

# TRAJEKTE

Eine Reihe des Zentrums für  
Literatur- und Kulturforschung Berlin

Herausgegeben von

Sigrid Weigel und Karlheinz Barck †

Daniel Weidner · Stefan Willer · Hrsg.

# Prophetie und Prognostik

Verfügungen über Zukunft  
in Wissenschaften, Religionen  
und Künsten

Wilhelm Fink

Die dieser Publikation zugrunde liegende Tagung und die Drucklegung dieses Bandes wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 01UG0712 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei den Herausgebern.

Umschlagabbildung:

Johann Heinrich Füssli: Therasias erscheint dem Ulysseus während der Opferung, 1785-85, Graphische Sammlung der Albertina Wien, <http://www.zeno.org/Kunstwerke/B/Füssli,+Johann+Heinrich%3A+Therasias+erscheint+dem+Ulysseus>

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Dies betrifft auch die Vervielfältigung und Übertragung einzelner Textabschnitte, Zeichnungen oder Bilder durch alle Verfahren wie Speicherung und Übertragung auf Papier, Transparente, Filme, Bänder, Platten und andere Medien, soweit es nicht §§ 53 und 54 UrhG ausdrücklich gestattet.

© 2013 Wilhelm Fink Verlag, München  
(Wilhelm Fink GmbH & Co. Verlags-KG, Jühenplatz 1, D-33098 Paderborn)

Internet: [www.fink.de](http://www.fink.de)

Einbandgestaltung: Evelyn Ziegler, München  
Printed in Germany.

Herstellung: Ferdinand Schöningh GmbH & Co. KG, Paderborn

ISBN 978-3-7705-5359-4

BIRGIT GRIESECKE

## Then you know Sprachspiele der Pränataldiagnostik

### I

Nicht die Pränataldiagnostik (PND) ist es, die in letzter Zeit die Gemüter bewegt hat, sondern die Präimplantationsdiagnostik (PID). Gerade aufgrund dieser Aktualität erscheint es mir wichtig, zunächst den Punkt zu markieren, an dem die beiden Verfahren argumentativ zusammenhängen.

Die Präimplantationsdiagnostik, so wie sie in Verhandlung stand, bis am 7. Juli 2011 der Bundestag einem übergreifenden Gesetzesentwurf zugestimmt hat, der sie im Grundsatz verbietet, jedoch in engen Grenzen zulässt,<sup>1</sup> bietet Paaren mit einer Veranlagung zu schweren Erbkrankheiten die Möglichkeit, an ihrem durch in-vitro-Fertilisation erzeugten Embryo in einem sehr frühen Stadium der Zellteilung bestimmte molekulargenetische Untersuchungen durchführen zu lassen. Im Falle eines Auffindens spezifischer schwerwiegender Veränderungen des Genoms wird dieser Embryo nicht in die Gebärmutter eingepflanzt, auch nicht mehr mit Nährlösung versorgt und stirbt.

In Deutschland galt dieses Verfahren mit Blick auf das Embryonenschutzgesetz von 1990 als verboten – bis sich im Januar 2006 ein Berliner Arzt, der in drei Fällen erblich vorbelasteter Paare nur Embryonen zur Einpflanzung auswählte, an denen keine Genveränderungen zu erkennen waren, selbst anzeigte. Nach Freispruch und Revision hatte bereits am 6. Juli 2010 der 5. Strafsenat des Bundesgerichtshofs entschieden, dass Gentests an künstlich erzeugten Embryonen nicht strafbar sind. Ein wichtiger Punkt in der Urteilsbegründung war, dass ein Verbot der PID im Widerspruch stehe zur in der Pränataldiagnostik gängigen Praxis der Fruchtwasserentnahme, die, nach dem Check auf genetisch bedingte Krankheiten und einem positiven Befund, die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch nach sich ziehen könne. Im Wortlaut heißt es dort: „Vor allem ist zu besorgen, dass sich die Schwangere im Verlauf nach einer ärztlicherseits angezeigten und mit denselben Diagnosemethoden durchgeführten Pränataldiagnostik [...] für einen Schwangerschaftsabbruch entscheidet. Die PID ist geeignet, solch schwerwiegende Gefahren zu vermindern“.<sup>2</sup> Ein Satz, über den man lange nachdenken kann, vor allem darüber, worauf genau sich eigentlich das Wort von den „schwerwiegenden Gefahren“ bezieht.

---

1 <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/054/1705451.pdf> (letzter Zugriff: 30.11.2011).

2 Bundesgerichtshof: *Mitteilung der Pressestelle* Nr. 137/2010; [www.asbh.de/downloads/bundesgerichtshof-pm-pid-6-7-10.pdf](http://www.asbh.de/downloads/bundesgerichtshof-pm-pid-6-7-10.pdf) (letzter Zugriff: 30.11.2011).

## II

Auch nach einer eng beschränkten Zulassung der PID gehen hierzulande offenbar weder Reproduktionsmediziner noch Juristen davon aus, dass es einen massenhaften Andrang geben könnte, vielmehr rechnet man angesichts des in jeder Hinsicht hochaufwendigen Verfahrens mit „wenigen hundert Fällen im Jahr“.<sup>3</sup> Dahingegen ist die Pränataldiagnostik bereits seit langem eine flächendeckende medizinische Alltäglichkeit, und zwar gemeinhin, ohne dass sie zum Zeitpunkt ihres Angebots und ihres Einsatzes im ersten Drittel der Schwangerschaft als eine in irgendeiner Weise mit „schwerwiegenden Gefahren“ verknüpfte wahrgenommen oder weithin als solche diskutiert würde.

Die sonographische Untersuchung, der Ultraschall, wird in Deutschland seit 1979 routinemäßig eingesetzt, und zwar, wie eine Studie der Medizinanthropologin Susan Erikson belegt,<sup>4</sup> weitaus häufiger als in anderen Ländern. Über die drei, schon im Mutterpass vorgesehenen Untersuchungen hinaus wird er tatsächlich in Deutschland durchschnittlich siebenmal in der Schwangerschaft eingesetzt. Die Beschallungen geben Auskunft über den Entwicklungsstand der Gliedmaßen und inneren Organe und, meist im zweiten Drittel der Schwangerschaft, auch über das Geschlecht des erwarteten Kindes. Über 70% aller Schwangeren nutzen diese Untersuchung, nach einer Erhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus den Jahren 2003 und 2004, der auch die folgenden Zahlen entnommen sind.<sup>5</sup> Wenn es ärztlicherseits angezeigt oder aber von der Frau gewünscht wird, können sich andere Tests anschließen: in einer technisch gut ausgestatteten gynäkologischen Praxis kann die Nackenfaltendichte gemessen werden; dies ist die sogenannte Nackentransparenzmessung, die zwischen der 12. und der 14. Schwangerschaftswoche stattfindet und Hinweise auf Chromosomenabweichungen zu geben vermag – sie wird bei 40% aller Schwangeren durchgeführt. In Kombination damit kann in der 11.–13. Schwangerschaftswoche, das sogenannte Ersttrimester-Screening angesetzt werden: Hier werden durch Blutentnahme spezifische Hormon- und Eiweißwerte bestimmt; zusammen mit anderen Parametern, vor allem dem Alter der Mutter, errechnen Computerprogramme statistische Wahrscheinlichkeiten für Chromosomenabweichungen – 30 % der Schwangeren greifen dar-

---

3 Ebd.

4 Susan L. Erikson: „Ultraschall und Kulturen des Risikos.“, in: *Pränataldiagnostik heute (GID)*. Genetischer Informationsdienst 188 (Juni 2008), S. 11–13. Vgl. Eva Säger: „Einfach mal schauen, was gerade los ist“. Biosoziale Familiarisierung in der Schwangerschaft“, in: Katharina Liebsch/Ulrike Manz (Hg.): *Leben mit den Lebenswissenschaften. Wie wird biomedizinisches Wissen in Alltagspraxis übersetzt?* (Verkörperungen, Bd. 7) Bielefeld: transcript 2010, S. 43–61.

5 Datensatz BZgA „Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik, 2006 (<http://www.skf-zentrale.de/SchwangerschaftserlebenBZgA.pdf>). Vgl. dazu Ilona Renner/Ruth Großmaß: „Alle reden von Beratung, aber keine geht hin ...“, in: *„Da stimmt doch was nicht...“*. Logik, Praxis und Folgen vorgeburtlicher Diagnostik. 29. Februar–01. März 2008. Deutsches-Hygiene-Museum Dresden. Kongressdokumentation, Dresden: Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte 2008, S. 58–64.

auf zurück. Ein Bluttest mit Blick auf Hormon- und Eiweißwerte ist auch der sogenannte Triple-Test in der 16.–18. Schwangerschaftswoche, der von knapp 35% der Schwangeren genutzt wird. Ein Doppler-Ultraschall, der mit der zehnfachen Energie des normalen Ultraschalls ausgestattet ist, wird nach der 20. Schwangerschaftswoche angeboten. Er kann Auskunft geben über die Versorgung des Kindes mit Sauerstoff und Nährstoffen durch die Nabelschnur und den Zustand anderer wichtiger Blutgefäße. Dies sind, im Wesentlichen, die Stationen der nicht-invasiven Verfahren der PND. Unter den invasiven Verfahren ist die Fruchtwasserentnahme zwischen der 16. und der 18. Schwangerschaftswoche, die am häufigsten in Anspruch genommene – 11,5% der Schwangeren nutzen dieses Amniozentese genannte Verfahren: Mit einer Hohlnadel wird durch die Bauchdecke Fruchtwasser entnommen, das auf Chromosomenabweichungen und gezielt auch, per DNA-Analyse, auf andere genetisch bedingte Veranlagungen hin untersucht werden kann. Es kann, in etwa 2% der Fälle, durch den Eingriff zu Fehlgeburten kommen.<sup>6</sup> 85% der Frauen lassen mindestens eine pränataldiagnostische Maßnahme durchführen, 15% der Frauen verzichten ganz auf Pränataldiagnostik.

Angesichts einer standardmäßigen Koppelung ärztlicher Schwangerenbetreuung mit den Verfahren der Pränataldiagnostik und eines klinisch und gesellschaftlich machtvollen Vorsorgediskurses liegt es gar nicht mehr unmittelbar auf der Hand, dass diese schon seit gut 30 Jahren angewandten, zudem technisch und medizinisch ständig verfeinerten Verfahren bzw. die Daten, die sie hervorbringen, in Bild und Zahl, prekär sind: Prekär, was ihre prognostische Kraft angeht; prekär, in der Weise, wie sie mit ökonomischen Interessen und Erwägungen verbunden sind, prekär, was die Transparenz von Entscheidungswegen betrifft und prekär, was Genese und Überantwortung von Entscheidungen angeht. Fast ließe sich sagen, dass die zunehmend leichte Verfügbarkeit und Handhabung des medizinischen Diagnoseinstrumentariums – technisch avanciert, risikoärmer, kostengünstiger – die existenzielle Tragweite der an die Ergebnisse dieser Erhebungen gekoppelten Entscheidungen immer mehr verdecken. Ein Umstand, der auch dadurch nicht einfacher wird, dass immer mehr Personen ins Spiel kommen: Die Ärzte und Ärztinnen, die in den ersten Untersuchungen eine Abweichung feststellen und dann die Frauen an Spezialisten der Pränataldiagnostik überweisen, welche wiederum mit Spezialisten der Molekulargenetik im Labor zusammenarbeiten, sind nicht die, die Daten aus Feinultraschall oder Amniozentese verantworten; und beide, niedergelassener Gynäkologe und Pränataldiagnostiker, sind in der Regel keineswegs die, die die Aufgabe der Beratung geschockter Paare übernehmen können und auch nicht die, die nach einem positiven Befund den – in 9 von 10 Fällen folgenden – Schwangerschaftsabbruch in der gynäkologischen Abteilung einer Klinik vornehmen werden.

Im Rahmen dieses Beitrages möchte ich nun den Fokus auf eine spezifische Frage einstellen: Die Frage nach Wissen und Gewissheit, so wie sie in der Kommu-

---

<sup>6</sup> Vgl. die Übersicht in *GID* (Anm. 4), S. 10.

nikation zwischen den Akteuren der Pränataldiagnostik und den werdenden Eltern eine Rolle spielt. Damit wäre auch schon der Untertitel meines Beitrages präzisiert. *Sprachspiele der Pränataldiagnostik*. Der Obertitel *Then you know* ist eine Reminiscenz an ein Gespräch vor einigen Jahren mit kalifornischen Freunden, Eltern zweier Kinder. Sie erinnerten sich daran, dass man ihnen gleich zu Beginn der ersten Schwangerschaft, ohne einen konkreten medizinischen Anlass, zur Absolvierung des pränataldiagnostischen Programms riet. Auf ihre damals ganz unbedarft, offen und durchaus ernsthaft gestellte Frage, warum sie dies denn tun sollten, antwortete der ihnen gegenüber sitzende Arzt: „*Then you know*“. *Dann wißt ihr's. Dann weiß man's*. Drei Worte, die Platz lassen für die kleine Ambivalenz von ‚ihr‘ und ‚man‘; drei Worte, die nicht schwer ins Deutsche zu übersetzen sind; man braucht allerdings ein Wort mehr, oder doch mindestens einen Buchstaben und ein Häkchen – ein zusammengeschrumpftes ‚es‘, das sich unauffällig in die Leerstelle des originalen Satzes schiebt, sich allerdings, wenn man anfängt, auch nur ein bisschen darüber nachzudenken, in sein epistemisches Zentrum verwandelt: Was ist es denn, das *dann gewußt* wird? *Then you know* – ein Satz, der einem auch im Deutschen vertraut und typisch vorkommt und sofort ähnliche aufruft: *Dann wissen wir es – wenigstens. Dann ist – endlich – die Ungewissheit vorbei. Ich will – einfach- Gewissheit*. Sätze des Wissens, in denen eine Menge ungewiss ist.

*Then you know*: Ich erinnere mich genau an die Situation des Gesprächs, in dem dieser Satz zitiert wurde. Die drei Worte hingen in der Luft, vier Menschen, zwei Elternpaare, teilten das Gefühl, dass hier eine Problemlage verdichtet ist, die einerseits eine ganz grundsätzliche Erfahrung in schlichte Worte gefasst hat, eine typische Aussage, wenn Diagnostik, wenn Pränataldiagnostik auf den Plan tritt. Bezeichnenderweise lässt sie sich Ärzten wie Eltern in den Mund legen und sie scheint, insofern er ein nahezu unabweisbares Bedürfnis nach Sicherheit artikuliert, den Wunsch, ohne Beängstigung guter Hoffnung sein zu können oder eben sich nicht falschen Hoffnungen hinzugeben, von schlagender Richtigkeit zu sein: eine in Adverb, Subjekt, Prädikat gepresste Evidenz. Andererseits tauchte im Rücken dieser Evidenz sofort das Gefühl auf, dass einiges daran eben doch falsch ist. Ironisches Lächeln, lapidare Handbewegungen verliehen diesem Gefühl Ausdruck, aber so schnell ließ es sich in lockerer Runde dann doch nicht auf den Punkt bringen. Während also damals das Gespräch über diese Zäsur hinweg rasch andere Wendungen nahm, habe ich nun die Gelegenheit ergriffen, dieser Irritation nachzugehen. Und ich bin, ich nehme es vorweg, zu dem Schluss gelangt, dass an diesem Satz, dieser Phrase nicht einiges, sondern alles auf eine profunde Weise verkehrt ist.

### III

Zunächst habe ich die sich mir aufdrängenden Fragen in Wortreihenfolge sortiert:

*Then*: Kann die Mitteilung der Datenauswertung der Zeitpunkt eines Wissens über einen sich entwickelnden Organismus sein?

*You:* Mit welchen semantischen Transformationen ist die Überantwortung des klinisch generierten Wissens an die Eltern – „you“ – verbunden?

*Know:* Was können pränatale Befunde und Hochrechnungen zu wissen geben? Wie steht ein solcher Begriff des Wissens zu Gewissheit und Zweifel, wie zu Fragen der Zutreffenswahrscheinlichkeit von Prognosen, wie zur Fundierung von Entscheidungen? Und wie stehen solche Konzepte prekärer Gewissheit, Fundierung und Prognose zur existenziellen Dimension des Lebendigen in seiner Uneinholbarkeit?

Nun die Ausbuchstabierung:

*Then:*

Was kann dieses *then* in der Pränataldiagnostik bezeichnen, welche Zeitpunkte können überhaupt gemeint sein?

Setzt *then* mit der ersten, über die basale Schwangerenvorsorge hinausgehenden Erhebung ein? Also *dann*, wenn im Rahmen des Frühscreenings zwischen der 12. und der 14. Schwangerschaftswoche die Nackentransparenz des Fetus gemessen wird beziehungsweise wenn sie in Kombination mit dem Eiweiß und Blutwerten ihr Ergebnisse gezeitigt hat?

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit, das vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt wurde, die diagnostische Güte dieser pränatalen Untersuchung zu evaluieren (als Grundlage zu der Entscheidung, sie als eine Kassenpflichtleistung aufzunehmen oder nicht), ist zu folgendem Ergebnis gekommen: In einem Nackentransparenz-Screening bei 1000 Frauen würden 7 ein Kind mit Chromosomen-Anomalien erwarten. Fünf davon könnten durch die Diagnostik entdeckt werden, zwei blieben jedoch unerkannt. Mit einem positiven Befund würden aber nicht nur die fünf besagten Frauen konfrontiert, sondern insgesamt 53 Frauen würde ein auffälliges Ergebnis gemeldet werden.<sup>7</sup> Woran liegt das? Es liegt daran, dass die sogenannte ‚Nackentransparenz‘ durch eine Flüssigkeitsansammlung unter der Nackenhaut des Fetus eine kleine im Ultraschall transparente Schwellung bildet, die zwar bei Down-Syndrom-Kindern häufiger vorliegt als sonst, aber eben auch mit ganz anderen Organfehlentwicklungen und auch bei Kindern mit ganz normalen Entwicklungen vorkommen kann.<sup>8</sup>

So ist das, was vollmundig als die Kalkulation des Gesamtrisikos des Kindes beworben wird, ein äußerst unsicherer Ausschnitt, und wir können an dieser Stelle sagen: *Then you know* erscheint hier durchaus verfrüht.<sup>9</sup>

*Dann* also vielleicht nach dem „Triple-Test“ zwischen der 15.–20. Schwangerschaftswoche? Von diesem Bluttest, der anhand von drei verschiedenen Hormonen und Parametern wie Gewicht, Größe, Alter und Zigarettenkonsum der Schwangeren die Risiken für das Down-Syndrom und Neuralrohrdefekte errechnet, hat sich

7 Vgl. Erika Feyerabend: „Pränataldiagnostik – zwischen IGeL und Kassenleistung“, in: „*Da stimmt doch was nicht...*“ (Anm. 5), S. 91–95, hier S. 92.

8 Vivian Weigert: *Bekommen wir ein gesundes Baby? Was Sie über pränatale Diagnostik wissen sollten*, München: Kösel 2006, S. 65.

9 Ebd., S. 64.

zwar herumgesprochen, dass er zu Fehldiagnosen neigt – und tatsächlich wird er seit 1998 auch definitiv nicht mehr von den gesetzlichen Krankenversicherungen getragen –, als „individuelle Gesundheitsleistung“<sup>10</sup> wird er jedoch nach wie vor verkauft. Seine Berechnungen sind so unsicher, dass, bleiben wir einmal bei dem Beispiel Down-Syndrom, nur in 50 Prozent aller Fälle ein als auffällig eingestuftes Level der Konzentration eines kindlichen Eiweißstoffes, Alpha-Fetoprotein, tatsächlich ein Down-Syndrom besteht, hingegen 40 Prozent aller Down-Syndrom-Fälle von dem Test nicht erkannt werden. Die Einberechnung des sogenannten Altersrisikos führt dazu, dass eine 40jährige Schwangere mit einer Wahrscheinlichkeit von über 90% ein auffälliges Ergebnis bekommt. Die Folge: Eine Amniozentese, die invasive Fruchtwasser-Punktion, wird als unvermeidbar angesehen. Dass die falsch-positiven Resultate Verunsicherungen und Verängstigungen auslösen, die in keinem Verhältnis zu der Wahrscheinlichkeit eines betroffenen Kindes stehen, ist bis in die Gynäkologischen Fachzeitschriften hinein dokumentiert. Im Ärzteblatt *Der Frauenarzt* war bereits in der Ausgabe 41 des Jahres 2000 die ironische Einlassung zu lesen, dass ein auffälliges Ergebnis im Allgemeinen die Geburt eines gesunden Kindes garantiere.<sup>11</sup> Also scheint auch dieser Test, mit ca. 35 Euro individuell als Gesundheitsleistung erkaufte, alles andere als der Zeitpunkt des Wissens zu sein.

Wird man es wissen, wenn die Amniozentese erfolgt ist? *Dann*, wenn – nach einer etwa zweiwöchigen Zeit der Ungewissheit, was für ein Ergebnis es geben wird, ob eine Fehlgeburt folgen wird –, „Entwarnung“ gegeben worden ist: „Herzlichen Glückwunsch, es ist alles in Ordnung“; oder aber eben, oft telefonisch, eine Diagnose, die heißen kann: Ihr Kind hat Trisomie 13 oder Trisomie 18, beides Syndrome, die dazu führen, dass die Entwicklung der Embryonen oft schon während der Schwangerschaft endet oder, falls sie geboren werden, von einer sehr kurzen Lebensspanne auszugehen ist. Oder die verkündete Diagnose heißt: ‚Trisomie 21‘, die häufigste Fehlbildung also, das Down-Syndrom, eine Trisomie, die das genetische Programm für körperliche und seelische Entwicklung auf sehr unterschiedliche Weise und auch in sehr unterschiedlichem Maße beeinträchtigen kann. Oder es werden prozentual kalkulierte Verdachtsmomente auf eine andere Krankheit gegeben, die im begrenzten Standardrepertoire der Pränataldiagnostik gelistet ist, wie etwa ‚Neuralrohrdefekte‘, der sogenannte ‚offene Rücken‘.

Man könnte meinen, dass man es *dann* weiß. Tatsächlich können mit hoher Sicherheit die oben genannten Trisomien erkannt werden. Fehldiagnosen sind zu diesem Zeitpunkt sehr selten, kommen jedoch vor. So ist zum Beispiel nicht auszuschließen, dass auch *dann*, wenn man zwar in allen untersuchten Zellen den normalen Chromosomensatz gefunden hat, das untersuchte Gewebe nur einen so ge-

10 Die Bezeichnung Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) meint die in Arztpraxen angebotenen und empfohlenen Untersuchungen, die gesetzliche Krankenkassen in der Regel nicht übernehmen. Obwohl gerade auch Zweifel an der Qualität bestimmter angebotener Leistungen die Krankenkassen dazu bewegen haben, diese aus ihrem Programm zu nehmen, hält sich, wie im Falle des Triple Tests die Annahme, der Test sei nur aus Ersparnisgründen aus dem Leistungskatalog genommen worden. Vgl. dazu Weigert: *Gesundes Baby?* (Anm. 8), S. 60 ff.

11 Vgl. ebd., S. 76.

ringen Teil veränderter Zellen enthalten hat, dass diese unerkant bleiben. Oder, auch dies ist möglich, wenn bei einem sogenannten ‚Mosaikbefund‘ neben trisomen Zellen auch solche mit normalem Chromosomensatz nachweisbar sind, dann bleibt das Ergebnis unklar, weder positiv noch negativ: *Man weiß es nicht*. Oder wie es in der medizinischen Fachliteratur dazu heißt: „Eine prognostische Einschätzung ist nur sehr eingeschränkt möglich“. <sup>12</sup> Die Eltern müssen fürchten und dürfen hoffen. <sup>13</sup>

Und, wenn man die Natur dieser Diagnosen einmal ein bisschen beherzter durchleuchtet, so, wie Silja Samerski es in ihrer grundlegenden Studie *Die verrechnete Hoffnung* getan hat, kommt man wohl nicht umhin zuzugeben, dass viel mehr, als dass dieses Kind bei der Geburt mit dem mit dem Krankheitsbegriff ‚Trisomie 21‘, ‚Down-Syndrom‘ belegt werden wird, zu diesem Zeitpunkt nicht gewusst werden kann: Auf welche Weise es beeinträchtigt sein wird, wo es seine Fähigkeiten entwickeln wird, wo man später seine Intelligenz auf einer recht weiten Skala verorten können wird oder würde, ist offen. <sup>14</sup> Das hängt, denke ich, mit der Besonderheit des Phänomens Krankheit zusammen, so wie Ludwik Fleck sie in seinem Aufsatz *Über einige besondere Merkmale des ärztlichen Denkens* beschrieben hat: Eine Krankheit entwickelt sich, und sie entwickelt sich in der Veränderung der Lebensfunktionen. Ich wüsste nicht, warum wir das, was Fleck hinsichtlich des geborenen Lebens sagt, nicht auch für das ungeborene gelten lassen könnten:

Diese wissenschaftliche Fiktion, dieses Individuum, geschaffen durch Abstraktion, gestützt auf Statistik und Intuition, das Individuum, genannt Krankheit, das bei statistischer Auffassung rundweg irrational ist, unfassbar und sich nicht eindeutig definieren lässt, wird erst in temporärer Fassung zur konkreten Einheit. Niemals ein *status praesens*, sondern erst die *historia morbi* schafft die Krankheitseinheit. <sup>15</sup>

Wie sich also der mit einem dreifachen 21. Chromosom ausgestattete, im Werden befindliche Organismus tatsächlich entwickeln wird, ist ebenso ungewiss wie Vorstellungen darüber, wie es sein wird, mit diesem Kind, sollte es geboren werden, zusammenzuleben.

Hier, also *dann*, wenn das klinische Wissen nichts mehr zu sagen weiß, geht der Staffelnstab zuweilen weiter an die psychosozialen Beratungsstellen. Angesichts der Aussage *Then you know*, die hier ja stellvertretend für viele ähnliche Phraseme steht, ist es doch einigermaßen frappierend, wenn wir im Mitteilungsblatt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gleich auf der ersten Seite, unter der Über-

12 P. Miny/S. Hahn/Wolfgang Holzgreve: „Pränatale Untersuchungsmöglichkeiten an Fruchtwasser, extraembryonalen, embryonalen oder fetalen Geweben“, in: Christof Sohn/Sevgi Tercanli/Wolfgang Holzgreve (Hg.): *Ultraschall in Gynäkologie und Geburtshilfe* (1995), 2., völlig überarbeitete Auflage, Stuttgart u. a.: Thieme 2003, S. 507–519, hier S. 512 ff.

13 Vgl. Weigert: *Gesundes Baby?* (Anm. 8), S. 100 ff.

14 Diss. Silja Samerski: *Die verrechnete Hoffnung. Von der selbstbestimmten Entscheidung durch genetische Beratung*, Münster: Westfälisches Dampfboot 2002, S. 162 ff.

15 Ludwik Fleck: „Über einige besondere Merkmale des ärztlichen Denkens“ (1927), in: ders.: *Erfahrung und Tatsache. Gesammelte Aufsätze*, mit einer Einleitung hg. von Lothar Schäfer/Thomas Schnelle, Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1983, S. 37–45, hier S. 43.

schrift *Nach der Diagnose* lesen: „Ein auffälliger Befund bedeutet für viele werdende Eltern erst einmal einen Schock und versetzt sie in einen Zustand von Unsicherheit und Sorge“.<sup>16</sup> Ich halte dies für den angemesseneren Satz, denn in der Tat tun sich mit der Mitteilung, dass etwas nicht in der erwarteten Ordnung ist, viele nahezu unabsehbare Fragen auf: die größte unter ihnen ist die, ob das Kind ausgetragen oder die Schwangerschaft abgebrochen werden soll. Aber um dies zu wissen, wissen zu können, muss oder müsste man vieles wissen. Auf der einen Seite steht das Wissen über ein Leben mit behinderten Kindern, das Aufzeichnen der Möglichkeiten seiner Förderungen, Hilfen, die einem selbst zuteil werden könnten, Informationen darüber, welche Schwierigkeiten allein getragen werden müssen, an welche Grenzen man stoßen kann. Auf der anderen Seite steht das Wissen um den tatsächlichen Vorgang eines verhältnismäßig spät eingeleiteten Schwangerschaftsabbruchs, der in dessen Verlauf eventuell vorzunehmenden Tötung des Kindes vor der Geburt oder das Sterbenlassen des geborenen Kindes danach. Dass dies von fast allen Frauen, und zwar sowohl von denen, die bis kurz vor dem Eingriff, wenn sie die letzte von etlichen Einverständniserklärungen schon unterschrieben haben, noch Zweifel mit sich herumtragen, als auch von denen, die im Einklang mit ihrer gut erwogenen Entscheidung sind, als äußerst belastend erfahren wird, ist unmittelbar einsichtig.

Es ist notwendig, Folgendes herauszustellen: Das Wissen darüber, was ein Schwangerschaftsabbruch nach einer Amniozentese bedeutet, holt die Frauen zu meist erst bei der Einweisung in die Klinik ein. Wie aus einer Studie von Antje Kehrbach ersichtlich ist, erfährt dort ein Großteil der Frauen zum ersten Mal, dass der Abbruch zu diesem Zeitpunkt der Schwangerschaft die Einleitung einer Geburt bedeutet – einer Geburt, die nicht unter Narkose stattfindet, die die Mitarbeit der schwangeren Frau erfordert und lange dauern kann.<sup>17</sup> Und *dann* sind sie kaum mehr in der Lage, auf den Ablauf dieser Geburt Einfluss zu nehmen. Wenn die Wehen hormonell eingeleitet sind und es Tage brauchen kann, bis sie sich gegen den zu diesem Zeitpunkt ganz auf den Erhalt der Schwangerschaft eingerichteten Körper durchgesetzt haben, geraten nicht wenige Frauen unter dem Eindruck des eigenen Mitwirkens an dem Schwangerschaftsabbruch in Gewissensnöte und möchten die Entscheidung rückgängig machen, was zu diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich ist. *Dann* erst taucht bei vielen Frauen die Frage zum ersten Mal auf, wie und wann ihr Kind stirbt. Dass in den Kliniken oft Zeit, Raum, Personal fehlt, auf diese Nöte einzugehen, von denen man in den Diskursen der Pränataldiagnostik so ausnehmend wenig erfährt, darf auch nicht überraschen – vielleicht ist es ja dies, was sich, im eingangs zitierten Urteil, hinter der Rede von den „schwerwiegenden Gefahren“ der Pränataldiagnostik verbirgt.

16 BZgA: *Informationsmaterial für Schwangere nach einem auffälligen Befund* (2009), S. 4, online: [www.bzga.de/pdf.php?id=aaca3b4af61103ddf5bcaabd5ec21084](http://www.bzga.de/pdf.php?id=aaca3b4af61103ddf5bcaabd5ec21084) (letzter Zugriff: 6.12.2011).

17 Vgl. Antje Kehrbach/Friederike zu Sayn-Wittgenstein (2008). „Exploring a new concept of clinical midwifery care in Germany“, in: *Abstracts of the International Confederation of Midwives 28th Triennial Congress, 1.–5.6.2008 in Glasgow*, Amsterdam: Elsevier Ltd. Conifer., S. 382.

Man sollte nicht unterstellen, dass es an gutem Willen mangelt: Weil Geburtshelfer die Erfahrung gemacht haben, dass es in der Verarbeitung dieser schmerzlichen Erfahrung hilfreich sein kann, wenn die Mutter ihr totes Kind ansieht oder es in die Hände nimmt, versucht man, ihr dies nahezu legen, auch in der Annahme, dass sichtbare Fehlbildungen, wenn sie denn erkennbar sind, die Entscheidung der Mutter bestätigen könnten, damit sie – spätestens *dann* weiß, warum sie sich so entschieden hat. Jedoch, Trost und Trauma liegen hier – ich erinnere noch einmal an die Wortwahl des oben erwähnten Urteils – gefährlich nahe beieinander. Der Umstand, dass, wenn die Mutter diese Nähe zu ihrem Kind zu diesem Zeitpunkt nicht zulassen kann, Fotos gemacht und archiviert werden, weil Frauen häufig noch Jahre später darauf zurückkommen, macht offenkundig, dass solchermaßen mangelhaft vorbereitete, späte Abbrüche von Schwangerschaften mit einem Kind, das, davon ist zu diesem Zeitpunkt auszugehen, willkommen gewesen wäre, oft schwere und schwerste Folgen für das Seelenleben der Mütter, auch der Väter, nach sich ziehen.<sup>18</sup> Die seit dem 1. Januar 2010 gesetzlich vorgeschriebene Bedenkzeit von drei Tagen, die zwischen der Offenbarung der Diagnose und dem Schwangerschaftsabbruch liegen muss, wurde mit Blick darauf eingeführt.<sup>19</sup> Aber sie hat bislang offenbar an diesem Missstand nichts ändern können, auch wenn man wohl gehofft hatte, dass die Eltern es *dann*, nach drei Tagen, *wissen*. Dass aber tatsächlich auch dann so wenig gewusst wird, hängt damit zusammen, dass die zum Zeitpunkt des Einstiegs in die Pränataldiagnostik anberaumte Aufklärung sich zumeist darauf konzentriert, humangenetisches Wissen zu popularisieren, zum anderen auch damit, dass Frauen und ihre Partner oftmals die pränataldiagnostischen Untersuchungen von vornherein als eine Art Rückversicherung in Anspruch nehmen wollen, die ihnen Ängste nehmen, eine gute Gewissheit über das Ungeborene bringen und nicht ambivalente Gefühle auslösen soll. Über den – solange keine erbliche Disposition vorliegt – wenig wahrscheinlichen Fall eines positiven Befundes wollen viele offenbar möglichst gar nichts wissen.<sup>20</sup>

Noch einmal zurück zu dem Zeitpunkt nach der Amniozentese mit der Frage, ob dies der Zeitpunkt des Wissens sein kann, den der Satz *then you know* aufruft. Wir haben bereits gesehen, dass hier eine Reihe von Chromosomenabweichungen diagnostiziert werden kann, aber über ihre genauen Ausprägungen und Verläufe, insbesondere hinsichtlich der häufigsten, Trisomie 21, recht wenig gesagt werden

18 Weigert: *Gesundes Baby?* (Anm. 8), S. 146 ff. Vgl. Anette Kersting/Kristin Kroker/Johannes Steinhart u. a.: „Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth – a 14-month follow up study“, in: *Arch Women Ment Health* 12 (2009) 4, S. 193–201. Anette Kersting/Kristin Kroker: „Prolonged grief as a distinct disorder, specifically affecting female health“, in: *Arch Women Ment Health* 13 (2010) 1, S. 27–28. Marianne Leutinger-Bohleber/Eve-Marie Engels/John Tsiantis (Hg.): *The Janus Face of Prenatal Diagnostics. A European Study Bridging Ethics, Psychoanalysis, and Medicine*, London: Karnac Books 2008.

19 <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/schwangerschaftskonfliktgesetz,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (letzter Zugriff: 6.12.2011).

20 Vgl. Claudia Schumann: „Ist eine andere Praxis möglich?“, in: *„Da stimmt doch was nicht...“* (Anm. 5), S. 50–53.

kann. Außerdem gibt es die, man kann es nicht oft genug betonen, überwältigende Anzahl potenzieller Krankheiten, auf die im Verlaufe solcher Untersuchungen überhaupt nicht getestet wurde. Insofern ist das gängige Sprachspiel im Anschluss an eine Handvoll Tests – ‚Alles in Ordnung‘ – eben nur hinsichtlich des Ausschlusses einiger Krankheiten (wahrscheinlich) korrekt und bedeutet ansonsten nicht mehr als eine gute Hoffnung. Bei den meisten Frauen, die diese Nachricht empfangen, kommt dieses Sprachspiel aber als Gewissheit an, ein gesundes Baby zu bekommen und wird mit großer Erleichterung als der eigentliche Beginn der glücklichen Schwangerschaft gefeiert. Und tatsächlich erfolgt ja in den allermeisten Fällen nach einer Amniozentese dieser Freispruch. Denn 95% der Feten sind, unbeeindruckt von den Durchleuchtungen der Pränataldiagnostik, nach landläufigen Kriterien gesund.<sup>21</sup>

Wendet man aber nun den Blick darauf, dass die allermeisten – weit über 90% – der Behinderungen, sich während oder nach der Geburt entwickeln, dann mutet diese Entschiedenheit, mit der durch die Amniozentese die Schwangerschaft auf Probe gesetzt wird, und die Sicherheit, in der viele Frauen sich danach wiegen, geradezu gespenstisch an. Das *then* aus *then you know* suggeriert eine Sicherheit zu einem Zeitpunkt, an dem sich bezüglich etwaiger Behinderungen tatsächlich sehr wenig mit Sicherheit sagen lässt (übrigens auch sehr wenig nur therapieren lässt),<sup>22</sup> schon gar nicht, ob das Kind mit einer Behinderung zur Welt kommen wird oder nicht, ob es ein den ersten Jahren nach seiner Geburt eine Behinderung entwickeln würde, oder erst nach dem 40. oder 50. Lebensjahr.

Die Beruhigung, die erklärtermaßen das Hauptmotiv der Frauen ist, die sich pränataldiagnostischen Maßnahmen unterziehen, verkehrt sich also leicht in ihr Gegenteil, wenn die Befunde nicht gleich grünes Licht für eine unproblematische Fortsetzung der Schwangerschaft geben. In dieser Abfolge, diesem Aufschub, in den bei genauerer Betrachtung das *then* aus *then you know* gezogen wird, gerät das Wissen natürlich mit ins Trudeln. Wahrscheinlichkeiten, Risiken, prozentual berechnet, schieben sich an seine Stelle, ziehen weitere Untersuchungen nach sich. Gewissheit bieten diese Ergebnisse praktisch an keiner Stelle. Es gibt einen Gewinn an eng begrenztem diagnostischen Wissen, in dessen Mitte sich schwindelerregend riesige Bereiche des Nicht-Wissens, der Ungewissheit auftun: Was könnte sich wie ausprägen? Ist mit einer Beeinträchtigung auf, wie man sagt, ‚kosmetischer Ebene‘ zu rechnen oder mit einer schweren Behinderung? Was kann, was will ich verantworten, und wann? Die Zeit drängt. Paare geraten in einen Schockzustand, in dem eher Dinge ihren Lauf nehmen, als dass sorgsam entscheidungsfundierendes Wissen akkumuliert werden könnte.

21 Vgl. Susan Erikson: „Wer sucht, der findet: Die Überproduktion von Risiko. Deutsche Ultraschallpraxis in der Schwangerschaft“, in: „*Da stimmt doch was nicht...*“ (Anm. 5), S. 44–47, hier S. 44.

22 Vgl. Jürgen Windeler: „Wie bewertet man den Nutzen pränataler Diagnostik?“, in: „*Da stimmt doch was nicht...*“ (Anm. 5), S. 38–43.

Diese fatale Bahn von Zwangsläufigkeiten, auf die man leicht, allzu leicht, bereits mit der ersten pränataldiagnostischen Untersuchung geraten kann, problematisch zu finden, muss keineswegs eine ablehnende Haltung gegenüber der Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruches implizieren. Es impliziert allerdings eine Kritik an den Wissensversprechungen der Pränataldiagnostik und den Schwierigkeiten, ihnen auszuweichen.

*You:*

Man könnte es erst einmal als erleichternd empfinden, dass es in dieser Versprechung kein joviales ‚wir‘ gibt. Der Arzt, der *Then you know* sagte, wusste Bescheid und machte keinen Hehl daraus: Die Eltern, nicht er, würden letztlich mit dem Wissen umzugehen haben, das er oder ein Kollege, eine Kollegin, aus einem Laborbefund weitergeben würde. Aber wusste er auch etwas über die Natur, über die *besonderen Merkmale* dieses Wissens und wäre er bereit gewesen, auch dieses Wissen über das Wissen mit weiterzugeben an sein Gegenüber?

Nehmen wir ein günstigen Fall an: Ein Arzt, der von Natur aus oder durch Lektürewirkung ein Fleckianer ist: Er würde vermutlich etwas sagen über die Unmöglichkeit der Vorhersage einer Krankheitsentwicklung noch während der Entwicklung eines Organismus, etwa im Stile der oben zitierten Passage. Ein *Then you know* ginge ihm vermutlich nicht über die Lippen. Oder der Arzt, die Ärztin, fasste, aufgrund von Neigung oder Bildung, die Daten aus dem Labor im Sinne Canguilhem's auf und fragte sich, in welchem Sinne die Messverfahren des Labors als Norm für die funktionelle Aktivität des Lebewesens außerhalb des Labors (und außerhalb des Uterus, würden sie hinzufügen) wissenstauglich sein können. Mit ihm, Canguilhem, würden sie daran erinnern, wie unglaublich schwierig es ist, Begriffe wie das physisch Normale und das statistisch Normale zur Deckung zu bringen, oder anders formuliert, dass der statistische Gesichtspunkt für die Beurteilung dessen, was bei einem bestimmten Individuum normal ist oder nicht, keineswegs ausreicht; und dass Anomalien und Mutationen keineswegs per se als pathologisch aufzufassen sind, sie vielmehr von möglichen anderen Lebensnormen zeugen.<sup>23</sup> Ein *Then you know* müsste ihnen vorkommen, wie hinter ihren Wissensstand weit zurückzufallen und unter der Hand doch wieder eine quasi ontologische Differenz zwischen gelungenen und verfehlten Gebilden des Lebens einzuziehen. *Then you know* machte in diesem Denken gar keinen Sinn.

Oder wie wäre es, wenn wir es mit einem Wittgensteinianer unter den Mediznern zu tun hätten? Einem wie jenem John Ryle, Freund Wittgensteins und wichtige Quelle Canguilhem's, der angesichts medizinischer Hochrechnungen beklagt hat, dass statistische Verkürzungen einen Begriff des Normalen hervorbringen, der nicht lebensstauglich ist, der in der Medizin ständig gebraucht wird, ohne dass über ihn viel gewusst würde.<sup>24</sup> Entschlüpfte einem solchen Arzt dennoch ein „Then you know“, würde er sogleich etwas hinterherschicken wie: Aber schau hin, wie ich das

23 Georges Canguilhem: *Das Normale und das Pathologische* (1972), ungekürzte Ausgabe, übers. von Monika Noll/Rolf Schubert, München: Ullstein 1977, S. 96.

24 John A. Ryle: „The Meaning of Normal“, in: *The Lancet* 249 (4. Januar 1947), S. 6436–6440.

Wort gebrauche: in Bezug auf meine statistischen Daten und vergleiche es damit, wie du es gebrauchst: als Gewissheit über dein Schicksal.

Es ist schön sich vorzustellen, wie das *Then you know* im Halse steckenbleiben, bestritten oder hin- und hergewendet werden würde, aber nach Sichtung umfassender Materialien mit Gesprächsaufzeichnungen aus pränataldiagnostischer Beratungssituationen,<sup>25</sup> dürfte der verbreitete Fall doch jener sein, in dem diese und ähnliche Phrasen Oberwasser haben, wie es etwa Birgit Vanderbeke in ihrem Roman *Gut genug* schildert. Dort sagt der Gynäkologe nicht: „then you know“, er sagt: „sicher ist sicher“ – einen Satz, den man vielleicht eher in einem Gespräch über Verhütung erwarten könnte, der aber tatsächlich in einer frühen Schwangerschaftswoche fällt, gerade nachdem der Arzt gesagt hat, soweit er feststellen könne, sei alles

in schönster Ordnung, aber sicher ist sicher. Man sollte es untersuchen lassen. Vorher hatte er sich das künftige Kind auf dem Fernseher angesehen. Er hatte mir eine kalte glibbrige Salbe auf den Bauch geschmiert und ist mir dann mit einer Art Fernsteuerung drübergefahren, und auf dem Fernseher kam der Bauch von innen. Es ist ein ziemliches Durcheinander, aber wenn man genau hinschaut, sieht man einen schwarzen Punkt, so groß ungefähr wie ein Floh. Der Floh hat gepocht und gepuckert, und es ist sonderbar, dass man einen pochenden puckernden Floh im Bauch haben soll. Aber da man es auf dem Fernseher sieht, muss es stimmen. Der Arzt hat gesagt, man kann noch nicht viel sehen, soweit er feststellen kann, sei wohl alles in schönster Ordnung, aber, wie gesagt, sicher ist sicher. Ich habe gefragt, was heißt sicher ist sicher, und was für eine Untersuchung, und der Arzt hat gesagt, eine Kleinigkeit von Untersuchung, man piekt mit einer Nadel durch den Bauch und holt sich durch die Nadelkanüle aus dem Bauch etwas Fruchtwasser raus. Ich habe gesagt, und warum tut man das, und der Arzt hat gesagt, dass man es tut, um herauszufinden, ob es beschädigt ist, und wenn es beschädigt ist, kann man verfassungsjuristisch und staatlich erlaubt eine Abtreibung machen. Ich habe gesagt, wie: beschädigt, und der Arzt hat gesagt, so und so beschädigt, Kopf und Rückgrat und erblich, und dass man einige Sorten von Beschädigung auf die Art entdecken könnte, andere seien unentdeckbar, heimlich vererbt, und kämen erst später zutage. Ich hätte gern gewusst, ob es viele Sorten gibt und ob sie häufig vor- und zutagekommen, aber andererseits auch nicht. Also habe ich gesagt ich denke darüber nach [...].<sup>26</sup>

Dieser Arzt hält, auf Nachfrage, mit den Grenzen des pränataldiagnostischen Wissens durchaus nicht hinter den Berg, versucht aber doch, dieses begrenzte Wissen, in welchen epistemologischen Volten auch immer, tautologisch abzusichern und an die Frau zu bringen (was ihm allerdings in diesem Fall trotz der erheblichen Beunruhigung, die er auslöst, nicht gelingt).

Nicht weniger problematisch ist es, wenn die Männer und Frauen, die in ihrer Praxis „then you know“ oder ähnliches sagen, Zyniker geworden sind. Zyniker, die ihren Foucault zwar noch im Kopf haben, aber dem *Willen zum Wissen* einen gewissen fiesen Dreh geben: Wenn *du* es dann weißt, dann hast *du* mit dem Wissen

<sup>25</sup> Vgl. Fußnote 40.

<sup>26</sup> Birgit Vanderbeke: *Gut genug* (Rotbuch: 1993), Frankfurt a. M.: Fischer 2001, S. 19 f.

auch die Macht: leben zu lassen, sterben zu machen – als eine Form des überantworteten „Managements des fetalen Risikoprofils“, wie Silja Samerski es beschreibt:

Ich erinnere mich noch gut an eine Freundin, die nach einem Ersttrimester-Test völlig aufgelöst vor meiner Tür stand. Sie hatte den Test gemacht, weil sie sich von ihrem Arzt hatte einreden lassen, mit 36 Jahren wäre sie mit ihrer Schwangerschaft ein „Risiko“ eingegangen. Nun hatte ihr der Test eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für ein Kind mit Down-Syndrom attestiert. Ihr Frauenarzt drängte sie nun, bald eine Entscheidung zu treffen. Um sie dazu in die Lage zu versetzen, hatte er sie ausführlich beraten. Sie könnte, so hatte er klar gestellt, durch eine Fruchtwasseruntersuchung die Chromosomen untersuchen lassen und dann, im Falle einer Normabweichung, die Schwangerschaft abbrechen. Allerdings würde sie mit der Punktion das Risiko eingehen, eine Fehlgeburt auszulösen. Oder, das sei die zweite Option, sie entscheide sich gegen den Fruchtwassertest und nähme damit das dreifach erhöhte Risiko in Kauf, ein behindertes Kind zu bekommen. Meine Freundin war ratlos: was sollte sie tun? Sie wollte weder eine Fehlgeburt, noch einen Schwangerschaftsabbruch, noch ein behindertes Kind. Sie müsse die Risiken gegeneinander abwägen, hatte der Arzt sie aufgefordert...<sup>27</sup>

Immer deutlicher wird, dass die Ausparung des ‚Ich‘ oder eines ‚Wir‘ eine ziemlich knifflige Sache ist. Wenn wir der Spur nachgehen wollen, warum das ‚I‘ und das ‚We‘ in dem Satz *Then you know* keine Rolle spielen und dabei Hilfe bei dem Zweig der Philosophie suchen, der für solche Fragen zuständig ist, nämlich dem der *ordinary language philosophy*, so zeitigt der erste Anlauf, den wir bei deren Nestor, John L. Austin, nehmen, zunächst einmal eine herbe Enttäuschung, denn in seinem Aufsatz *Fremdseelisches (Other Minds)* stellt Austin unmissverständlich fest: In der Sache des Wissens betrachte er allein einen Gebrauch, und das sei der der 1. Person Singular Indikativ Präsens: „Ich weiß“.<sup>28</sup> Aber so hat der Arzt gegenüber meinen kalifornischen Freunden damals eben nicht gesprochen. Er hat nun einmal gesagt: *Then you know*.

Austins Kollegen, die Philosophieprofessoren Alan R. White und Anthony D. Woozley haben sich glücklicherweise weniger Beschränkungen auferlegt: Woozley meint, ‚wissen‘ sei von allen Wörtern, die sich auf Geistiges bezögen, das unpersönlichste: Denn wem wir unterstellen zu wissen, dem unterstellen wir die Richtigkeit dieses Wissens.<sup>29</sup> White springt ihm zur Seite: „You know“ sagen wir, um einem Anspruch beizupflichten, ihn gelten zu lassen, ihn günstig aufzunehmen.<sup>30</sup> Das müssten wir uns wohl, bezogen auf unseren Fall, so übersetzen: Sagt ein Arzt oder

27 Silja Samerski: „Beratung zur selbstbestimmten Entscheidung? Schwangere Frauen in der Entscheidungsfalle“, in: *„Da stimmt doch was nicht...“* (Anm. 5), S. 48–49.

28 John L. Austin: „Fremdseelisches“ (1946), in: ders.: *Gesammelte philosophische Aufsätze*, übers. und hg. von Joachim Schulte, Stuttgart: Reclam 1986, S. 101–152, hier S. 130. Vgl. auch Michael Brüggem: Art. „Wissen“, in: Hermann Krings/Hans Michael Baumgartner/Christoph Wild (Hg.): *Handbuch Philosophischer Grundbegriffe*, München: Kösel 1973, Bd. 3, S. 1722–1739.

29 Anthony D. Woozley: „Knowing and Not Knowing“, in: *Proceedings of the Aristotelian Society*. New Series 53 (1952–1953), S. 151–172, hier S. 151 f.

30 Alan R. White: „On claiming to know“, in: *The Philosophical Review* 66 (April 1957) 2, S. 180–192, hier S. 190 f.

eine Ärztin *Then you know* würde dies bedeuten, dass sie sich selbst als Wissensinstanz oder Wissensakteure überspringen, um das, was sie als Wissen an ihr Gegenüber, *you*, weitergeben, dann gelten zu lassen beziehungsweise günstig zu aufzunehmen. Wäre so am Ende das pränataldiagnostische Setting zu verstehen? Wir kommen, wie es scheint, in Teufels Küche. Am besten also noch einmal zurück zu Austin. Irgendeinen sprechakttheoretischen Beistand in dieser prekären Lage des Wissens muss bei ihm zu finden sein.

*Know:*

Im Abschnitt *Wenn ich etwas weiß, kann ich nicht unrecht haben*<sup>31</sup> seines Aufsatzes *Fremdseelisches* kommen wir mit Austin tatsächlich noch einen Schritt näher an die Sache heran:

„Wenn ich etwas weiß, kann ich nicht unrecht haben.“ Das klingt provozierend: Wer wollte angesichts der naturgemäßen Fehlbarkeit der Sinne und des Intellekts die Möglichkeit eines Irrtums leugnen? Aber, so Austin, dies erweise sich in der Praxis nicht als lästig, im Gegenteil: „Wenn man etwas weiß, kann man nicht unrecht haben“, ist durchaus ein sinnvoller Satz, wohingegen „Ich weiß, dass es so ist, aber ich habe vielleicht unrecht“ dies nicht ist, genauso wenig wie „Ich verspreche es zu tun, aber vielleicht tue ich es nicht.“<sup>32</sup> Schließlich sei es immer möglich, im Sinne von *menschenmöglich*, dass ich mich irre oder mein Wort breche, aber sei dies eben kein Hindernis, die Ausdrücke „ich weiß“ oder „ich verspreche“ so zu gebrauchen, wie es tatsächlich geschieht – was Austin folgendermaßen beschreibt:

Wenn ich sage „ich weiß“, gebe ich anderen mein Wort, ich gebe anderen die Befugnis zu sagen: „S ist P.“; anders ausgedrückt: Wenn jemand zu mir gesagt hat „ich weiß“, bin ich zu der Behauptung berechtigt, daß ich es ebenfalls weiß, nämlich aus zweiter Hand. Das Recht, „ich weiß“ zu sagen, ist genauso übertragbar wie andere Befugnisse. Wenn ich es leichtsinnig sage, kann ich also dafür *verantwortlich* sein, daß *du* in Schwierigkeiten gerätst.<sup>33</sup>

Zwar muss ich, so Austin weiter, wenn ich sage „ich weiß“ zeigen können, dass ich aufgrund meines Erkenntnisbereiches imstande bin, zu wissen, aber weil man die Zukunft nun einmal nicht vorhersehen könne, dürfe man nicht „übersehen, daß die Bedingungen, die erfüllt sein müssen, um zeigen zu können, daß etwas in meinem Erfahrungsbereich oder in meiner Macht liegt, nicht Bedingungen hinsichtlich der Zukunft sind, sondern in Bezug auf die *Gegenwart und die Vergangenheit*.“<sup>34</sup>

Jetzt sollten wir uns daraufhin noch einmal die ganze Phrase *then you know* anschauen, die uns merkwürdiger denn je vorkommen muss. Nicht nur, dass *I* und *you* irgendwie vertauscht sind und das, was dann gewusst wird, ausgespart ist, es ist ja auch das Futurische ganz dem *then* angelastet, ohne die modalverbale Hilfe eines ‚will‘, das uns vielleicht noch leichter darauf hätte verweisen können, dass die Be-

31 Austin: „Fremdseelisches“ (Anm. 28), S. 129 ff.

32 Ebd.

33 Ebd., S. 132.

34 Austin: „Fremdseelisches“ (Anm. 28), S. 133 f.

dingungen des Wissens, in diesem Fall, noch ganz in der Zukunft liegen. *Then you will know* – das hätte uns vielleicht schneller die Ohren geöffnet, um die Nähe zur prophetischen Rede darin zu hören: „Then you will know that I, the Lord your God, dwell in Zion, my holy hill. Jerusalem will be holy; never again will foreigners invade her.“ (Joel 3:17) oder: „Then you will know the truth, and the truth will set you free.“ (John 8:32).<sup>35</sup> *Then you know* – ein Erlösungsversprechen im gynäkologischen Sprechzimmer?

#### IV

Wie kann überhaupt der Arzt, der damals meinen Freunden gegenüber saß, zu einem solch seltsamen Sprechakt gekommen sein? Er und ähnlich gestimmte Kollegen sind es doch, die jenes Wissen ‚aus zweiter Hand‘ bewirken. Sie gelten als Instanz, der zu trauen ist. Dies sagen sie jedoch nicht. Sie sagen nicht: ‚dann weiß ich...‘ oder ‚dann wissen wir‘. Wie könnten sie auch? Als naturwissenschaftlich ausgebildete Ärzte, denen gemeinhin die Grenzen ihres Wissens durchaus vor Augen stehen, wissen sie, jedenfalls höchstwahrscheinlich, dass sie dies eigentlich nicht sagen können, denn – *vor einem Test* wissen sie nur etwas auf der Ebene von Wahrscheinlichkeitsverteilungen, von relativen Häufigkeiten. Die erstellten Merkmals- und Risikoprofile dienen zur Einordnung der Frauen in statistische Populationen. Die Verknüpfung zwischen Auffälligkeit, Merkmal und Wahrscheinlichkeit ist also rein statistisch, d. h. quantitativ auf Grundgesamtheiten bezogen.<sup>36</sup> Allerdings wird, das liegt offenbar in der schwierigen Übersetzbarkeit dieser Wahrscheinlichkeitskalküle begründet, „für *wahres Sein* [genommen], was eine *Methode* ist“<sup>37</sup> – als würden die genannten statistischen Zahlen das angeben, was die Frauen in Bezug auf ihr kommendes Kind zu erwarten hätten.<sup>38</sup>

– *nach der Testreihe*, an dessen Ende die Amniozentese steht, wissen Mediziner, auch wenn die Untersuchungen ohne konkreten Befund geblieben sind, dennoch nicht, ob dieses Kind gesund auf die Welt kommen wird. Nur mit Blick auf das Auftreten der speziell getesteten Krankheiten lassen sich Aussagen mit gewisser, mit hoher oder höchster Wahrscheinlichkeit machen. In Bezug auf alle sonst noch möglichen Krankheiten, die dennoch auftreten können, natürlich nicht. Und wenn der Befund Anomalien diagnostiziert, wissen sie immer noch nicht sehr viel über die wirkliche Ausprägung dieser Anomalien.

– *Späteres* bleibt in ihrer Form des Wissens häufig vollkommen latent, nämlich wie die aufgrund eines positiven Befundes eingeleitete *Geburt in der Klinik* vonstatten geht, welche Traumatisierungen, welches Elend sie über viele Jahre hinweg mit

35 *The Holy Bible*. New International Version, London: Bible Society 1984.

36 Samerski: *Verrechnete Hoffnung* (Anm. 14), S. 211 ff.

37 Edmund Husserl: „Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie“ (1936), in: ders.: *Husserliana. Gesammelte Werke*, den Haag: Martinus Nijhoff 1950 ff., Bd. 6, S. 51 f.

38 Samerski: *Verrechnete Hoffnung* (Anm. 14), S. 170–210.

sich bringen und auch noch nach vielen Jahren hervorbringen kann. Das Wissen der Geburtshelfer um diese Erfahrungen und Erlebnisse kommt in pränataldiagnostischen Settings, in den humangenetischen Sitzungen, so gut wie gar nicht vor. Es ist, als griffe auf einmal genau hier, verzögert, verschoben und ungleich effektiver, das im Gendiagnostikgesetz neben dem Recht auf Wissen verankerte Recht auf Nichtwissen.<sup>39</sup>

Ich meine deshalb, dass es sich bei *Then you know* nicht nur um einen verkehrten oder verkehrenden Sprechakt handelt, sondern um einen ignoranten. Ich würde so weit gehen zu sagen: um einen feindseligen – wenn man darin übereinkäme, dass es ein feindseliger Akt ist, jemanden wider besseres Wissen mit einer Wissensversprechung auf einen Weg zu schicken, an dem an nahezu jeder Gabelung zwei Fallen stehen, für deren Folgen nicht die, die den Weg gebahnt haben, eintreten müssen, sondern die, die in diesen Weg hineingestolpert sind.

Ich möchte abschließend bemerken, dass ich erstaunt war über die Fülle kritisch-differenzierter Materialien, die die Probleme der Pränataldiagnostik schon seit längerem reflektieren.<sup>40</sup> Warum dennoch diese stupende Selbstläufigkeit, die steigenden Zahlen der Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik und der späten Schwangerschaftsabbrüche? Die Antwort liegt wohl wahrscheinlich schlicht und einfach darin, dass schwangere Frauen zu dem Arzt/der Ärztin ihres Vertrauens gehen und nicht in sozialmedizinische Fachbibliotheken. Es gibt keine klare Trennung zwischen der Betreuung von Schwangeren und den Angeboten der Pränataldiagnostik.<sup>41</sup> Zudem gibt es einen gesellschaftlichen Vorsorgedruck, der das Nichtwissenwollen des kindlichen Geschlechts als nostalgische Schrulle durchgehen

39 Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen Abschnitt 1, §9. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/gendg/gesamt.pdf> (letzter Zugriff 6.12.2011).

40 Vgl. neben der bereits angeführten Literatur: Barbara Duden: *Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft 17.-20. Jahrhundert*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2002; Marion Baldus: „Von der Diagnose zur Entscheidung – Entscheidungsprozesse von Frauen im Kontext pränataler Diagnostik“, in: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatrie* 50 (2001), Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 736–752; Monika Willenbring: *Pränatale Diagnostik und die Angst vor einem behinderten Kind. Ein psychosozialer Konflikt von Frauen aus systemischer Sicht*, Heidelberg: Roland Asanger 1999; Hannes Friedrich/Karl-Heinz Henze/Susanne Stemmann-Acheampong: *Eine unmögliche Entscheidung. Pränataldiagnostik: Ihre psychosozialen Voraussetzungen und Folgen*, Berlin: VWB 1998; Elmar Brühler/Yve Stöbel-Richter/Ulrike Hauff (Hg.): *Vom Stammbaum zur Stammzelle. Reproduktionsmedizin, Pränataldiagnostik und menschlicher Rohstoff*, Gießen: Psychosozial-Verlag 2002; Therese Neuer-Miebach: *Vom Recht auf Anderssein. Anfragen an pränatale Diagnostik und humangenetische Beratung*, Beiträge der Fachtagung „Vom Recht auf Anderssein – Anfragen von Selbsthilfeorganisationen an Pränatale Diagnostik und Humangenetische Beratung“ des Bundesverbands für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V. und der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Geistig Behinderte e. V., April 1993 in Köln, Marburg: Lebenshilfe-Verlag 1994; Christine Swientek: *Was bringt die Pränatale Diagnostik? Informationen und Erfahrungen*, Freiburg: Herder 1998 (Herder Spektrum; 4654); Heide Hohenstein: *Störfaktoren bei der Verarbeitung von Gefühlen in der Schwangerschaft und ethische Hintergründe der Fruchtwasserpunktion. Interviews mit Betroffenen und Erörterung ihrer Erfahrungen*, Münster: Waxmann 1998.

41 Margareta Kurmann: „Es ist Zeit für klare Aussagen“ (Interview mit Susanne Schultz)“, in: *GID. Gen-ethischer Informationsdienst* 188 (Juni 2008), S. 18–20.

lässt, nicht jedoch die Auslassung von ‚Vorsorge‘-Schritten (die eigentlich eine ‚Früherkennung‘ sind). Dass so viele Anstrengungen unternommen werden, genetische Wissensbestände zu popularisieren, aber so wenig über die Grenzen dieses Wissens bekannt wird, tut wohl ein Übriges. Es ist daher eine öffentliche, eine engagierte Debatte zu erhoffen, die mindestens so viel Aufmerksamkeit wie die umstrittene Präimplantationsdiagnostik erhält. Denn sie berührt in mindestens gleichem Maße die Frage: In welcher Gesellschaft wollen wir leben?