder aufziehen, einschliesslich des zu erwartenden Betreuungsbedarfs, der integraler Bestandteil des zukünftigen Szenarios ist. (vgl. ebd.: 168f)

Samerski (ebd.: 169f) zeigt im Folgenden das Dilemma einer Entscheidungsfindung für oder gegen ein Kind auf. Dieser erste von ihr definierte Entscheidungsschritt, beleuchtet die Schwierigkeit, statistische Wahrscheinlichkeiten in reale Zukunftsszenarien umzuwandeln:

Diese der Zukunft und dem Dasein des Kindes vorausseilende Beurteilung macht die Entscheidung, zu der die Frau aufgefordert wird, zugleich unwirklich und möglich. Frauen hoffen auf ein gesundes Kind und nicht einen normgerechten Chromosomensatz. ‚Gesundheit‘ kann jedoch keinesfalls vorgeburtlich festgestellt werden. Und wie sich ein auffälliger Gentest oder Chromosomensatz später auswirken wird, lässt sich ebenfalls nicht konkret, sondern lediglich als Möglichkeitsspektrum vorhersagen. Die umgangssprachliche Vermittlung genetischer Modelle und die Vermischung von Labor und Lebensschicksal lassen die genetischen Befunde jedoch wie bedeutsame Aussagen über Zukunft des werdenden Kindes erscheinen. Erst diese scheinbare Konkretisierung von bedeutungslosen Testresultaten und abstrakten Zukunftsszenarien lässt es plausibel erscheinen, dass eine werdende Mutter* anhand von Chromosomenzahlen und Mutationsanalysen für oder gegen ihr kommendes Kind optiert.

7.1.2 Entscheidungsschritt 2

Im zweiten Entscheidungsschritt wirft Samerski den Fokus auf das Risiko bzw. die Wahrscheinlichkeiten von angeborenen Störungen. Wahrscheinlichkeit wird als Konzept in Bezug auf statistische Populationen betrachtet. Sie dient der Vorhersage der Häufigkeit bestimmter Ereignisse in einer Grundgesamtheit. Wahrscheinlichkeiten repräsentieren folglich statistische Regelmässigkeiten in einer umfangreichen Anzahl wiederholter gleichartiger Ereignisse. Um Gesetzmässigkeiten der Wiederholung einer einzelnen Person zuzuordnen, müssen Beratende der Genetik hypothetische Datenmengen sammeln und einordnen. Statistische Aussagen über ein Einzelereignis sind nur dann möglich, wenn dieses als Teil einer statistischen Population betrachtet wird und die zugehörigen mathematischen Eigenschaften auf den Einzelfall zurückbezogen werden können.

Daher müssen sich Schwangere erstmal einer Befragung anhand Klassifikationsmerkmalen unterziehen lassen, die anschliessend mit einem Katalog mit möglichen Auffälligkeiten verglichen wird. Anhand dessen wird ein Merkmalsprofil erstellt. Aufgrund der Eigenschaften erfolgt eine Zuteilung in statistische Populationen. Diesen Populationen werden Risiken zugeschrieben, welche für eine Entscheidungsfindung der Schwangeren relevant sind. Das Resultat ist ein Übergang von Auffälligkeit zu Risiko bzw. von Merkmalsprofil zu Wahrscheinlichkeitsprofil. Anhand dieses Wahrscheinlichkeitsprofils werden die entsprechenden Untersuchungsmöglichkeiten erläutert, welche wiederum mit Wahrscheinlichkeitszahlen verknüpft werden. (vgl. ebd.: 170f)

«Die ‚Auffälligkeit‘ einer diagnostizierten Erbkrankheit in der Verwandtschaft gibt dann Anlass zu einem komplizierten Wahrscheinlichkeitskalkül, bei dem Zeugung zum ‚Chromosomenlotto‘ und das Kinderkriegen zu einem Glücksspiel wird.» (ebd.: 209) Genetik-Berater:innen verwenden statistische Zahlen, die den Eindruck erwecken, sie seien eine akkurate Repräsentation des zu erwartenden Kindes. Die Berater:innen verwenden im Zusammenhang mit statistischen Wahrscheinlichkeiten Begriffe wie Problem, Risiko, Gefährdung oder Unsicherheit. Dadurch werden theoretische Möglichkeiten von Krankheiten und Behinderungen zu realen Aussichten der Mutter*. Die Wahrscheinlichkeitszahlen werden dabei als Massstab dafür präsentiert, wie stark die Frau* bestimmte Ereigniskategorien erwarten muss. «Diese Konkretisierung von Abstrakta führt zu einem Paradox: Wahrscheinlichkeiten, die per definitionem nichts über eine einzelne Person aussagen, werden der Frau als Grundlage einer Entscheidung über ihr Schwanger-Sein angeboten.» (ebd.: 209)

7.2 Informierte Entscheidung

Die Sozialdisziplinierung durch Repression und Bevormundung funktioniert in einer demokratischen Gesellschaft meist nur begrenzt, da sie immer wieder zu Oppositionen führt. Die «Regierung durch Freiheit» erweist sich als viel effektiver. «Menschen werden nicht zur Anpassung genötigt, sondern durch Anreize motiviert, sich freiwillig anzupassen.» (Samerski 2010: 33) Wie bereits im zweiten Kapitel ausgeführt, ist diese Form der Macht vor allem durch Foucault treffend beschrieben worden. Diese Form der Machtausübung ist viel subtiler und tiefgreifender als gewalttätige Herrschaft. Ihr Fokus liegt weniger auf äusseren Einflüssen, sondern vielmehr auf inneren Prozessen. Diese Art der Macht lenkt nicht nur das Handeln, sondern insbesondere das Denken und Wollen. (vgl. ebd.: 33) Anhand erster Eugeniker in den 1920er und 30er Jahren liess sich diese wirksame Umkehrung von Zwang zu Aufklärung und Verantwortung beobachten. Aufklärungsbroschüren, Museen und Ausstellungen sollten die Bevölkerung zu gelenkter Freiwilligkeit bewegen. Prägend für die Zeit waren die grossen Gesundheits- oder Hygieneausstellungen, welche nicht nur die

Verbesserung der eigenen Fitness vorstellten, sondern auch über die anatomische Sicht des Körpers und die Bevölkerungsstatistik aufklärten. Solche Popularisierungsveranstaltungen, welche ein Millionenpublikum anlockten, hatten jedoch nur das Scheinziel einer informierten Meinung. Vielmehr sollten sie die neu gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse und die damit gewonnene Macht in Verwaltung und Politik zu Schau stellen. (vgl. ebd.: 33)

Bald darauf wurde klar, dass die erste Eugenikbewegung durch Rassismus geleitet wurde. Eine Eugenikreform mit dem Ziel einer freiwilligen und aufgeklärten Eugenik ohne Repressionsmassnahmen wurde durch Frederick Osborne Ende der 1930er Jahre erstellt. Sein Leitgedanke war, die Eugenik an die demokratische Gesellschaft anzupassen. «Bürger sollten nicht mehr überwältigt werden, sondern lernen, selbst eugenisch zu denken.» (ebd.: 34) Bereits 1947 wurde der Begriff der «genetischen Beratung» durch Sheldon Reed eingeführt, mit der Hoffnung die Eugenik und damit die Verbesserung des nationalen Genpools in den Schatten zu verdrängen. Sein Ziel war es die Paare zu einer Familienplanung im eigenen Sinne zu motivieren, mit der Aussicht auf eine verbesserte Gesundheit der Familien. Diese Reform der Eugenik in den 1950er und 60er Jahren, wie auch die Umwandlung der Medizin von der Heilkunde, die das Individuum und dessen Leiden untersucht, zu einer Risikomedizin, «die die Gesundheit der ganzen Bevölkerung überwacht (ebd.: 35)», prägte die heutige genetische Beratung. Prävention und Risikofaktoren standen nun im Fokus der Medizin. Diagnose und Therapie wurden abgelöst durch Erfassung und Management von Risiken. Schien ihnen das Risiko einer Behinderung oder Krankheit zu gross, rieten Beratende der Genetik den Paaren von der Eheschliessung oder dem Kinderkriegen ab. Damit konnten sie ihrer Meinung nach gleich zwei Dinge erreichen: einerseits konnten sie dem Paar Unglück ersparen und andererseits konnten sie den eugenischen Nebeneffekt, die Prävention von erbkrankem Nachwuchs, erzielen. (vgl. ebd.: 35) In den 1970er und 80er Jahren etablierte sich schlussendlich das Serviceangebot für Schwangere in Deutschland: Pränatale Untersuchungen wurden häufiger und das Abtreibungsrecht wurde nach der damals genannten «eugenischen Indikation» gelockert, bis der Begriff erst im Jahre 1995 zu «medizinischer Indikation» umbenannt wurde. (vgl. ebd.: 36f) Mittlerweile gehört die Schwangerschaftsvorsorge zum Kinderkriegen dazu. Pränataldiagnostik erklärt alle Schwangeren zu Patient:innen, obwohl ihnen gar nichts fehlt. «Die medizinische Überwachung einer gesunden Bevölkerungsschicht» (ebd.: 37) wurde zur Norm, darin inbegriffen die genetische Beratung, welche durch Aufzeigen des eigenen Erbpakets und der Wahrscheinlichkeitsberechnungen eine informierte Entscheidung für oder gegen Pränataltests, bzw. für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch ermöglichen soll.

7.3 Selbstbestimmte Entscheidung

Die Aufforderung zur selbstbestimmten Entscheidung war vor einigen Jahrzehnten noch nicht vorstellbar. Sie hätte sogar als paternalistische Bevormundung oder als Provokation gelten können, da nur das medizinische Personal die Expertise hatte und einfache Laien doch gar nicht über das benötigte Fachwissen verfügten. Deswegen bestimmten Ärzt:innen selber über das Schicksal von Patient:innen. Diese sowie die Frauen*bewegung, mussten in den 79er Jahren erst dafür kämpfen, über das Vorgehen des Fachpersonals informiert zu werden. Als Konsequenz konnte zum Beispiel durchgesetzt werden, dass der Pille, als erstes Arzneimittel, eine Verpackungsbeilage mit Erklärungen beigelegt wurde. Was bei den Ärzt:innen jedoch erst für Aufruhr sorgte, kam ihnen bald entgegen, da sie nach Vorlegen einer informierten Einwilligung von Patient:innen strafrechtlich geschützt waren. Sie mussten die Folgen gesundheitlicher Schäden nicht mehr selbst tragen, sondern konnten auf der Basis einer informierten Einwilligung, die Verantwortung auf das Individuum schieben. Bald darauf kam die Patient:innenverfügung, die entschied, dass Familien selbst entscheiden, ob lebensverlängernde Massnahmen durchgeführt werden sollen oder nicht. Die informierte Entscheidung zum Schutz vor medizinischen Übergriffen, für die sich die Frauen*bewegung und die Patient:innenverbände eingesetzt hatten, wurde mittlerweile in den Hintergrund gedrängt. Die selbstbestimmte Entscheidung ist zur Pflicht geworden und wer entscheidet, ist selbstbestimmt. «Für jede Lebenslage hält die ‚Entscheidungsgesellschaft‘ Optionen bereit, und der moderne Mensch muss nur noch eines: wählen.» (ebd.: 91f)

Während einer genetischen Beratung werden keine Empfehlungen gemacht. Ratsuchende müssen darauf hingewiesen werden, dass ihnen bloss die entsprechenden Informationen zur Verfügung gestellt werden, auf der Basis sie eine informierte Entscheidung fällen können. Welche Entscheidung dies ist, liegt bei den Ratsuchenden, schliesslich können nur sie ihr genetisches Risiko einschätzen. Als Risikoträger:in soll sich die Schwangere also ihrer Verantwortung bewusst sein, dieses Risiko zu managen. «Im Zeitalter des Riskmanagements gilt Nichtstun als unmündig, ja geradezu fatal. Risikoträger, die ihr Risiko nicht aktiv verwalten, sind entweder beratungsbedürftig oder entscheiden sich bewusst für ihr Unglück.» (ebd.: 99) Würde also im Falle einer Pränataldiagnostik nicht jegliches Risiko untersucht werden und das geborene Kind verfügt über eine Krankheit oder Behinderung, müssen die Frauen* die Schuld bei sich selbst suchen, da «Krankheit {...} kein Schicksalsschlag, sondern Folge und Zeichen ihrer Unfähigkeit – der Unfähigkeit, die richtigen, informierten Entscheidungen zu treffen» (ebd.: 100) wäre. Die Quintessenz lautet also: Schwangere werden nur dann von ihrer Angst einer Schuldzusprechung der

Gesamtbevölkerung befreit, wenn sie jegliches Risiko, das ihnen vorgestellt wird, ausschliessen können. Die mobilisierende Angst der Präventionskampagnen kann also grösser sein als die Erkrankung selbst. (vgl. ebd.: 100) «Je mehr genetische Tests {...} zur Regel werden, umso mehr wächst [auch] der soziale Druck, davon Gebrauch zu machen. (Strachota 2002: 298).»

Schwangere bewegen sich somit in einem Netz von Widersprüchen, aus dem sie einen Ausweg finden müssen.

Was auf den ersten Blick naheliegend und rational erscheinen mag, nämlich das Streben nach Wissen, Prävention und entsprechende Entscheidungsoptionen, entpuppt sich bei genauerem Hinsehen als hochgradig irrational. Die Mobilisierung zum Risikomanagement in eigener Sache verstrickt Klienten in lähmende Widersprüche. Das, was sie sich erhoffen, ist nicht das, was Genetiker ihnen anbieten können. Zwischen ihren Sorgen und Wünschen auf der einen Seite und dem genetischen Fachwissen der Experten auf der anderen Seite liegt eine Kluft. (Samerski 2010.: 101)

All diesem Wissen, den Gedanken und Gefühlen sind Frauen* nach einer eineinhalbstündigen genetischen Beratung ausgesetzt. Nun ist die Zeit gekommen eine lebensverändernde Entscheidung zu treffen. Wie kann also der Widerspruch aufgelöst und Rationales von Emotionalem getrennt werden?

7.4 Die Entscheidungsfälle

Genetik.Berater:innen mahnen die Schwangeren einerseits zu einer persönlichen Entscheidung zu gelangen, ohne dass medizinische und wissenschaftliche Aspekte dabei eine Rolle spielen sollten, andererseits raten sie zu einer statistischen Berechnung, als Entscheidungsstütze. Am Beispiel der Fruchtwasseruntersuchung lässt sich das gut illustrieren. Als Erstes muss eine Risikobilanz vorgenommen werden, welche Risiken gegeneinander abwägt. In diesem Fall die Risiken einer erhöhten Wahrscheinlichkeit eines Kindes mit Chromosomenanomalie, falls kein Test getätigt wird oder gegen die Risiken der Fehlgeburt, falls ein Test getätigt wird. In dieser Abwägung spielt der zuvor geratene persönliche Weg keine Rolle mehr. Denn bei einer Fruchtwasserpunktion werden durchschnittlich vier Chromosomenanomalien auf 200 Schwangere entdeckt, während im Schnitt eine von 200 Fruchtwasserpunktionen zu einer Fehlgeburt führt. Die Genetiker:innen wissen aber nicht bei wem das der Fall ist. Die Schwangere muss sich folglich entscheiden, welches Risiko sie nun bereit ist, einzugehen. Eine Kosten-Nutzen-Abwägung ist also die Empfehlung von Genetik-Beratenden, welche anraten, die Risiken nach der persönlichen

Präferenz zu bewerten und zu bilanzieren. Danach werden die Wahrscheinlichkeiten der Präferenzen einander gegenübergestellt und abgewogen. «Eine solche Kosten-Nutzen-Abwägung ist eine Entscheidungstechnologie, die ihren Ursprung in der Ökonomie hat. Sie dient eigentlich dazu, die Wirtschaftlichkeit von Massnahmen und Interventionen sicherzustellen. Die erwarteten, statistisch berechneten Kosten werden dabei gegen den erwarteten, statistisch berechneten Nutzen ausgerechnet.» (ebd.: 108) Für die Schwangere spielt das ökonomische Gedankenspiel jedoch keine Rolle. Sie interessiert sich nicht für die statistischen Gesamtergebnisse, sondern nur für das eine Kind. In solch einer Situation eine ökonomische Strategie anzuwenden, wirkt gleichermassen absurd wie unsensibel. (vgl. ebd.: 109)

Diese Kosten-Nutzen-Bilanzierung, welche innerhalb der Populationsgruppe der Schwangeren angewendet wird, dient also als Entscheidungsrahmen der Beratungssuchenden. Die Schwangere wird demzufolge in eine Entscheidungstechnologie eingeführt und die Chancen und Risiken gemeinsam mit den eigenen Präferenzen verrechnet. Die Schwangere muss somit eine wirtschaftliche Perspektive auf ihre Schwangerschaft richten und wird «zur Managerin ihres kommenden Kindes» (ebd.: 111)

Im Prozess der Entscheidung wird klar, was diese für ein Gewicht und für einen Preis hat. Nämlich nicht nur allgemeine Risiken abzuwägen und dabei das eigene Selbstvertrauen und die Intuition über Bord zu werfen, sondern sich für oder gegen das eigene Kind zu entscheiden. Als Manager:in dieser Entscheidung muss die Mutter* über etwas bestimmen, dass eigentlich gar nichts mehr mit der herkömmlichen Schwangerschaft und dem Mutter*werden zu tun hat. Das Prinzip der «guten Hoffnung», das bis vor einigen Jahrzehnten noch Symbol der Umbruchphase der Schwangerschaft war, scheint heute ausgedient zu haben. Damals mussten keine Entscheidungen getroffen werden, der Ausgang blieb immer überraschend. (ebd.: 112) Alles, was getan werden konnte, war hoffen und der Schwangerschaft möglichst ohne Ängste entgegenzutreten. Der Begriff «schwanger» war allein Sinnbild für den Ausnahmezustand der Schwangerschaft, welche mit einer aussergewöhnlichen Haltung dem Kind gegenüber in Verbindung gebracht wurde. Samerski nimmt Bezug auf Duden (2000), welche diesen Zustand als somatische Hexis beschreibt. Sie meint damit nicht den Körper, sondern den erlebten Leib – eine Haltung. Durch das Abwägen von Risiken kann die gute Hoffnung nicht mehr erhalten bleiben und muss aufgegeben werden. Die Mutter* ist Manager:in ihrer selbst geworden. Es bleibt keine andere Option als zwischen Risiken zu entscheiden. Falls sie die Logik der genetischen Beratung und des ökonomischen Modells nicht nachvollziehen kann, landet sie in einer Entscheidungsfalle. «Einmal in der Entscheidungsfalle, gibt es nur noch informierte Entscheidungen. Der pränatale

Entscheidungsunterricht verwandelt auch die Ablehnung in eine vorgefertigte und risikoträchtige Option» (Samerski 2010: 114) Selbst die Entscheidung gegen pränatale Untersuchungen ist eine Entscheidung, die getroffen und gerechtfertigt werden muss. «Die Geburt des Kindes ist also zur Option geworden, die die werdende Mutter* wählen muss – und für die sie anschliessend verantwortlich gemacht werden kann.» (ebd.: 114)

8. Fazit

Für die Analyse der Entstehung und Entwicklung der Pränataldiagnostik ist der gesellschaftliche Kontext von zentraler Bedeutung. So kann sie nicht nur als reine medizinische Untersuchung angesehen werden, sondern ist Ausdruck und Konsequenz von Beziehungs- und Machtstrukturen. Das philosophisch-gesellschaftliche Konzept der «Biopolitik» und der «Biomacht» befasst sich mit diesen Strukturen und Normen, die auf eine Optimierung und letztlich eine Regulierung der Bevölkerung abzielen. Im Bereich der Pränataldiagnostik wird die Wechselwirkung zwischen Politik und Biologie ersichtlich. So wird die Erbanlage in der heutigen Gesellschaft nicht länger als zufällig und naturgegeben betrachtet. Vielmehr soll sie entschlüsselt, analysiert und auf Konformität geprüft werden. Zeitgleich entzieht sich die Gesundheitspolitik jeglicher Verantwortung, indem Risiken und Probleme individualisiert werden. Unterstützt durch den technologischen Fortschritt wird vom Individuum ein vollumfängliches Risikomanagement erwartet. Dieser Prozess wird durch die in der Ökonomie verwendete Kosten-Nutzen-Analysen beeinflusst. Der Körper wird so zu einem Kapital, das es zu optimieren gilt. Im Kontext der Pränataldiagnostik wird von der Mutter* eine selbstverantwortliche Entscheidung erwartet, welche jedoch immer von einer gesellschaftlichen Erwartungs- und Werterhaltung geprägt ist.

Bourdieu sieht im «Körperkapital», als Subkategorie des kulturellen Kapitals, selbst ein Mittel, um Macht auszuüben. Als Teil des Habitus ist der Körper und der Umgang damit von der Gruppen- und Klassenzugehörigkeit abhängig, was unweigerlich Ungleichheiten zur Folge hat. Insbesondere in westlichen Gesellschaften sind die Optimierung und Perfektionierung des eigenen Körpers, wie auch von jenem des ungeborenen Kindes, als Kapitalform zu beobachten. Aufbauend auf Bourdieus Analysen entwickelte Shilling das Konzept vom «Physical Capital». Dabei liegt der Fokus auf den sozialen Ungleichheiten, der Klassenzugehörigkeit sowie geschlechtsspezifischen Ungleichheiten. Diesbezüglich lassen sich der naturalistische, poststrukturalistische und dialektische Ansatz unterscheiden. Während der naturalistische Ansatz den Körper weitgehend als naturgegeben ansieht, betrachtet ihn der poststrukturalistische Ansatz teilweise als reine Konstruktion. Da beide Sichtweisen problematisch sind, eignet sich der dialektische Ansatz am besten, um das Zusammenspiel von geschlechtsspezifischen Körpern und der Gesellschaft zu ergründen. Dieser betont die Wichtigkeit von historischen, kulturellen und politischen Faktoren für die Entwicklung geschlechtsspezifischer Körper und berücksichtigt auch die Fähigkeit der Individuen, soziale Normen durch ihre Handlungen zu beeinflussen. Auch Schroeter sieht im Körper eine eigene Form des Kapitals und bezeichnet es als «Korporales Kapital». Es besteht die Möglichkeit, Kapitalformen umzuwandeln, sei dies durch Veräusserung oder Inkorporierung von kulturellen Kapitalien, welche damit zu einem integralen Bestandteil des

Habitus werden. Der Körper wird als Ressource verstanden, in die investiert werden kann, jedoch immer verknüpft an die Erwartungshaltung der Gesellschaft, gewissen Normen zu entsprechen. Bereits ein ungeborenes Kind hat Idealen zu entsprechen, was mittels Pränataldiagnostik sichergestellt werden soll.

Die Pränataldiagnostik wird als Teilbereich der Humangenetik seit Mitte des 20. Jahrhunderts in grossem Umfang bei Schwangeren angewendet. Die technologischen Fortschritte und insbesondere die Entwicklung von nicht-invasiven Untersuchungsmethoden führten dazu, dass die Pränataldiagnostik heutzutage routinemässig in der Schwangerschaftsvorsorge eingesetzt wird. Sie kann als Teil des Prozesses der Medikalisierung angesehen werden, bei dem zuvor nicht als medizinisch relevant betrachtete Phänomene nun medizinisch behandelt werden. Dieser Prozess steht in einem engen Zusammenhang zum Konzept der Biomacht, da die Medizin so zu einem Macht- und Kontrollinstrument wird. Da Frauen* mehr reproduktive Veränderungsphasen durchleben, sind sie auch stärker von der Medikalisierung betroffen. Die Schwangerschaft und die Geburt werden vermehrt nicht mehr als naturgegeben betrachtet, sondern als Risiken, die es zu überwachen und kontrollieren gilt.

Um die Schwangerschaft zu überwachen stehen nicht-invasive und invasive Untersuchungsverfahren zur Verfügung. Zu den wichtigsten nicht-invasiven Methoden gehört der Ultraschall, der Bluttest, das Ersttrimesterscreening und der Triple-Test. Der Vorteil dieser Verfahren liegt darin, dass sie risikofrei sind. Jedoch können sie keine genauen Diagnosen liefern. Sollen nach einem auffälligen Befund präzisere Abklärungen getroffen werden, muss eine invasive Untersuchung durchgeführt werden. Die drei am häufigsten eingesetzten Verfahren sind die Amniozentese, die Chorionzottenbiopsie und die Chordozentese. Ihre Ergebnisse weisen eine hohe diagnostische Sicherheit auf, sind allerdings auch mit teils erheblichen Risiken verbunden. Vielen Müttern ist diese Problematik nicht oder zu wenig bewusst. Oft werden routinemässig nicht-invasive Untersuchungen durchgeführt, ohne die Mutter* über die möglichen Konsequenzen eines auffälligen Befunds hinzuweisen. Liegt der Befund vor, entsteht ein Dilemma für die schwangere Frau*. Erschwerend kommt hinzu, dass es kaum pränatale Therapiemöglichkeiten bei genetischen Krankheiten, Anomalien oder Fehlbildungen gibt. So stellt sich bei einem schweren pathologischen Befund häufig nur die Frage nach der Fortsetzung oder dem Abbruch der Schwangerschaft. Bei wenigen Krankheiten kommt der Pränataldiagnostik jedoch eine präventive Bedeutung zu. So können die daraus gewonnenen Erkenntnisse für die Geburtsvorbereitung und die rasche Behandlung nach der Geburt wichtig sein.

In der Schweiz sind die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Pränataldiagnostik im Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen geregelt. Das Gesetz hat

unter anderem zum Ziel, die missbräuchliche Verwendung der Ergebnisse zu verhindern. Die Kosten gewisser Untersuchungsverfahren werden in der Schweiz von der Krankenkasse übernommen. Teilweise wird die Kostenübernahme jedoch auch an die Einteilung in bestimmte Risikogruppen gekoppelt. Entscheiden sich Schwangere für einen Abbruch der Schwangerschaft, müssen gewisse Voraussetzungen erfüllt sein, damit dieser straflos ist. Denn grundsätzlich ist das Recht des Kindes auf Leben geschützt, unabhängig von dessen Lebensfähigkeit. Straflos bleibt ein Abbruch, wenn er bis zur 12. Schwangerschaftswoche und unter Einreichen einer schriftlich beschriebenen Notlage erfolgt. Nach Ablauf der 12 Wochenfrist gilt die Indikationsregelung. Für die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs ab dem zweiten Trimenon gibt es grundsätzlich vier Methoden. Dazu gehören die medikamentöse Variante, die D&E-Methode, der Kaiserschnitt sowie der Fetozid. Insbesondere Letzterer ist für die Betroffenen wie auch für Fachpersonen sehr belastend.

In diesen schwierigen Entscheidungssituationen können Schwangere genetische Beratungen in Anspruch nehmen. Typischerweise werden als Entscheidungsgrundlage statistische Wahrscheinlichkeiten und wirtschaftliche Modelle beigezogen, um Schwangeren eine informierte und selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen. Dies ist in mehrfacher Hinsicht problematisch. Einerseits können die Auswirkungen eines auffälligen Testergebnis nie exakt vorhergesagt werden und andererseits beziehen sich Wahrscheinlichkeiten stets auf statistische Populationen und nicht auf den konkreten Einzelfall. Pränatale Untersuchungen sind damit immer mit Risikoabwägungen verbunden. Diese ökonomische Betrachtungsweise kann der emotionalen Situation, in der sich Betroffene befinden, nicht gerecht werde. Folglich landen sie in der Entscheidungsfalle.

Um die Pränataldiagnostik und ihre Auswirkungen vollumfänglich zu betrachten, scheinen mir die Erkenntnisse aus allen behandelten Kapiteln zentral. Sie kann nicht losgelöst betrachtet werden, sondern stets im Zusammenspiel der Bereiche Gesellschaft, Gesundheit und Geschlecht. Die Verbindung dieser drei Bereiche ist komplex und vielschichtig, die Folgerungen gilt es mit Vorsicht zu ziehen.

Die beschriebenen theoretischen Analysen bzgl. Machtverhältnisse, Geschlechterrollen und die Wechselwirkung zwischen Biologie und Politik eignen sich, um die Entstehung und Entwicklung der Pränataldiagnostik zu untersuchen. Aufgrund der Machtstrukturen und Wertvorstellungen werden hohe Erwartungen an Schwangere gerichtet. Auferlegte Rollen und Pflichten geben der Frau* vor, perfekt zu sein und sich zu optimieren. Dieser Druck begleitet sie ihr ganzes Leben und führt zu einem Verlust ihrer selbst. Ein ähnlicher Prozess findet während der Schwangerschaft statt, wenn eine Risikoanalyse vorgenommen

wird. Entspricht das ungeborene Kind nicht den gesellschaftlichen Erwartungen, macht dies die Frau* «unperfekt». Es findet eine Entfremdung, nicht nur zu sich selbst, sondern auch zum Kind, statt. Dies, obwohl oder gerade, weil es ein Teil von ihr ist. Das ungeborene Kind kann als Erweiterung des Körperkapitals der Frau* betrachtet werden, da es von ihr erschaffen und ausgetragen wird, sowie eine naturgegebene körperliche Verbundenheit zwischen Mutter* und Kind besteht.

Somit wird auch das Kind instrumentalisiert, eine gewisse körperliche Macht zu haben, welche in Erscheinung und Leistung Ausdruck findet. Das Kind wird so auch zum Statussymbol, das optimiert und perfektioniert werden muss. Missglückt dieses Vorhaben, scheitert auch die Mutter* als Produzent:in des Kindes und folglich auch als Frau*. Eine gesellschaftliche Entwertung ist die Folge.

Die Pränataldiagnostik ist ein Instrument, um das Gelingen des Vorhabens sicherzustellen. Unsicherheiten sollen ausgeräumt, Risiken schon früh beseitigt werden. Die Pränataldiagnostik ermöglicht es, die Bevölkerung im Sinne der Biopolitik zu regulieren, indem nur noch Kinder geboren werden, welche die gewünschten Voraussetzungen erfüllen. Den Schwangeren wird die Pränataldiagnostik als Mittel zur Aufklärung verkauft, das ihnen Sicherheit bringen kann. Oft ist jedoch gerade das Gegenteil der Fall, wenn sich zuvor unbelastete Mütter* einer Untersuchung unterziehen. Liegt ein auffälliger Befund vor, kann diese Information nicht ignoriert werden, die Schwangerschaft ist fortan belastet und die Untersuchung kann nicht mehr rückgängig gemacht werden. Es besteht der Druck, zusätzliche Abklärungen vorzunehmen. Wird ein Auffälligkeit bestätigt, steht die Frau* vor einer schier unmöglichen Entscheidung. Egal, wie sie sich entscheidet, wird sie mit Kritik konfrontiert und muss sich rechtfertigen. Die Frau* hat damit nur eine scheinbare Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit. Die Optionen sind begrenzt, der soziale Druck hoch.

«Welchen Einfluss nimmt die Pränataldiagnostik auf die Schwangerschaft in Bezug auf Selbstbestimmung und Entscheidungsfindung unter Rücksichtnahme gesellschaftlicher Entwicklungen?»

Die Antwort auf meine einleitend ausgeführte Fragestellung bedarf es demzufolge vieler Ausführungen, um sie schlussendlich einheitlich zu beantworten: Die Pränataldiagnostik nimmt grossen Einfluss auf die Schwangerschaft in Bezug auf Selbstbestimmung und Entscheidungsfindung unter Rücksichtnahme gesellschaftlicher Entwicklungen. Der Einfluss ist naturgemäss gegeben, da die Notwendigkeit einer Entscheidung erst durch die Pränataldiagnostik entsteht. Es gilt jedoch auch zu beachten, dass die Pränataldiagnostik zur

heutigen Schwangerschaft dazugehört. Umso wichtiger ist der richtige Umgang damit, um sich den Widersprüchen entziehen zu können und die bestehenden Vorteile zu nutzen.

Die bearbeitende Thematik hat mich zu weiterführenden Fragestellungen geführt, welche im Rahmen dieser Arbeit nicht vertieft thematisiert werden können. Wie muss eine Schwangerschaftsbegleitung verändert werden, um dem Aufklärungsprozess über mögliche Auswirkungen von Pränataldiagnostik gerecht zu werden? Wie kann mit den Widersprüchen zwischen Vor- und Nachteilen der Pränataldiagnostik umgegangen werden? Wie wird sich die Wahrnehmung des Körpers vor dem Hintergrund der zunehmenden Leistungsgesellschaft entwickeln? Welcher Platz nimmt Behinderung in dieser auf Produktivität ausgerichteten Gesellschaft ein? Führt die Zunahme von Pränataldiagnostik und dessen Fokus auf «gesunden» Normvorstellungen zu noch mehr Diskriminierung von Individuen, die dieser nicht entsprechen? Was bedeutet überhaupt Lebensqualität und wer bestimmt darüber? Ist das Leben nur lebenswert, wenn wir auch marktkonforme Leistungen erbringen können?

9. LITERATURVERZEICHNIS

- Achtelik, K. (2015). Selbstbestimmte Norm. Feminismus, Pränataldiagnostik, Abtreibung Berlin: Verbrecher.
- Arzt, W. Pränataldiagnostik. Was? Wie? Wozu? – Informationen zu Untersuchungen während der Schwangerschaft. Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin/Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe/Österreichische Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin/Beratungsstelle schwanger.li. (Hrsg). Eingesehen am 05.01.2024 https://schwanger.li/wp-content/uploads/2023/08/Pranataldiagnostik-Was-Wie-Wozu_VLBG.pdf
- Beck, U. (1986). Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Brauer, S./Strub, J./Bleisch, B./Bolliger, C./Büchler, A./Filges, I. et al. (2016): Wissen können, dürfen, wollen? Genetische Untersuchungen während der Schwangerschaft. Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung, TA-SWISS 63. Zürich: vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich.
- Bourdieu, P. (1982): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt/M: Suhrkamp Verlag.
- Bourdieu, P. (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel, Reinhard (Hrsg.): Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt/Sonderband 2, Göttingen: Verlag Otto Schwartz.
- Bourdieu, P. (1987): Die feinen Unterschiede. Kritik einer gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt/M: Suhrkamp Verlag.
- Bühl, A. (2009). Auf dem Weg zur biomächtigen Gesellschaft? (Hrsg.) Chancen und Risiken der Gentechnik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.
- Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) vom 15. Juni 2018 (Stand 1. Dezember 2022). Artikel 17. Eingesehen am 05.01.2024. <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2022/537/de>
- Charité Universitätsmedizin Berlin. Klinik für Geburtsmedizin/Klinik für Neonatologie (2015). Betreuung und Begleitung von neugeborenen mit unheilbaren Erkrankungen. Informationen zur Palliativversorgung von Neugeborenen am Perinatalzentrum der Charité. Eingesehen am 05.01.2024 https://geburtsmedizin.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc17/Perinatalmedizin/geburtsmedizin/PDF/Betreuung_und_Begleitung.pdf
- Degener, T./Köbsell, S. (1992). Hauptsache es ist gesund? Weibliche Selbstbestimmung unter humangenetischer Kontrolle. Hamburg: Konkret Literatur Verlag.
- Foucault, M. (1975). Überwachen und Strafen. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1976.
- Foucault, M. (1975/76). In Verteidigung der Gesellschaft. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1999.
- Foucault, M. (1976). Der Wille zum Wissen. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1977.

- Gugutzer, R. (2010). Soziologie des Körpers. Bielefeld: transcript Verlag.
- Hübner, C. (2014). Pränataldiagnostik. In: medgen 26(4) 2014. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. S. 372–373
- Jütte, Robert (1997). Geschichte der deutschen Ärzteschaft: Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert. Rückblick auf die eigene Vergangenheit. Ärztliches Vereinswesen in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts Deutsches Ärzteblatt 1997; 94(21): A-1416 / B-1202 / C-1130. Eingesehen am 05.01.2024. <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=6446>.
- Kolip, P. (2000). Frauenleben in Ärztehand. In: Kolip, Petra (Hrsg.): Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Weinheim: Juventa Verlag.
- Kolleck, A., Sauter A. (2019). Aktueller Stand und Entwicklungen der Pränataldiagnostik. Endbericht zum Monitoring. Arbeitsbericht Nr. 184. Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim deutschen Bundestag. Bad Honnef: Wienands Print + Medien GmbH. ISSN-Print: 2364-2599
- Kreft, D./Mielenz, I. (2005). Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik (Hrsg.). Weinheim: Juventa Verlag. 5. Auflage.
- Kröner, H. (1997). Von der Eugenik zum genetischen Screening: Zur Geschichte der Humangenetik in Deutschland. In: Petermann, F. et. al (Hrsg.). Perspektiven der Humangenetik. Medizinische, psychologische und ethische Aspekte. Paderborn: Schöningh.
- Kröner, H. (2007). Humangenetik. In: Gerabek, W./Haage, B./Keil, G./Wegner, W.(Hrsg.). Enzyklopädie Medizingeschichte. Berlin/New York: De Gruyter.
- Lanzerath, D. (2021). Medikalisierung. In: Fuchs, M. (eds). Handbuch Alter und Altern: Anthropologie – Kultur – Ethik. Stuttgart: J.B. Metzler.
- Lemke, T. (2004). Veranlagung und Verantwortung: Genetische Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Schicksal. Bielefeld: transcript Verlag.
- Lemke, T. (2008). Gouvernementalität und Biopolitik. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH.
- Merkel, R. (2023). Wrongful birth – wrongful life: Die menschliche Existenz als Schaden. In: Philosophische Sphären des Rechts. Rechtsethische Aufsätze zu Krieg und Frieden, Freiheit und Schuld, Leben und Tod. Paderborn: Brill Mentis.
- Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin NEK. (2018). Zur Praxis des Abbruchs im späteren Verlauf der Schwangerschaft – Ethische Erwägungen und Empfehlungen- Stellungnahme Nr. 30/2018. Bern.
- Ozlberger S. (2009). Pränatale Diagnostik – Bedeutung und Folgen für die pädagogische Beziehung zwischen Mutter und Kind. Masterarbeit an der Karl-Franzens-Universität Graz. Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft. Eingesehen am 05.01.2024. <https://uni-pub.uni-graz.at/obvugrhs/download/pdf/245557?originalFilename=true>

- Parlament. (2016). Interpellation: Schwangerschaftsabbruch. Sind die Mitglieder von Pro Life richtig informiert?. Eingesehen am 05.01.2024. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20163834>
- Samerski, S. (2002). Die verrechnete Hoffnung. Von der selbstbestimmten Entscheidung durch genetische Beratung. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot.
- Samerski, S. (2010). Die Entscheidungsfalle. Wie genetische Aufklärung die Gesellschaft entmündigt. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft WBG.
- Samerski, S. (2014). Das Wunder des Neubeginns und die Entscheidungszwänge der Pränataldiagnostik. Magazin impulse, Nr. 85, 4. Quartal Dez. 2014. S. 9.
- ISSN 1438-6666. Eingesehen am 05.01.2024. <https://www.gesundheit-nds-hb.de/fileadmin/Publikationen/Impulse/impulse-nr85-web.pdf>
- Sarasin, P./Thomä, D. (2008). Biopolitik. In: Gosepath, S./Hinsch, W./Rössler, B. Handbuch der politischen Philosophie und Sozialphilosophie. Berlin: de Gruyter.
- Schroeter, K. R. (2009). Korporales Kapital und korporale Performanzen in der Lebensphase Alter. In: Willhelms, H. (Hrsg.): Theatralisierung der Gesellschaft. Soziologische Theorie und Zeitdiagnose. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 163-182
- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG. Eingesehen am 05.01.2024. <https://www.sggg.ch>
- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG (2017). Informationsblatt für Schwangere. Vorgeburtliche Untersuchungen des Kindes (Pränataldiagnostik). Eingesehen am 05.01.2024. [https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Formulardaten/Vorgeburtliche Untersuchungen des Kindes Praenataldiagnostik .pdf](https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Formulardaten/Vorgeburtliche_Untersuchungen_des_Kindes_Praenataldiagnostik_.pdf)
- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG (2022). Guideline: Empfehlungen zum späten Schwangerschaftsabbruch nach der 12. Woche. Eingesehen am 05.01.2024. [https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3 Fachinformationen/2 Guidelines/De/30-12-2022Guideline Empfehlung spa ter SSabbruch in der Schweiz.pdf](https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidelines/De/30-12-2022Guideline_Empfehlung_spa ter SSabbruch_in_der_Schweiz.pdf)
- Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (Stand am 22. November 2022). Artikel 118 und 119.
- Schwingel, M. (1995). Pierre Bourdieu zur Einführung. Hamburg: Junius Verlag.
- Shilling, C. (1991). Educating the Body: Physical Capital and the Production of Social Inequalities. In: Sociology, November 1991, Vol. 25, No. 4., 653-672. Published by: Sage Publications, Ltd.
- Steinhardt, K./Strachota, A. (2008). Das Erleben von Begegnung und Differenz in prä- und postnatalen Entwicklungsprozessen – Grundsätzliche Überlegungen. In: Biewer, G./Luciak, M./Schwinge, M. (Hrsg.): Begegnungen und Differenz: Menschen - Länder - Kulturen. Beiträge zur Heil- und Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 233-239.
- Strachota, A. (2002). Heilpädagogik und Medizin. Eine Beziehungsgeschichte. Wien: Literas-Universitätsverlag Ges.m.b.H. Wien

- Vinante, V./Keller, B./Huhn, E./Huang, D./Lapaire, O./Manegold-Brauer, G. (2018): Impact of nationwide health insurance coverage for non-invasive prenatal testing. In: International Journal of Gynaecology and Obstetrics. 141(2):189-193.
- Wiedebusch, S. (1997). Die Entscheidung über die Inanspruchnahme pränataler Diagnostik. In: Petermann, F./Wiedebusch, S./Quante, M. (Hrsg.): Perspektiven der Humangenetik: medizinische, psychologische und ethische Aspekte. Paderborn: Verlag Ferdinand Schönigh.
- Willenbring, M. (1999). Pränatale Diagnostik und die Angst vor einem behinderten Kind: ein psychosozialer Konflikt von Frauen aus systemischer Sicht. Heidelberg: Asanger.