

Welche Kinder kriegen?

Subjektivierungs- und praxisanalytische Perspektiven auf Kinderkriegen, Gefühle und Pränataldiagnostik

Eva Sänger

Beitrag zur Ad-Hoc-Gruppe »Kinderkriegen zwischen polarisierten Diskursen, pluralisierten Praktiken und segmentierter Forschung. Eine sozialtheoretische Spurensuche«

Für das Kinderkriegen bzw. Elternwerden spielt die Auseinandersetzung mit Pränataldiagnostik eine große Rolle. Pränataldiagnostik ist ein zentraler Bestandteil ärztlicher Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, welche von über 90 % aller schwangeren Personen genutzt werden. Die medizinische Schwangerenvorsorge ist auf die präventive Beobachtung und Kontrolle von Körpern gerichtet. Sie hat die Aufgabe, Entwicklungsauffälligkeiten des Ungeborenen und Gesundheitsbeeinträchtigungen der Schwangeren so früh wie möglich zu erkennen. Die regelmäßig stattfindenden Vorsorgen umfassen drei Ultraschalluntersuchungen, wobei die Mehrzahl der Schwangeren wesentlich mehr Ultraschalluntersuchungen erhält. Im Kontext dieser Vorsorgen werden Schwangeren zudem weitere gendiagnostische Testverfahren angeboten. Hierzu gehören Screeningverfahren, mit denen das statistische Risiko für das Vorliegen einer chromosomalen Besonderheit wie beispielsweise Trisomie 21 (auch Down-Syndrom genannt)¹ bestimmt werden kann, ebenso wie humangenetische Untersuchungen wie die Fruchtwasseruntersuchung oder der nicht-invasive Pränataltest, bei dem fötale DNA aus der Blutprobe einer schwangeren Person gewonnen wird (für einen Überblick vgl. BzGA 2020). Alle diese Technologien haben das Ziel, genetische Normabweichungen oder Besonderheiten des embryofötalen Organismus festzustellen (Stüwe 2021). In den seltensten Fällen ist eine pränatale Therapie möglich, insbesondere wenn chromosomale Besonderheiten festgestellt werden. Viele mit Pränataldiagnostik zusammenhängenden Fragen gelten als individuelle Verantwortung schwangerer Personen bzw. werdender Eltern – im Raum steht nicht nur die Frage, ob gendiagnostische Verfahren überhaupt durchgeführt werden sollen, sondern ob bei einem auffälligen Befund (z.B. Down-Syndrom) die – eigentlich erwünschte – Schwangerschaft nach § 218a Abs. 2 StGB abgebrochen werden soll (Baldus 2018). Eine Mehrheit der Schwangeren entscheidet sich in solch einem Fall für eine Abtreibung (Stüwe 2021, S. 307).²

Die Kulturanthropologin Rayna Rapp argumentiert in ihrer einflussreichen Studie zur Nutzung von gendiagnostischen Fruchtwasseruntersuchungen in den USA, dass in jeder Begegnung mit pränataler

¹ Bei der Trisomie 21 liegen die Chromosomen 21 dreifach und nicht doppelt vor. Menschen mit Down-Syndrom weisen leichte bis mittelschwere geistige und körperliche Beeinträchtigungen auf. Sie erreichen einer Kohortenstudie aus Schweden zufolge ein durchschnittliches Alter von 63,5 Jahren (Ng et al. 2017).

² Einer Modellierung von Gert de Graaf et al. zufolge wurden in Europa in den Jahren 2011 bis 2015 im Jahr durchschnittlich 8.031 Säuglinge mit Down-Syndrom geboren. Ohne Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataldiagnostik wären dieser Modellierung zufolge 17.331 Säuglinge mit dieser genetischen Besonderheit geboren worden (Graaf et al. 2021, S. 404).

Diagnostik spezifisches Behinderungswissen – „disability consciousness“ (Rapp 2000, S. 310) – artikuliert wird. Damit sind die Wissensbestände, die Gefühle und Phantasien gemeint, die mit Behinderung als einer Lebensweise verbunden wird. Ich bezeichne das als „lebensweltliches Behinderungswissen“.

Vertreter*innen der Disability Studies kritisieren, dass Pränataldiagnostik ein medizinisches, defizit-orientiertes Bild von Behinderung zugrunde liegt (Achtelik 2019, 2022; Degener 1992; Köbsell 1992; Parens und Asch 1999; Waldschmidt 2003). Vor dem Hintergrund körperlicher Normvorstellungen gelten körperliche und genetische Besonderheiten als Risiko und als etwas zu Vermeidendes, das mit Leid und Schmerz assoziiert wird. Pränataldiagnostik hat eine ableistische Ausrichtung, insofern pränataldiagnostische Verfahren auf die Unterscheidung zwischen normalen und abweichenden Körpern abzielen. Ableismus, ein Ausdruck, der den Terminus „Behindertenfeindlichkeit“ teilweise abgelöst hat (Köbsell 2015), ist als ein gesellschaftliches Über- und Unterordnungsverhältnis zu verstehen, bei dem Menschen im Hinblick auf körperliche Normalitätserwartungen naturalisiert und vor dem Hintergrund moderner Differenzkonzeptionen (wie z.B. gesund/krank, autonom/abhängig, stark/schwach, menschlich/nicht-menschlich) in hierarchischer Anordnung positioniert werden (Campbell 2009).

Für das Feld der medizinischen Schwangerenvorsorge und Pränataldiagnostik haben soziologische, geschlechtertheoretische und sozialpsychologische Studien aufgezeigt, dass die medizinische Schwangerenvorsorge aufgrund ihrer Risikoorientierung Gefühle von Angst und Beunruhigung evoziert (Baumgärtner und Stahl 2005; Duden 2007; Harpel 2008; Pieper 1998). Auch der Erhalt einer „positiven“ Diagnose nach Pränataldiagnostik geht mit Gefühlen von Schock, Überwältigtsein und Angst einher (Baldus 2006; Friedrich et al. 1998; Wehling 2021).

Die ableistische Dimension der ärztlichen Schwangerenvorsorge und Pränataldiagnostik liegt in der spezifischen Ausrichtung von Gefühlen.³ Angst und Sorge beziehen sich auf die Vorstellung des Elternseins eines Kindes mit Beeinträchtigung⁴, welches den gesundheitsbezogenen Normvorstellungen und Leistungsansprüchen nicht entspricht, ein Leben lang abhängig sein wird und dessen Leben von Leid gekennzeichnet sein wird.

In meinen Beitrag gehe ich auf der Basis einer ethnografischen Studie⁵ zum pränatalen Elternwerden im Kontext medizinischer Schwangerschaftsvorsorgen der Frage nach, welche Bedeutung die affektive Ebene der ärztlichen Schwangerenvorsorge und Pränataldiagnostik für elterliche Subjektivierungsprozesse hat. Ich argumentiere, dass die ableistische Ausrichtung der Praxis der medizinischen Schwangerenvorsorge und Pränataldiagnostik nicht nur darin besteht, dass die Suche nach Auffälligkeiten prinzipiell an einem Normkörper orientiert ist, und dass Angst und Beunruhigung darauf gerichtet sind, dass etwas „nicht in Ordnung“ ist, womit das Elternwerden eines Kindes mit Beeinträchtigung als defizitär vorgestellt wird. Stattdessen tragen insbesondere die *positiv* auf das Elternwerden gerichteten Gefühle zur ableistischen Ausrichtung der ärztlichen Schwangerenvorsorge und Pränataldiagnostik bei. Ableismus manifestiert sich auf der affektiven Ebene der Schwangerschaftsvorsorgen vor allem dadurch, dass

³ Affektive Ordnungen sind zentral für die Aufrechterhaltung ableistischer Praktiken und Institutionen. Devva Kasnitz zeigt, wie Scham als „tool of ableism“ (Kasnitz 2020, S. 19) fungiert, insofern in Alltagsbegegnungen zwischen Menschen mit und ohne (sichtbarer) Beeinträchtigung ein als abweichend wahrgenommener Körper bzw. abweichend wahrgenommenes körperliches Verhalten Scham beim Gegenüber auslöst. Darüber hinaus wird die Aufgabe der Linderung dieser Scham der Person mit Beeinträchtigung zugewiesen.

⁴ Ich gebrauche im Folgenden den Ausdruck „Kind mit Beeinträchtigung“ oder „Person mit Beeinträchtigung“. Dieser Ausdruck basiert auf der im englischsprachigen Raum verbreiteten Unterscheidung zwischen „impairment“ (Beeinträchtigung) und „disability“ (Behinderung). „Beeinträchtigung“ bezieht sich auf körperliche Alterität. Zu einer „Behinderung“ werden körperliche Merkmale vor allem durch soziomaterielle Praktiken der Benachteiligung und Ausgrenzung. Wenngleich diese Bezeichnungspraxis wiederum eine Differenz zwischen einer als „natürlich“ aufgefassten biophysischen Ebene und einer auf die gesellschaftliche Dimension von Behinderung bezogenen Ebene hervorbringt, heißt das nicht, dass die Dimension der „Beeinträchtigung“ jenseits von Wissenspraxen zu verorten ist (Schneider und Waldschmidt 2012, S. 140–143).

⁵ Es handelt sich um das DFG-Projekt „Enacting Pregnancy. Ultraschallbilder in der Pränatalen Diagnostik“, Laufzeit 2010–2014, GZ: SA 2068/1-1.

nur spezifische Situationen des pränatalen Elternwerdens im Kontext von ärztlicher Schwangerenvorsorge mit freudigen Gefühlen verbunden sind sowie dadurch, dass freudige und positive Gefühle und Emotionen vergemeinschaftend wirken.

Mein Beitrag ist wie folgt aufgebaut: Ich stelle erstens kurz die praxis- und machtanalytische Perspektive auf Subjektivierung und Affektivität von Praktiken meiner ethnografischen Studie vor. Im zweiten Teil zeige ich exemplarisch auf der Basis eines Beobachtungsprotokolls einer Ultraschalluntersuchung auf, wann und wie bei der Darstellung freudiger Gefühle lebensweltliches Behinderungswissen thematisiert bzw. dethematisiert wird und welche Gefühle und Emotionen vergemeinschaftend wirken. Im Fazit fasse ich die zentralen Argumente zusammen.

Praxis- und subjektivierungsanalytische Zugänge

Bei der Studie *Elternwerden zwischen Babyfernsehen und medizinischer Überwachung* handelt es sich um eine methodenplurale Studie, in der ich 60 ärztliche Schwangerschaftsvorsorge- bzw. Ultraschalluntersuchungen teilnehmend beobachtet und 32 Interviews mit cis-geschlechtlichen Schwangeren und fünf niedergelassenen Ärzt*innen geführt habe (Sänger 2020, S. 65–84).

Was den theoretischen Zugang anbelangt, habe ich praxistheoretische Perspektiven mit macht- und subjektivierungsanalytischen Ansätzen verknüpft (Butler 2001; Reckwitz 2003; Schatzki 1996, S. 47–64). Praxeologisch begreife ich Schwangerschaftsvorsorge- und Ultraschalluntersuchungen als materiale, d.h. artefakt- und körperbasierte Bündel von Tätigkeiten im Vollzug. Visualität fasse ich praxeologisch ebenfalls als etwas auf, was Regula Valerie Burri zufolge *praktisch* hergestellt wird (Burri 2008), d.h. ich habe Praktiken der Sichtbarmachung rekonstruiert und bin nicht davon ausgegangen, dass Ultraschalluntersuchungen etwas „abbilden“. Subjektivierung fasse ich in Anlehnung an Louis Althusser als eine Form materialer ideologischer Praxis. Althusser meint damit, dass Individuen in konkreten Praktiken als *Subjekte*, z.B. als Mutter, Bürger*in, Schüler*in oder Patient*in adressiert werden und sich als solche wiedererkennen (Althusser 2010, 75–94). Die Anrufung vollzieht sich nicht nur diskursiv, sondern ist auch durch räumliche Settings geprägt oder geschieht im Zuge des Gebrauchs von Artefakten, die zu einer spezifischen Praktik gehören (Sänger 2020, S. 47–64).

Subjektivierungsprozesse finden in und vermittelt durch Praktiken statt und diese haben eine affektive Dimension. Praxen weisen immer eine „affektuelle Gestimmtheit“ (Reckwitz 2016, S. 170) oder, in den Worten Schatzkis eine „teleoaffective structure“ (Schatzki 1996, S. 89) auf. Aus praxisanalytischer Sicht haben nicht Menschen Emotionen und Affekte, sondern verteilte Praktiken haben eine affektive Dimension (Wetherell 2012). Diese ist gleichwohl spürbar als körperliche Lust-Unlust-Erregung, die auf etwas, wie Objekte, Vorstellungen oder Dinge gerichtet ist. Die queerfeministische Kulturtheoretikerin Sara Ahmed hebt hervor, dass das soziale Band zwischen Menschen vornehmlich auf Affekten beruht und vor allem in der emotionalen Ausrichtung auf Objekte, denen ein Glücksversprechen zugeschrieben wird, Zusammengehörigkeit erlebt wird (Ahmed 2008).

Happy objects und die Dethematisierung von lebensweltlichem Behinderungswissen

Bei den von mir beobachteten Ultraschall- und Vorsorgeuntersuchungen zeigte sich, dass Schwangere – im Horizont der risikoorientierten Suche nach Auffälligkeiten – als Patientinnen und Mütter adressiert werden, die die Pflicht haben, für sich und ihren Körper und damit auch für den fötalen Körper Sorge

zu tragen und Gefahren aller Art abzuwenden, was ein gehöriges Maß an iatrogenen Angst und Verantwortungslast mit sich bringt (Sänger 2020, S. 301–324). In diese risikoorientierten Routineuntersuchungen sind Episoden eingelagert, die höchst heiter gerahmt sind und mit einer freudigen Anrufung von Schwangeren als Mutter einhergehen. Der Ultraschalluntersuchung kommt hierbei eine herausragende Rolle zu, da die Praxis der Sichtbarmachung eines embryofötalen Organismus Gefühlsäußerungen der Beteiligten hervorruft.

Bei Ultraschalluntersuchungen wird eine Sonde über den Bauch der schwangeren Person geführt oder vaginal eingeführt und mittels Ultraschallwellen durch Schnittbildtechnik eine Darstellung in Graustufen auf einem Monitor in Echtzeit erzeugt. Da grau-schwarze Ultraschalldarstellungen nicht „für sich“ sprechen, machen Ärzt*innen die Darstellung zu einem Abbild, in dem sie grafische Hilfsmittel anwenden und Körperteile erklären. Das möchte ich anhand einer Szene aus einem Beobachtungsprotokoll veranschaulichen:

Die Schwangere, Frau⁶ Diemel⁷ liegt auf der Untersuchungsfläche. Sie befindet sich ca. drei Wochen vor ihrem Entbindungstermin. An der Wand gegenüber hängt ein Monitor, auf den sie im Liegen blicken kann. Die Ärztin führt die Ultraschallsonde über Frau Diemels Bauch und schaut auf ihren eigenen Bildschirm. Den Bildschirm der Ärztin kann Frau Diemel ebenfalls sehen.

Die Ärztin zeigt mit ihrem ausgestreckten Arm und Zeigefinger auf eine Stelle auf dem Bildschirm und sagt leise: „Also Köpfchen ist hier“. Dann hält sie fest: „Alles normal“. [...]. Sie informiert Frau Diemel, dass sie nach der Plazenta schaue. Mit der Sonde drückend und dadurch eine Stelle auf Frau Diemels Bauch markierend, sagt sie: „Die fängt erst hier an“. Dann zeigt sie erneut auf den Bildschirm und weist darauf hin, dass man jetzt die Füße sehen könne und erklärt, wo sich die Umrisse der Füße auf dem Monitor befinden. Auf einmal lacht sie auf und ruft aus: „Was ist das denn?“ Ich kann auf dem Bildschirm mehrere kleine runde Formen erkennen, die sich bewegen. Auch Frau Diemel lacht über das, was sie auf dem Bildschirm sieht. Die Ärztin bemerkt: „Da ist ein Händchen“. Frau Diemel gibt ein beeindrucktes „oi oih oih joih joih“ von sich. Die Ärztin sagt lachend an den Bildschirm gerichtet: „Was machst Du denn?“ und Frau Diemel bemerkt, dass ihr Kind „so quirlig“ sei, das habe sie zuvor auch noch nicht gehabt. Dann fragt sie schelmisch: „Aber er hat nur zwei, ja?“. Die Ärztin lacht laut auf. Frau Diemel fährt fort: „Nicht, dass er da oben noch irgendwo eins hat.“ (Beob_B8_Diemel)

Diese Episode enthält Zeigeszenen. Diese sind typisch für nahezu alle Ultraschalluntersuchungen. Die Ärztin deutet mit dem Zeigefinger auf den Monitor. Sie benennt Gliedmaßen und Körperteile und macht so einen kindlichen Körper auf dem Bildschirm sichtbar. Birgit Heimerl hat diesen Vorgang der Sichtbarmachung für die Klinik herausgearbeitet und bezeichnet ihn als pränatales „Body-Building“ (Heimerl 2013, S. 166). Bei den niedergelassenen Ärzt*innen ist das pränatale Body-Building jedoch nicht nur eine rein ärztliche Angelegenheit. Schwangere, aber auch begleitende Partner (es handelte sich um heterosexuelle Paare) und Geschwisterkinder werden ebenfalls dazu eingeladen, sich an den Zeigetätigkeiten und Interaktionen zu beteiligen und tun dies auch, wie ich an anderer Stelle ausgeführt habe (Sänger 2020, S. 235–299).

⁶ Bei der Niederschrift der Beobachtungsprotokolle habe ich die im Feld der medizinischen Schwangerenvorsorge vorherrschenden heteronormativen Anreden übernommen. Ärzt*innen firmieren als „Frau Dr. Muster“ oder „Herr Dr. Muster“. Patient*innen und ihre Begleiter*innen – es handelte sich ausschließlich um heterosexuelle Paare – werden mit „Frau Muster“ oder „Herr Muster“ angesprochen. Im Beobachtungsprotokoll gibt Text in Anführungszeichen („“) die wörtliche Rede wieder.

⁷ Für alle Personen wurde versucht, herkunftstypische Pseudonyme zu verwenden. Zum Teil habe ich bei den ethnografischen Beschreibungen Details verändert. Zum Feldzugang und zu den Beziehungen im Feld vgl. Sänger 2020, S. 65–84.

Wie wir in dieser Episode aber auch sehen, und das ist ebenfalls charakteristisch, wird die Schwangere vermittelt über den ungeborenen Körper als Mutter adressiert. In einer Als-Ob-Interaktion mit dem Monitor redet die Ärztin die Erscheinung auf dem Monitor als besonders lebhaftes Kind an. Damit einher geht eine Adressierung der Schwangeren als beeindruckte Mutter. Die rhetorische Frage der Ärztin an den Bildschirm – „Was machst Du denn?“ – fordert auch die Schwangere implizit auf, sich mit Bezug auf die Figur des Kindes zu äußern. Indem Frau Diemel sich angesichts der Bewegungen auf dem Monitor beeindruckt zeigt und die Figur des quirligen Kindes explizit aufruft, präsentiert sie sich selbst als achtsame Mutter. Die Materialisierung einer Gefühlsnorm besteht hier darin, dass die Schwangere zugewandt und interessiert am Kind adressiert wird und sich selbst so darstellt, wobei die Norm der sich am Kind erfreuenden Mutter zitiert wird. Die scherzende Kommunikation am Ende der Szene greift das Thema der körperlichen Normabweichung auf, auf das die Institution der medizinischen Vorsorge letztlich gerichtet ist. Die Materialisierung der Norm, dass Mütter immer erfreut über die Gegenwart und den Anblick ihres Kindes sind, ist in dieser Situation konstitutiv auf die medizinische Klassifikation von Körpern als normal oder abweichend bezogen. In der Eingangssequenz des Beobachtungsprotokolls sehen wir, dass die Sichtbarmachung einer Körpergestalt mit ihrer Normalisierung einhergeht („alles normal“). Der Witz über eine mögliche körperliche Normabweichung fungiert als sozialer Kitt zwischen Ärzt*in und Schwangerer und dethematisiert zugleich das Thema Behinderung und Elternwerden eines Kindes mit Beeinträchtigung.

Vergnügliche und vergemeinschaftende Episoden diese Art, die sich auch unter Einbezug von Partnern und Geschwisterkindern abspielen, sind ein zentraler Bestandteil der Ultraschalluntersuchungen, die ich beobachtet habe. Sie beruhen auf der flexiblen Normalisierung des fötalen Körpers und zeichnen sich durch die Demonstration von freudigen Gefühlen und durch Gelächter und Scherzkommunikation aus – gerade bei den Als-Ob-Interaktionen, in die auch Kleinkinder involviert sind. Die geteilte Ausrichtung auf den sichtbargemachten fötalen Körper als etwas Glückversprechendes, als ein „happy object“ (Ahmed 2008, S. 11) im Sinne Ahmeds, beinhaltet ein vergnügliches Subjektivierungsangebot – fällt allerdings mit der Disartikulation lebensweltlichen Behinderungswissens zusammen. Diese Dethematisierung ist zunächst nicht weiter überraschend, geht es doch hier offensichtlich erst einmal „nur“ um eine vorsorgliche medizinische Untersuchung einer schwangeren Person, die von der gemeinschaftlichen Haltung getragen ist, dass dies zur „Sicherheit“ geschieht und auf der Hoffnung beruht, dass „alles in Ordnung“ ist. Lebensweltliches Behinderungswissen wird in den alltäglichen Abläufen der medizinischen Schwangerschaftsvorsorge und Ultraschalluntersuchungen so gut wie gar nicht artikuliert.

Über diese Routineabläufe hinaus werden allerdings auch in den Situationen, in denen es konkret um die Entscheidung für oder gegen weiterführende pränataldiagnostische Untersuchungen geht, lebensweltliches Behinderungswissen und damit einhergehende Gefühle nicht thematisiert. Schwangere werden zwar als Personen adressiert, die selbstbestimmt etwas entscheiden sollen – durchaus in Orientierung an dem medizinethischen Leitbild der Nondirektivität. In den Routineabläufen der Vorsorgeuntersuchungen bleibt jedoch in medizinischer und lebensweltlicher Hinsicht vage, um was es überhaupt geht, wenn die Frage der Durchführung einer pränataldiagnostischen Untersuchung angesprochen wird, welche Konsequenzen solche Untersuchungen haben können und was dies möglicherweise für das Elternwerden bedeutet. Es fallen Ausdrücke wie „Chromosomenveränderung“, „Auffälliges“, „Verdächtiges“ oder „wenn irgendwie was rauskommt“.

Diese Vagheit ist auf den ersten Blick erstaunlich, da sich das Wissen über ein erhöhtes Risiko oder genetische Besonderheiten ja nicht zurücknehmen lässt. Zudem widerspricht diese Vagheit dem medizinethischen Leitbild des „informierten Einverständnisses“. Die Vagheit stellt allerdings einen für alle Beteiligten praktischen Konsens dar, da Schwangere sich dem Nachdenken über beunruhigende Handlungsdilemmata entziehen können und Ärzt*innen Professionalität demonstrieren, indem sie zumindest das Ansinnen einer Entscheidung an Patient*innen gerichtet haben. Zudem sichern sich Ärzt*innen

hierdurch gegen mögliche Haftungsrisiken ab. Das Vorhandensein eines kollektiven Konsenses, unbestimmt zu lassen, worum es bei pränatalen Diagnose- und Screeningverfahren geht (d.h. lebensweltliches Behinderungswissen auszuklammern) und gleichzeitig schwangere Personen als Entscheiderinnen zu adressieren, stellt einen Weg (für Ärzt*innen, schwangere Personen und ihre Begleitpersonen) dar, sich nicht mit den problematischen und aufwühlenden Aspekten der Entscheidungszumutung auseinanderzusetzen. Dass Entscheidungen gar nicht isoliert getroffen, sondern kollektiv vollzogen und oftmals implizit bleiben und als Teil der Routineabläufe von Seiten von Schwangeren wahrgenommen werden, zeigen auch ethnografische Studien in Dänemark und England (Schwennesen und Koch 2012; Schwennesen et al. 2008; Thomas 2017).

Bei den Schwangerschaftsvorsorgen wird lebensweltliches Behinderungswissen nur in einer Situation explizit thematisiert, nämlich nach der Mitteilung über den Befund eines erhöhten Risikos für eine schwerwiegende körperliche Beeinträchtigung des Fötus, Trisomie 13 und 18.⁸ Bei dem ausführlichen Gespräch mit der Ärztin über den Befund eines erhöhten Risikos nach einem Ersttrimesterscreening erklärt die Schwangere sehr gefasst, dass sie bereits die Entscheidung getroffen habe, im Falle einer gendiagnostischen Bestätigung eines Vorliegens einer Trisomie 13 oder 18 durch eine Fruchtwasseruntersuchung eine Abtreibung vorzunehmen. Sie begründet dies mit dem antizipierten Leid des Kindes sowie der Belastung der Geschwisterkinder. Lebensweltliches Behinderungswissen ist also explizit Thema des Gesprächs, wobei Behinderung mit Leid und Belastung assoziiert wird. Es existiert jedoch kein affektiver Raum für die Artikulation von damit zusammenhängenden Gefühlen. Die Thematisierung dessen, was das „auffällige“ Risiko emotional für die Schwangere bedeutet und welche Gefühle zum Mutterwerden oder Nicht-Mutterwerden eines Kindes mit Beeinträchtigung vorhanden sind, wird auf ein anschließendes Gespräch mit der Ethnografin verlagert, bei dem die Schwangere anfängt, zu weinen (Sänger 2020, S. 342–357).

Die mit dem Vorliegen eines erhöhten Risikos für eine schwerwiegende körperliche Beeinträchtigung des Fötus einhergehenden Gefühle zum Elternwerden werden aus dem Raum der ärztlichen Vorsorge ausgelagert und individualisieren die Schwangere. Diese Auslagerung der Gefühle entspricht der institutionellen Logik der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Gynäkolog*innen, Pränatalmediziner*innen, psychosozialen Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und Behindertenverbänden. Eine psychosoziale Beratung, in der die Gefühle zum Elternwerden geäußert und reflektiert werden können, ist erst nach einem auffälligen Befund vorgesehen ebenso wie der Austausch mit Eltern von Kindern mit Beeinträchtigung, der über deren familiäre Lebensweise aufklären würde (Cremer 2017; Stüwe 2022; Woopen und Rummer 2010).

Fazit

Ich habe mit Blick auf die situierte Praxis von Vorsorge- und Ultraschalluntersuchungen gezeigt, dass lebensweltliches Behinderungswissen bei den Subjektivierungsprozessen, in denen schwangere Personen als Mütter adressiert werden, keine Rolle spielt. Freudige Anrufungen zur Mutter- bzw. Elternschaft im Kontext des pränatalen Body Building findet ausschließlich auf Basis der flexiblen Normalisierung des embryofötalen Körpers statt.

Der Ultraschallraum stellt eine „Dichteregion“ (Knorr-Cetina 2008, S. 68) für Emotionen und Gefühle dar. Knorr-Cetina bezeichnet so lokale Settings, in denen stabilisierte Ordnungsmuster amalgamieren

⁸ Bei der Trisomie 18 (Edwards-Syndrom) und bei der Trisomie 13 (Patau-Syndrom) liegen die Chromosomen 18 bzw. 13 dreifach und nicht doppelt vor. Die Mehrzahl der Kinder mit Trisomie 13 und 18 stirbt in den ersten Lebenstagen oder im ersten Lebensjahr. In einer Kohortenstudie aus Kanada wurde gezeigt, dass ca. 10 % der Kinder mit Trisomie 13 oder 18 den zehnten Geburtstag erreichen (Nelson et al. 2016).

oder aufeinanderprallen. Im Ultraschallraum vermischen sich Geschlechter- bzw. Mutterschaftsskripte („Freude über das Kind empfinden“) sowie medizinisch geprägte defizitorientierte Vorstellungen über Behinderung und das Eltern- bzw. Mutterwerden eines Kindes mit Beeinträchtigung. Die ärztlichen Schwangerschaftsvorsorgen stellen einen kollektiven Raum für freudige Gefühle des Elternwerdens bereit, jedoch keinen kollektiven Raum, in dem Ambivalenzen, Phantasien und mehr als ausschließlich angstbesetzte Gefühle gegenüber dem Elternwerden eines Kindes mit Beeinträchtigung geäußert werden können.

Über die erwähnte Kritik der Disability Studies hinaus, dass Behinderung nur negativ als Risiko und Defizit gefasst ist, manifestiert sich die ableistische Ausrichtung der Schwangerschaftsvorsorgen darin, dass die freudige Anrufung zur Mutterschaft bzw. Elternschaft als etwas *Glückversprechendes* mit der Dethematisierung von lebensweltlichem Behinderungswissen einhergeht. Die ableistische Orientierung zeigt sich im Fehlen von Gelegenheiten, bei denen alle Arten Gefühle und Phantasien mit Bezug auf Behinderung als einer Lebensweise geäußert werden können und bei denen auch freudige und hoffnungsvolle Äußerungen gegenüber dem Elternwerden eines Kindes mit Beeinträchtigung gleichermaßen spontan zur Sprache kommen. Indem Subjektivierungsprozesse, die auf die vergnügliche Identifizierung mit einer Elternposition abzielen, ausschließlich auf das Elternwerden eines gesunden Kindes gerichtet sind, werden Möglichkeitshorizonte für das Elternwerden eines Kindes mit Beeinträchtigung affektiv verengt.

Nicht nur die fehlende Thematisierung von lebensweltlichem Behinderungswissen in den Routineuntersuchungen der Schwangerenvorsorge, sondern auch die Individuierung der Schwangeren durch die Ausblendung von Gefühlen zum Elternwerden eines Kindes mit Beeinträchtigung aus dem kollektiven Raum der Vorsorge- und Ultraschalluntersuchungen erhöhen mutmaßlich die sozialen Kosten und Anstrengungen, das Elternwerden eines Kindes mit Beeinträchtigung geschehen zu lassen und die Schwangerschaft nach einem auffälligen Befund nicht abzubrechen. Marion Baldus hat in ihrer Studie zu den Entscheidungsprozessen für die Weiterführung einer Schwangerschaft nach dem Befund einer Trisomie 21 darauf hingewiesen, wie aufwendig und arbeitsintensiv nach der Diagnosemitteilung die Transformation von einem „Defizit- in einen Ressourcenkontext“ (Baldus 2006, S. 303) für Schwangere ist. Sehr wichtig für diesen Wandel von einem Defizit- zu einem Ressourcenkontext ist das Vorhandensein partnerschaftlicher, freundschaftlicher und familialer Netzwerke.

Für die praxis- und subjektivierungsanalytische Erforschung einer Praxis des Kinderkriegens als einem hoch selektiven Vorgang ist es zentral, den Blick auf die Ebene der Affekte von Subjektivierungspraktiken zu richten. Die Diskrepanz zwischen einer kollektivierenden, freudigen Anrufung zur Elternschaft eines Kindes, bei dem vorgeburtlich „alles in Ordnung“ zu sein scheint, und einer Gefühle dethematisierenden und individuierenden Anrufung wird nicht explizit ausgesprochen oder vertreten, sondern ist ein Praxiseffekt. Sie wirkt durch die Affekte und Emotionen, die jeweils im Spiel sind, weitgehend nachhaltiger und ist der gesellschaftlichen Debatte entzogen. Dennoch werden hierdurch implizit Vorstellungen über das gute Leben reproduziert. Die affektive Dimension der Vorsorge- bzw. Ultraschalluntersuchungen, die mit der Praxis der Pränataldiagnostik eng verschränkt ist, trägt so in den Worten von Rosemary Garland Thomson eher zu einem „eugenic world building“ (Garland-Thomson 2017, S. 52) denn zu einem „inclusive world building“ (Garland-Thomson 2017, S. 52) bei.

Kinderkriegen und Elternwerden sind nicht nur mit Blick auf das Feld der Pränataldiagnostik eng aufeinander verwiesen. Ich plädiere daher dafür, das Augenmerk einer machtanalytischen Sozialtheorie des Kinderkriegens angesichts der momentan vorherrschenden gesellschaftlichen Fokussierung auf das „eigene“ und „gesunde“ Kind stärker darauf zu richten, welche Elternschaften verhindert oder verunmöglicht werden, gerade angesichts des kommerziellen Vorantreibens neuer präkonzeptioneller Präventionsregime (Wehling et al. 2018), nichtinvasiver pränataler Diagnoseverfahren (Baldus 2018;

Könninger und Braun 2022) und sozialer Verwerfungen angesichts von Klimakrise, Inflation und Energieengpass.

Literatur

- Achtelik, Kirsten. 2019. Leidvermutung. Pränataldiagnostik und das Bild von Behinderung. *Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ)* 69:31–36.
- Achtelik, Kirsten. 2022. Emanzipative Selbstbestimmung. Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik im Spannungsfeld zwischen Individualismus und Gesellschaftskritik. In *Politiken der Reproduktion. Umkämpfte Forschungsperspektiven und Praxisfelder*, Hrsg. Marie Fröhlich, Ronja Schütz und Katharina Wolf, 101–112. Bielefeld: transcript Verlag.
- Ahmed, Sara. 2008. Sociable happiness. *Emotion, Space and Society* 1:10–13.
- Althusser, Louis. 2010. *Ideologie und ideologische Staatsapparate*. Hamburg: VSA Verlag.
- Baldus, Marion. 2006. *Von der Diagnose zur Entscheidung. Eine Analyse von Entscheidungsprozessen für das Austragen der Schwangerschaft nach der pränatalen Diagnose Down-Syndrom*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Baldus, Marion. 2018. Verantwortete Elternschaft? Dilemmata des Elternwerdens im Kontext pränataler Diagnostik. *Psychosozial* 41:8–16.
- Baumgärtner, Barbara, und Katja Stahl. 2005. *Einfach schwanger? Wie erleben Frauen die Risikoorientierung in der ärztlichen Schwangerenvorsorge?* Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Burri, Regula Valérie. 2008. Bilder als soziale Praxis: Grundlegungen einer Soziologie des Visuellen. *Zeitschrift für Soziologie* 37:342–358.
- Butler, Judith. 2001. „Das Gewissen macht Subjekte aus uns allen“. Subjektivation nach Althusser. In *Psyche der Macht. Das Subjekt der Unterwerfung*. Hrsg. Judith Butler, 101–123. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- BzGA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 2020. Pränataldiagnostik. Beratung, Methoden und Hilfen – ein Überblick. 09.02.2023, <https://www.bzga.de/infomaterialien/familienplanung/familienplanung/pranataldiagnostik-1/pranataldiagnostikberatung-methoden-und-hilfen/> (Zugegriffen: 14. Februar 2023).
- Campbell, Fiona Kumari. 2009. *Contours of ableism: the production of disability and abledness*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Cremer, Marit. 2017. Berufübergreifende Kooperationen bei Pränataldiagnostik: (Unerwartete) Ergebnisse eines Modellprojekts. In *Pränatale Diagnostik. Beratungspraxis aus medizinischer, psychosozialer und ethischer Sicht*, Hrsg. Marit Cremer et al., 13–50. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Degener, Theresia, 1992. Weibliche Selbstbestimmung zwischen feministischem Anspruch und „Alltagseugenik“. In *„Hauptsache, es ist gesund“? Weibliche Selbstbestimmung unter humangenetischer Kontrolle*, Hrsg. Theresia Degener und Swantje Köbsell, 67–93. Hamburg: Konkret-Literatur-Verlag.
- Duden, Barbara. 2007. *Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben. Mit einem Vorwort zur Neuauflage*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Friedrich, Hannes, Karl-Heinz Henze und Susanne Stemmann-Acheampong. 1998. *Eine unmögliche Entscheidung. Pränataldiagnostik: Ihre psychosozialen Voraussetzungen und Folgen*. Berlin: VWB-Verlag.
- Garland-Thomson, Rosemarie. 2017. Building a World with Disability. In *Culture – Theory – Disability*, Hrsg. Anne Waldschmidt, Hanjo Berressem und Moritz Ingwersen, 51–62. Bielefeld: transcript Verlag.
- Graaf, Gert De, Frank Buckley und Brian G. Skotko. 2021. Estimation of the number of People with Down Syndrome in Europe. *European Journal of Human Genetics* 29:402–410.
- Harpel, Tommy S. 2008. Fear of the unknown: ultrasound and anxiety about fetal health. *health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 12:295–312.
- Heimerl, Birgit. 2013. *Die Ultraschallsprechstunde. Eine Ethnographie pränataldiagnostischer Situationen*. Bielefeld: transcript Verlag.

- Kasnitz, Devva, 2020. The Politics of Disability Performativity. *Current Anthropology* 61:16–25.
- Knorr-Cetina, Karin. 2008. Theoretischer Konstruktivismus. Über die Einnistung von Wissensstrukturen in soziale Strukturen. In *Theoretische Empirie. Zur Relevanz qualitativer Forschung*, Hrsg. Herbert Kalthoff, Stefan Hirschauer und Gesa Lindemann, 35–78. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Köbsell, Swantje. 1992. Humangenetik und pränatale Diagnostik: Instrumente der „Neuen Eugenik“. In *„Hauptsache, es ist gesund“? Weibliche Selbstbestimmung unter humangenetischer Kontrolle*, Hrsg. Theresia Degener und Swantje Köbsell, 11–66. Hamburg: Konkret Literatur Verlag.
- Köbsell, Swantje. 2015. Ableism. Neue Qualität oder ‚alter Wein‘ in neuen Schläuchen? In *Dominanzkultur reloaded: Neue Texte zu gesellschaftlichen Machtverhältnissen und ihren Wechselwirkungen*, Hrsg. Swantje Köbsell, Iman Attia und Nivedita Prasad, 21–35. Bielefeld: transcript Verlag.
- Könninger, Sabine, und Kathrin Braun. 2022. NIPT in Germany. Moral Concerns and Consumer Choice. In *Genetic Responsibility in Germany and Israel. Practices of Prenatal Diagnosis*, Hrsg. Christina Schües, 137–157. Bielefeld: transcript Verlag.
- Nelson, Katherine E. et. al., 2016. Survival and Surgical Interventions for Children With Trisomy 13 and 18. *JAMA* 4:420–428.
- Ng, Nawi, Eva Flygare Wallén und Gerd Ahlström. 2017. Mortality Patterns and Risk among Older Men and Women with Intellectual Disability: a Swedish National Retrospective Cohort Study. *BMC Geriatrics* 17:1–13.
- Parens, Erik, und Adrienne Asch. 1999. The Disability Rights Critique of Prenatal Genetic Testing. Reflections and Recommendations. *The Hastings Center Report* 29:1–22.
- Pieper, Marianne. 1998. Unter ‚anderen Umständen‘ – werdende Elternschaft im Zeichen neuer Verfahren der Pränataldiagnostik. In *Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik*, Hrsg. Arbeitskreis, *Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health*, 236–247. Bern: Verlag Hans Huber.
- Rapp, Rayna. 2000. *Testing Women, Testing the Fetus. The Social Impact of Amniocentesis in America*. New York: Routledge.
- Reckwitz, Andreas. 2003. Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken. *Zeitschrift für Soziologie* 32:282–301.
- Reckwitz, Andreas. 2016. Praktiken und ihre Affekte. In *Praxistheorie. Ein soziologisches Forschungsprogramm*, Hrsg. Hilmar Schäfer, 163–180. Bielefeld: transcript Verlag.
- Sänger, Eva. 2020. *Elternwerden zwischen „Babyfernsehen“ und medizinischer Überwachung. Eine Ethnografie pränataler Ultraschalluntersuchungen*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Schatzki, Theodore. 1996. *Social Practices. A Wittgensteinian Approach to Human Activity and the Social*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schneider, Werner, und Anne Waldschmidt. 2012. Disability Studies. (Nicht)Behinderung anders denken. In *Kultur. Von den Cultural Studies bis zu den Visual Studies. Eine Einführung*, Hrsg. Stefan Moebius, 128–150. Bielefeld: transcript Verlag.
- Schwennesen, Nete, und Lene Koch. 2012. Representing and intervening: ‚doing‘ good care in first trimester prenatal knowledge production and decision-making. *Sociology of Health & Illness* 34:283–298.
- Schwennesen, Nete, Mette Nordahl Svendsen und Lene Koch. 2008. Beyond informed choice: Prenatal risk assessment, decision-making and trust. *Nordic Journal of Applied Ethics* 2:11–31.
- Stüwe, Taleo. 2021. Pränataldiagnostik. In *Handbuch Feministische Perspektiven auf Elternschaft*, Hrsg. Lisa Yashodhara Haller und Alicia Schlender, 297–311. Königstein im Taunus: Barbara Budrich Verlag.
- Stüwe, Taleo. 2022. „‚Alles gut‘ gibt es nicht!“ Die ärztliche Rolle in Entscheidungsprozessen zu Pränataldiagnostik. In *Politiken der Reproduktion. Umkämpfte Forschungsperspektiven und Praxisfelder*, Hrsg. Marie Fröhlich, Ronja Schütz und Katharina Wolf, 229–242. Bielefeld: transcript Verlag.
- Thomas, Gareth M. 2017. *Down’s Syndrome Screening and Reproductive Politics: Care, Choice, and Disability in the Prenatal Clinic*. London: Routledge.

- Waldschmidt, Anne. 2003. Normierung oder Normalisierung: Behinderte Frauen, der Wille zum ‚Normkind‘ und die Debatte um die Pränataldiagnostik. In *Verkörperte Technik – Entkörperte Frau. Biopolitik und Geschlecht*, Hrsg. Sigrid Graumann und Ingrid Schneider, 95–109. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Wehling, Anika. 2021. *Männer im Schwangerschaftskonflikt. Erfahrungen nach einem beunruhigenden pränatalen Befund*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Wehling, Peter, Shirin Moghaddari und Susanne Schultz. 2018. Genetisches Screening vor der Schwangerschaft – die Herausbildung eines neuartigen reproduktiven Präventionsregimes? *Leviathan* 46:255–279.
- Wetherell, Margaret. 2012. *Affect and Emotion. A New Social Science Understanding*. London: SAGE Publications.
- Woopen, Christiane, und Anne Rummer. 2010. Pränatale Diagnostik und Schwangerschaftsabbruch. Kooperation zwischen Ärzten, Beratungsstellen und Verbänden. *Deutsches Ärzteblatt* 3:A68–A70.