



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Der Einfluss von Internet-Foren auf schwangere Frauen
in Italien und deren Verhältnis zu Partner und Arzt in
besonderem Bezug zu Fragen der Pränataldiagnostik

Verfasserin

Christine Anna Rösch

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, Jänner 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A300

Studienrichtung lt. Studienblatt: Diplomstudium Politikwissenschaft

Betreuer: Univ.-Prof. Dr. Herbert Gottweis

Danksagung

In erster Linie möchte ich dem Betreuer dieser Arbeit, Prof. Herbert Gottweis danken. Das Forschungsseminar, welches ich bei ihm besucht habe, weckte mein Interesse an Pränataldiagnostik und dem Themenkreis Schwangerschaft aus sozialwissenschaftlicher Perspektive. Prof. Gottweis unterstützte meine Neugierde für soziale Netzwerke im Internet und bot mit dem Diplomandenseminar einen ansprechenden Rahmen mit viel nützlichem Feedback während des Schreibprozesses.

Essentiell für diese Arbeit waren die „Online-Gespräche“ mit elf Italienerinnen (und einem Italiener), die sich die Zeit genommen haben, um mit mir über ihre Erfahrungen während der Schwangerschaft zu sprechen. Über diese Arbeit hinaus werden mir diese Gespräche mit starken, selbstbewussten und optimistischen Menschen in Erinnerung bleiben.

Danken möchte ich auch Dr. Sabine Kiem, Dr. Roland Koch und Primar Dr. Herbert Heidegger aus Meran für die Hintergrundgespräche, die sie mit mir geführt haben. Dank Ihnen habe ich die ärztliche Perspektive auch aus der Praxis etwas kennengelernt.

Ich danke Gregor, dessen unzählige kleine Hilfen diese Arbeit ermöglichten. Danke auch an Martina und Walburg.

Ein sehr persönliches und stilles Danke geht an meine Eltern, deren Unterstützung, Zuneigung und Verständnis mich stets begleitet haben.

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkungen	5
II. Abkürzungsverzeichnis	6
III. Einleitung	7
1. Fragestellung und Hypothesen:.....	9
<i>Werden Autonomisierungstendenzen von schwangeren Frauen durch die Nutzung von Online-Foren gegenüber ihren Partnern und Ärzten oder Ärztinnen verstärkt?</i>	9
2. Methoden.....	12
3. Theoretische Grundlagen zur Pränataldiagnostik	14
4. Begriffsklärung	19
4. 1. Terminologie der Pränataldiagnostik	19
Nicht-invasive Methoden	19
Ultraschall.....	20
Combined Test	21
Triple Test	22
Pränatales Screening	23
Invasive Methoden	23
Amniozentese	24
Chorionzottenbiopsie.....	24
4.2. Terminologie des Internets	25
Das Internet.....	25
Web 2.0.	26
Instant Messaging (IM).....	27
E-Health	28
5. Implikationen der Pränataldiagnostik.....	29
5.1. Feministisches Narrativ.....	29
5.2. Heilpädagogisches Narrativ	32
6. Internet: Web 2.0	35
6.1. Communication, Community & Content.....	36
6.2. Internetforen als Virtuelle Gemeinschaften	43
6.3. Die Funktionalität von Internetforen	46

7. Das Verhältnis von Arzt oder Ärztin und schwangerer Frau.....	48
7.1. Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt.....	49
7.2. Schwangere als decision-maker.....	52
Expert Patients and Consumerism.....	54
8. Autonomisierung von schwangeren Frauen	56
8.1. Die Rolle des Partners	57
8.2. Die Rolle des Internetforums	58
8.3. Die Rolle der Hebammen.....	58
9. Faktor Italien	60
10. Empirischer Teil: Qualitative Inhaltsanalyse nach P. Mayring.....	65
10.1. Bestimmung des Ausgangsmaterials.....	65
10.2. Fragestellung der Analyse	70
10.3. Ablaufmodell der Analyse und Definition der Analyseeinheiten	72
10.4. Analyseschritte mittels Kategoriensystem	72
10.5. Rücküberprüfung des Kategoriensystems an Theorie und Material	83
10.6. Interpretation der Ergebnisse in Richtung der Hauptfragestellung	84
IV. Anhang.....	99
Abstract.....	99
Abstract in English	101
Interviewleitfaden	102
Lebenslauf	105

I. Vorbemerkungen

Alle Übersetzungen in dieser Arbeit stammen von der Verfasserin und sind nicht gesondert gekennzeichnet. Die Untersuchung, die dem empirischen Teil zu Grunde liegt wurde mit italienischen Interviewten aus italienischen Internetforen durchgeführt. Sämtliche Zitate wurden demnach in italienischer Sprache getätigt und von der Verfasserin dieser Arbeit kontextbezogen übersetzt. Die qualitative Inhaltsanalyse nach P. Mayring strukturiert und analysiert die Daten der Untersuchung, dabei belegen die Zitate die Ergebnisse der Untersuchung. Aufgrund der Fülle von Zitaten wird darauf verzichtet die Übersetzungen zu kennzeichnen, da sämtliche Zitate Übersetzungen sind.

In dieser Arbeit wird durchwegs vom Fötus gesprochen, wenn das Ungeborene gemeint ist. Dies soll keineswegs eine Position zur Debatte um den Beginn des Lebens suggerieren, sondern wurde der Einfachheit halber verwendet. Dieser Begriff findet sich im Großteil der Literatur zu diesem Thema und pränataldiagnostische Untersuchungen betreffen das Ungeborene hauptsächlich wenn es mit dem medizinischen Begriff „Fötus“ bezeichnet wird.

Es wurde versucht in dieser Arbeit eine ‚gendergerechte‘ Sprache beizubehalten. Das Wort *User* wurde dabei bewusst ausgenommen um den Faktor Anonymität herauszustreichen.

II. Abkürzungsverzeichnis

In dieser Arbeit wird versucht auf Abkürzungen weitgehend zu verzichten, dies ist vor allem aufgrund von Zitaten nicht immer gelungen. Deswegen sollen hier die wichtigsten Abkürzungen dieser Arbeit erläutert werden.

Amnio = Amniozentese

et al. = et alii

GOL = Gravidanza Online (untersuchtes Schwangerschaftsforum)

IM = Instant Messaging

mp = messaggio privato / Privatnachricht

nn= non

PM = Pianeta Mamma (untersuchtes Schwangerschaftsforum)

PND = Pränataldiagnostik

tn = traslucenza nucale / Nackenfaltenmessung

u.a. = unter anderem

URL = Uniform Resource Locator (die „Internetadresse“)

Villo = Villocentesi / Chorionzottenbiopsie

x = per

z.B. = zum Beispiel

III. Einleitung

Die Zeit der Schwangerschaft ist eine besondere Zeit. Werdende Eltern versuchen sich auf ihr Kind vorzubereiten, kaufen Ratgeber und recherchieren im Internet. Sie wünschen sich vor allem ein gesundes Kind¹, und sind sehr beunruhigt wenn es Anzeichen gibt, die dem widersprechen.

Seit der erstmaligen Anwendung der Sonographie bei Ungeborenen im Jahre 1958 entwickelten sich zunehmend Methoden zu medizinischen Routine-Untersuchungen. Nicht-invasive Methoden (siehe dazu Begriffsklärung in Kapitel 4) werden aufgrund ihrer geringen Gefährlichkeit für Mutter und Ungeborenes von den meisten Frauen in Anspruch genommen. Mit Hilfe von Ultraschall oder Combined Test (siehe ebenda) können allerdings körperliche Auffälligkeiten erkennbar sein, was den Großteil der Frauen zu weiterführenden invasiven Tests veranlasst. Schon nicht-invasive Techniken können also Sorgen und Ängste beeinflussen, gleichzeitig können sie aber auch ein Sicherheitsgefühl vermitteln. In jedem Falle besteht bei vielen Frauen ein großer Informations- und Gesprächsbedarf, da die Schwangerschaft meistens eine Zeit großer Unsicherheit mit sich bringt. Die Schwierigkeiten dieser Zeit in Bezug zur pränatalen Diagnostik sollen in Kapitel 5 erläutert werden.

Der große Gesprächsbedarf, der in dieser Zeit entsteht, wird meistens nicht ausschließlich vom medizinischen Personal gedeckt; wichtige Ratgeber und Informationsquellen für Frauen sind, neben jenen genannten, Freundinnen und Verwandte, Fachliteratur, Geburtsvorbereitungskurse und in zunehmenden Maße Webseiten und Online-Foren (siehe hierzu die Begriffsklärung in Kapitel 4). Grundsätzlich gibt es hierzu zwei Varianten: zum einen gibt es vielerorts im Netz die Möglichkeit Experten zu befragen. Dazu stellt man in einem Experten-Forum eine Frage online und sollte eine Antwort von Personen mit medizinischer Ausbildung bekommen, die im Offline-Leben im für die Frage relevanten Bereich praktizieren. Die Verfasser sind hier immer mit Namen, Fachbereich und oft auch mit Arbeitsort

¹ Diese Erkenntnis zieht sich durch die gesamte Literatur (z.B. Hildt 2006: 419) und wurde sowohl im Hintergrundgespräch mit dem Primar als auch in den geführten Interviews bestätigt.

gekennzeichnet. Grundsätzlich antwortet immer nur eine Ärztin auf die Frage, theoretisch könnten aber auch die jeweiligen Kollegen zusätzliche Tipps oder Informationen geben, was aber nur selten geschieht. Bei einigen Foren ist es auch für medizinische Laien möglich, auf solche Fragen zu antworten. Meist geben sie nach der Antwort der Ärztin (oder Hebamme) praktische Hilfen für den Alltag.

Die andere Variante eines Online-Forums involviert kein medizinisches Personal. Hier kommunizieren schwangere Frauen oder Mütter (in seltenen Fällen auch werdende Väter) miteinander; diese Art von Foren ist meist von mehr Interaktivität gekennzeichnet. Auf sie wird in dieser Arbeit Bezug genommen und auch die Interview-Partnerinnen wurden aus solchen rekrutiert. Im empirischen Teil (Kapitel 10) wird darauf näher eingegangen.

In diesen Foren macht nur ein kleiner Teil der Kommunikation „Sachinformation“ aus, der größere Teil besteht aus „Geschichten und Gefühlen“. In Kapitel 6 wird darauf näher eingegangen. In Kapitel 7 geht es um das Ärztin/Schwangere-Frau-Verhältnis, welches sich durch den Einfluss des Internets verändert. Eine Rolle spielt hier aber auch die schon häufig untersuchte Medikalisierung der Schwangerschaft, da diese (paradoxe?) Autonomisierungstendenzen verstärken kann.

Sehr viele schwangere Frauen sind in Online-Foren aktiv, aber sehr wenige Männer; ob dies eine Auswirkung auf das Entscheidungsverhalten von Frauen in Bezug auf pränatale Diagnostik hat, soll in Kapitel 8 untersucht werden. Wie hoch die Zahlen von schwangeren Internet- und Forennutzerinnen wirklich sind, lässt sich aber leider nicht mit Gewissheit sagen. Aus der diesbezüglich einzig relevanten Statistik über das Internetnutzungsverhalten von Italienerinnen geht hervor, dass ca. 15 Millionen Italienerinnen das Internet auch in Hinblick auf Informationen zur Gesundheit nutzen.

Laut Schätzungen sind 30 Millionen Menschen in Italien zeitweise online, dies ist im Vergleich zu anderen europäischen Staaten (besonders zu Skandinavien oder den Benelux-Ländern) ein geringer Anteil; es gibt allerdings in Italien große regionale Unterschiede. Auch im Bereich der Pränataldiagnostik gibt es große regionale Unterschiede innerhalb Italiens und Unterschiede zwischen Italien und anderen europäischen Staaten. Deshalb ist es erforderlich auf die besonderen Gegebenheiten in Italien hinzuweisen, und bestimmte staatliche und kulturelle Einflüsse aufzuzeigen, was in Kapitel 9 erfolgen wird.

1. Fragestellung und Hypothesen:

Schwangere Frauen erleben eine Zeit großer Unsicherheit - daher kommt das große Bedürfnis nach Information und Meinungsaustausch bezüglich Schwangerschaft und Geburt, das auch mithilfe des Internets gestillt werden soll. Im Informationszeitalter reduziert die Recherche im Internet den traditionellen *knowledge gap* zwischen Arzt oder Ärztin und schwangerer Frau; umfassende Informationen können der Frau in Bezug auf Pränataldiagnostik Sicherheit und Selbstbestimmung geben.

Besonders in Online-Foren wird der Meinungsaustausch mit anderen (werdenden) Müttern ermöglicht, bzw. ermutigt; in dem größeren Teil der Forenkommunikation geht es um persönliche Meinungen, um Erzählungen, um Emotionen. Ein Online-Forum zum Thema Schwangerschaft kann eine virtuelle Gemeinschaft darstellen, mit eigenen Regeln und Verhaltensmustern. Wie beeinflusst diese Gemeinschaft schwangerschaftsbezogene Entscheidungen von den Nutzerinnen? Fühlen sich die Nutzerinnen durch ihre Aktivität im Forum besser vorbereitet auf die Fragen der Pränataldiagnostik? Können Schwangerschaftsängste durch die Internetnutzung relativiert werden? Diese Aspekte sind für diese Arbeit essentiell und sollen mithilfe folgender Fragen beleuchtet werden:

Werden Autonomisierungstendenzen von schwangeren Frauen durch die Nutzung von Online-Foren gegenüber ihren Partnern und Ärzten oder Ärztinnen verstärkt?

In diesem Zusammenhang ist es auch interessant aufzuzeigen, wer das Internet zur Recherche in der Schwangerschaft nutzt. In Online-Foren zum Thema Schwangerschaft oder Elternschaft bewegen sich hauptsächlich Frauen (vgl. Mankuta et al. 2007 oder Himmel 2005), Menschen ohne eigenen Internet-Zugang werden mit großer Wahrscheinlichkeit nicht sehr aktiv sein und eine Vielzahl von Autoren (vgl. Eysenbach 2003 oder Renahy 2008) gehen davon aus, dass eher jüngere, besser ausgebildete und finanziell besser gestellte Frauen das Internet zur Informationssuche und zum Meinungsaustausch verwenden. Deshalb sind folgende Fragen in den bisherigen Studien zu wenig beachtet, nichtsdestoweniger aber von großer Relevanz:

Welchen sozioökonomischen Hintergrund haben Eltern (bzw. Frauen), die das Internet zur Informationsbeschaffung über Pränataldiagnostik nutzen?

Warum nehmen Männer kaum am Online-Diskurs über Pränataldiagnostik teil?

Leider können die letztgenannten Fragen im Laufe dieser Arbeit nur am Rande gestreift werden, sollen aber als Anregungen für weitere Forschung in diesem Bereich dienen.

„Ärzte besitzen kein Monopol mehr auf Information zu Diagnose und Therapieverfahren.“ (Gregor 2004: 115) Das Internet ermöglicht das Einholen einer zweiten Meinung durch Experten-Foren oder Online-Konsultation, wobei nicht wenige aus Unzufriedenheit mit der jeweiligen Ärztin im Internet nach Alternativen suchen. Auch wenig geübte Nutzerinnen finden medizinische Informationen und praktische Tipps für den Alltag online. Einige Schwangere besprechen die Ergebnisse ihrer Internet-Recherchen mit ihrer Ärztin, viele fühlen sich durch die Online-Suche besser vorbereitet auf Gespräche mit medizinischem Personal.

Schwangere recherchieren auch deshalb zunehmend im Internet, *weil* sich die Schwangerschaft zunehmend medikalisiert und dadurch auch verkompliziert hat. Die Fragen der Pränataldiagnostik überfordern die meisten Frauen, da die bloße Existenz von bestimmten medizinischen (Diagnose)verfahren, Frauen zu einer (oft weit reichenden und komplexen) Entscheidung zwingt. Die notwendigen Entscheidungen der Schwangerschaft werden von Frauen alleine getroffen, dies könnte in Zusammenhang mit einer durch Internet-Foren verstärkten Autonomisierung der Frauen in Bezug zu Pränataldiagnostik stehen. In den Bereichen der Online-Foren zum Thema Pränataldiagnostik sind kaum männliche Nutzer zu finden. Welche Rolle die werdenden Väter, bzw. die Partner der schwangeren Frauen spielen, soll mit Hilfe der Interviews herausgefunden werden.

Dabei stützen folgende Hypothesen die Fragestellung und veranschaulichen die eben erwähnten Aspekte:

1. Internetnutzung führt zu mehr Information und damit zum Bruch des tradierten Verhältnisses zwischen Arzt/Ärztin und schwangerer Frau. Schwangere werden durch die Internetnutzung *empowert*.

2. Die Zeit, in der Frauen mit Pränataldiagnostik konfrontiert sind, ist eine Zeit großer Unsicherheit, in der Frauen Entscheidungen (die sie oft überfordern) treffen müssen. In diesem Zusammenhang steht der große Bedarf an Kommunikation und Beratung: *virtual communities* erfüllen diesen Bedarf.

3. Die Erwartungen an Pränataldiagnostik werden durch den Austausch mit anderen Betroffenen im Internet beeinflusst. Kommunikation und emotionaler Austausch hat hier einen höheren Stellenwert als Sachinformation; Anonymität ist ein wichtiger Faktor.

4. Männer nehmen am Pränataldiagnostik-Diskurs im Internet kaum Teil. Dies verstärkt die Position der Frau als (alleinige) *decision-maker*.

2. Methoden

Über das Themengebiet Pränataldiagnostik gibt es ein unzähliges Ausmaß an Literatur; unter anderem aus medizinischer, ethischer, heilpädagogischer und feministischer Perspektive. Diese Arbeit stützt sich vor allem auf rezente Literatur und Studien zu diesem Thema in Zusammenhang mit den Gefühlslagen von Frauen, dem Ärztin/Schwangeren-Verhältnis und mit besonderem Blick aufs Internet.

Zusätzlich wird die Arbeit durch einen empirischen Teil bereichert, in dem Interviews mit zwölf Frauen und einem Mann, die in Online-Foren zum Thema Pränataldiagnostik aktiv sind, analysiert werden. Die zwölf Personen wurden direkt aus dem jeweiligen Internet-Forum rekrutiert und mithilfe von Instant-Messaging-Programmen (wie Skype oder Messenger) befragt. Dies geschah einerseits aus praktischen Gründen, da ein persönliches Treffen mit Frauen (und dem Mann), die in ganz Italien verstreut leben, einen erheblichen (zeitlichen und finanziellen) Aufwand bedeutet hätte. Der Hauptgrund aber ist, dass diese Form des Interviewens thematisch sehr passend ist, da User in Online-Foren auch anonym sind und von den anderen Teilnehmerinnen genauso wenig „*face to face*“ erlebt werden. Italienische Frauen nutzen Beratungsangebote zur Pränataldiagnostik in der Offline-Welt nicht sehr häufig (vgl. Kapitel 9), im Internet sind viele hingegen höchst aktiv. Die fehlende Bindung an Ort und Zeit ist ein weiterer Faktor, der das Internet als Kommunikationsmedium für (werdende) Mütter attraktiv macht.²

Um das Bild abzurunden, und auch die andere Perspektive etwas zu beleuchten wurden drei Hintergrund-Interviews mit medizinischem Personal geführt. Diese fanden in drei persönlichen Treffen im April in Meran in Südtirol (Italien) statt. Es handelte sich hierbei um Gespräche mit einer niedergelassenen Gynäkologin, einem niedergelassenen Gynäkologen und dem Primar für Gynäkologie und Geburtshilfe in einem Krankenhaus.

² Im Falle der Interviews ist die Bindung an die Zeit (also Synchronität) sehr wohl vorhanden, da die jeweils Interviewte im selben Moment online war wie die Interviewerin. Ortsungebundenheit ist natürlich auch hier vorhanden.

Die untersuchten Foren, aus denen Interviewpartnerinnen gefunden wurden, werden im Folgenden kurz beschrieben:

www.gravidanzaonline.it ist eine als journalistisches Medium geführte Website, mit einem umfangreichen Stab an medizinischem Personal, das auf Fragen, die an Expertinnen gerichtet werden, antwortet. Dieses Portal deckt fast alle möglichen Themenbereiche einer Schwangerschaft ab, bietet viel Information und ermutigt die Interaktion mit anderen Nutzerinnen.

www.mammole.it gehört zu einem Dienstleistungsunternehmen, das auch Babyschwimmen, klassisches Ballett für Kinder, Neugeborenen-Massagen und Geburtsvorbereitungskurse anbietet. Auch diese Plattform wird durch Werbung finanziert, ist aber das kleinste der drei Webportale und wurde von einer Hebamme gegründet.

www.pianetamamma.it ist ein kommerzielles Webangebot, das an dem größeren Portal pianetadonna.it angebunden ist. Die Industrie-Holding Banzai besitzt neben einigen anderen Onlineforen auch *pianetamamma*. Auch hier werden viele Themenbereiche der Schwangerschaft abgedeckt, zusätzlich gibt es weitere zielgruppenorientierte Angebote und Extras.

Aus den genannten Foren wurden jeweils vier User interviewt. Zu diesem Zweck wurde zuerst bei den Verantwortlichen um Erlaubnis gebeten, daraufhin ein Thread mit der Thematik dieser Arbeit errichtet und gezielt nach Frauen gefragt, die sich für ein Interview zur Verfügung stellen würden. Im Posting wurde die Verfasserin kurz vorgestellt und das Thema der Arbeit in Ansätzen präsentiert. Fragestellung und Hypothesen wurden nicht dargestellt.

Auf die untersuchten Foren, sowie auf den Ablauf der Untersuchung wird im empirischen Teil ausführlicher eingegangen.

3. Theoretische Grundlagen zur Pränataldiagnostik

Im folgenden Kapitel soll erläutert werden, wie genetische Forschung und insbesondere die Möglichkeit der Pränataldiagnostik den gesellschaftlichen Diskurs über Schwangerschaft verändert haben. Ein Diskurs verweist „auf alle Formen sozialen Dialogs, wie er innerhalb und zwischen Institutionen, zwischen Individuen und sozialen Gruppen, Organisationen und den politischen Institutionen im Besonderen stattfindet“. (Donati 2001: 147)

Laut Haker gab es in Europa schon ab den 1930er Jahren Eingriffe in der Schwangerschaft nicht mehr nur wegen der Mutter, sondern auch wegen kindlichen Wohlbefindens. (Haker 2002: 62) Seit den 1970er Jahren gibt es die Möglichkeit der Pränataldiagnostik für breite Bevölkerungsschichten und seit damals erfolgt laut Rose „the screening of pregnant women in ‚high-risk‘ groups“ (Rose 2001: 12). Dadurch veränderte sich laut Hildt die Situation in der Schwangerschaft:

„Für Frauen, die sich seit jeher als verantwortlich für die Gesundheit ihrer Kinder betrachteten, weitet sich durch die Verfügbarkeit genetischer Frühdiagnostik der Verantwortungsbereich aus, was für viele eine Verstärkung des Verpflichtungsgefühls nach sich zieht, alles Verfügbare tun zu müssen, um ein gesundes Kind zur Welt zu bringen.“ (Hildt 2006: 419)

Die technischen Möglichkeiten der Genomforschung haben die Gesundheitspolitik individualisiert und an genetischen Merkmalen festgemacht³. So wird nach Rose und Novas der Einzelne für seine Gesundheit verantwortlich gemacht, und daran anschließend die Schwangere für die Gesundheit ihres Fötus. Diese Verantwortung basiert nicht mehr ausschließlich auf sozialen Normen über das Schwangerschaftsverhalten (wie z.B. nicht zu rauchen und keinen Alkohol zu trinken), sondern erstreckt sich zunehmend auf die genetische „Gesundheit“, bzw. genetische Normalität des Fötus. Rose und Novas bezeichnen dies als *genetic*

³ McGowan sagt, die Frauen in dem von ihr untersuchten Online-Forum zur Präimplantationsdiagnostik würden Gesundheit, Wohlbefinden und Normalität von ihren Nachkommen in genetischen Begriffen definieren. (McGowan 2007: 107)

responsibility. Dies bedeutet, dass ein Mensch nicht erst dann von einer Krankheit betroffen ist, wenn diese ausbricht, sondern wenn er eine genetische Disposition dafür hat. Der potentiell Kranke muss deshalb Risiko-Management betreiben. (Rose/Novas 2000: 486) Das Individuum soll in der Gesundheitsförderung dazu befähigt werden, „seine Gesundheit selbst in die Hand zu nehmen, die Risiken seines Lebensbereiches aktiv zu managen“. (Gottweis et al. 2004: 82) Im Falle einer Schwangeren muss diese also Verantwortung für die Gesundheit ihres Fötus übernehmen⁴ und vor allem dann von sich aus versuchen den *genetic risk* ihres Fötus zu erfahren, wenn sie zu einer Risikogruppe gehört. Grundsätzlich wird „jedes Individuum zu einem riskanten Individuum“ (Gottweis et al. 2004: 83), nichtsdestotrotz werden mithilfe von Statistiken bestimmte Gruppen zu Risikogruppen. „Verantwortung heißt mehr Autonomie. Wer sich nun weigert Verantwortung zu übernehmen, der gilt als verantwortungslos.“ (Fosen-Schlichtinger 2002: 16) Über die Konstruktion von Risikogruppen (z.B. mithilfe des Parameters ‚Alter‘) werden Schwangere durch Screenings oder auch durch Ultraschalluntersuchungen mit Pränataldiagnostik konfrontiert.

„So können sich viele Frauen angesichts des Angebots genetischer Frühdiagnostik der Möglichkeit, auf Nummer sicher zu gehen, nicht entziehen. Der tiefe Wunsch nach einem gesunden Kind und das Bedürfnis nach Kontrolle und Beruhigung spielen hier eine große Rolle. Für schwangere Frauen ist es daher häufig schwierig, pränatale Diagnostik abzulehnen, wenn sie im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge von ärztlicher Seite angeboten wurde.“ (Hildt 2006: 419)

Die Konstruktion von Risikogruppen besteht aus einer Reihe von Strategien, die versuchen, jene Individuen oder Gruppen zu identifizieren, zu behandeln oder zu verwalten, deren Risiko als hoch angesehen wird. (Rose 2001: 7) Ettore verknüpft diese Konstruktion von Risikogruppen mit der Position des Experten oder der Expertin:

⁴ Diese *genetic responsibility* kann schon vor einer Schwangerschaft beginnen. McGowan stellt fest, dass Frauen im Falle einer Präimplantationsdiagnostik Verantwortung für die Resultate ihrer getesteten Embryos übernehmen und ihren „*bad eggs*“ die Schuld für negative Ergebnisse geben.

„The making of science and technology is a collective process in which present-day scientific experts attempt to legitimate the ‚principle of dominance‘. This principle is embedded in the theory and practise of science as well as directing the content and social function of science. Within this collective process, experts are identified as those individuals who can successfully lay claim to specific skills or types of knowledge, which the lay person does not possess.“ (Ettore 2002: 39)

Experten sieht sie im Zusammenhang mit der Humangenetik als „*genetic storytellers*“ (Ettore 2002: 52), die in der Lage sind, ihre Techniken und ihr Wissen als Hauptkriterium zu nützen, um eine Bewertung darüber abzugeben, welche Gene ‚gut‘ oder ‚besser‘ und welche ‚schlecht‘ oder ‚fehlerhaft‘ sind. „Thus, they may be able to make moral and social judgements not only about the social existence of genes but also about who is fit to be born.“ (Ettore 2002: 41)

Durch genetische Tests wird nun eine Grenze zwischen Risiko und Sicherheit geschaffen, denn sie definieren „klar das gefährliche Individuum, machen es für die Gesellschaft sichtbar und damit abgrenzbar, andererseits wird von einem rationalen Individuum erwartet, sich seinem Testergebnis entsprechend zu verhalten, wodurch weitere Sicherheit produziert wird“. (Gottweis et al. 2004: 84) Rose weist darauf hin, dass pränataldiagnostische Untersuchungen keineswegs immer valide Resultate liefern (vgl. die Falsch-Positiv- bzw. Falsch-Negativ-Rate), die versprochene Sicherheit sei Illusion. In vielen Fällen würde das Risiko, eine Krankheit zu entwickeln, einfach durch die Anwesenheit von bestimmten Allelen, Sequenzen oder Markern gesteigert. (Rose 2001: 12) Ein Problem gibt es hingegen sobald bekannt wäre, dass eine Person in eine Risikogruppe fallen würde. Dann könnte diese Person von anderen oder von sich selbst so behandelt werden, als wäre sicher, dass sie nun oder in der Zukunft in der schlimmsten Art und Weise davon betroffen wäre. (Rose 2001: 10)

Rose schreibt, dass der philosophische Status von menschlichen Wesen durch viele kleine Entscheidungen verändert wird. Diese Entscheidungen würden Unternehmer, Genetiker, Ärzte, Patienten, potentielle Eltern und Konsumenten treffen, in dem sie technische Möglichkeiten anwenden, erforschen, darin investieren und sie anzweifeln. (Rose 2001: 20) Auch Fosen-Schlichtinger sieht die Sogwirkung der Technik, durch die sich „in kleinen, anfangs kaum merklichen Schritten“ der Begriff der Verantwortung verändert, da er dem technisch Machbaren angepasst wird.

(Fosen-Schlichtinger 2002: 16) Das technisch Machbare ist nicht immer das Erstrebenswerte, so fordert nicht nur Bogner: „Angesichts der Herausforderungen durch den medizinischen Fortschritt und das medizinisch Machbare muss das professionell Vertretbare neu bestimmt werden.“ (Bogner 2003: 8) Stehr ordnet diese Forderung in eine Übergangsphase ein, in der Wissenschaft und Technik nicht mehr nur als Schlüssel für >>eine umfassende Linderung unserer Probleme<< (Gottfried Wilhelm Leibniz) angesehen [werden], sondern oft schon als die Wurzel allen Übels. (Stehr 2001: 119)

Das Recht auf Nicht-Nutzung der Pränataldiagnostik fordert Hildt in diesem Zusammenhang:

„So muss auch die Freiheit bestehen, genetische Frühdiagnostik nicht in Anspruch zu nehmen bzw. sich bewusst für ein erkranktes oder behindertes Kind zu entscheiden. Sind diese beiden Optionen nicht gleichwertig, so besteht lediglich Scheinautonomie, bei der zwar keine direkte Einflussnahme erfolgt, bei der jedoch vielfältige indirekte Einflüsse über gesellschaftliche Stimmungen und Erwartungshaltungen einen starken Einfluss auf die Entscheidungsfindung besitzen.“ (Hildt 2006: 431)

Rose ist der Meinung, dass aufgrund der technischen Möglichkeiten auch die Entscheidung zur Nicht-Intervention eine Art von Intervention darstellt. (Rose 2001: 19) Das Konzept der Autonomie, welches Hildt der Scheinautonomie gegenüberstellt erklärt sie so:

„Generell steht Autonomie im Zusammenhang mit Tätigsein und Handeln, mit der Übernahme von Verantwortung für begangene Handlungen, mit all jenen höheren Bewusstseinsformen, die charakteristisch für den Menschen sind. Im Zentrum des Konzepts befinden sich Gesichtspunkte wie die Fähigkeit und Möglichkeit zum Selbstentwurf und zur Selbstbestimmung, sowie die Möglichkeit, den Verlauf seines Lebens maßgeblich gestalten zu können.“ (Hildt 2006: 53)

Eine echte Autonomie von Schwangeren erlaubt diesen demnach frei zu entscheiden, ob und welche Untersuchungen der Pränataldiagnostik in Anspruch genommen werden sollen und welche Konsequenzen aus den Ergebnissen gezogen werden. Es gibt in Bezug auf genetische Informationen auch ein Recht auf Nicht-Wissen. Dies betrifft im besonderen Maße Familien, die von seltenen genetischen Erkrankungen betroffen sind und bei denen eine humangenetische Untersuchung

von einer Person automatisch Auswirkungen auf deren Familienmitglieder hat. Die Nicht-Intervention und das Recht auf Nicht-Wissen werden laut Hildt gesellschaftlich oft nicht angenommen. Latente Schuldzuweisung seien vorhanden: „Hiermit ist eine gewisse Neigung verbunden, Mütter bzw. Eltern, die sich gegen Pränataldiagnostik entschieden haben, für das Auftreten genetisch bedingter Erkrankungen oder Behinderungen bei ihren Kindern retrospektiv zur Verantwortung zu ziehen.“ (Hildt 2006: 419f) Somit stelle das „Bereitstellen pränataler genetischer Analysemöglichkeiten letztlich kein neutrales Angebot dar“. (Hildt 2006: 420)

In dem Diskurs über Pränataldiagnostik lassen sich laut Graumann und Schneider aus feministischer Sicht zwei biopolitische Haupttendenzen erkennen. Eine Tendenz bezieht sich auf die Optimierung diagnostischer Verfahren, um Kinder mit „Fehlbildungen“ zu vermeiden. Die zweite Tendenz besagt, dass der menschliche Körper zur Ressource für biomedizinische Forschung und Praxis wird. (Graumann/Schneider, Hervorhebung der Autorinnen) Gottweis et al. verwenden den Begriff „Biomedikalisierung“ um bestimmte Veränderungen in der Medizinentwicklung aufzuzeigen: Die medizinische-wissenschaftliche Praxis versucht Krankheiten „immer gezielter auf molekularem, d.h. genetischem und zellularem Niveau“ zu bekämpfen, gleichzeitig findet ein tiefgreifender organisatorisch-institutioneller Transformationsprozess statt. (Gottweis et al. 2004: 16f)

Diese gezielte Bekämpfung von Krankheiten auf genetischem Niveau führt zu Präimplantations- und Pränataldiagnostik, mit der nach bestimmten genetischen „Defekten“ gesucht werden kann. „Wenn auch keine Wahl zugunsten eines nach Wunschkriterien zurechtgezimmerten >>Designerbabys<< möglich ist, so wird doch eine Auswahl ermöglicht in dem Sinne, dass bestimmte unerwünschte genetische Charakteristika ausgeschlossen werden können.“ (Hildt 2006: 389f) Diese Möglichkeit erfordert von Schwangeren eine Position; die Konfrontation mit Pränataldiagnostik in der Schwangerschaft ist unumgänglich – schon allein dadurch, dass in der medizinischen Praxis in Italien Gynäkologinnen und Gynäkologen verpflichtet sind Schwangere auf diese Möglichkeiten hinzuweisen.

Die Thematik über Selektion nach genetischen Kriterien wird in Kapitel 5 nochmals aufgegriffen. Zunächst sollen aber die wichtigsten Begriffe, die in dieser Arbeit vorkommen, erläutert werden.

4. Begriffsklärung

Im Folgenden sollen die Begriffe, die für diese Arbeit wichtig sind, kurz erläutert werden. Zur Terminologie der Pränataldiagnostik empfiehlt sich die Lektüre von Bartram et al. 2000 oder in italienischer Sprache die Richtlinien zu genetischen Tests, die vom *Istituto Superiore di Sanità* herausgegeben werden. (Linee guida per test genetici 1998)

4. 1. Terminologie der Pränataldiagnostik

Mehr über Methoden der Pränataldiagnostik und mehr darüber, wie sie in Italien üblicherweise angewendet werden findet sich in den Richtlinien für genetische Tests, die vom *Istituto Superiore di Sanità* herausgegeben werden.

Nicht-invasive Methoden

Nicht-invasive Methoden zeichnen sich dadurch aus, dass sie ein sehr geringes, meist ein vernachlässigbares Risiko für das Ungeborene und die schwangere Frau darstellen. Nicht-invasiv sind sie deshalb, weil sie für sich gesehen keinen medizinischen Eingriff beinhalten. Diese Methoden stützen sich auf Beobachtung (wie beim Ultraschall) oder auf Analyse von Hormonen und Proteinen aus dem Blut der Schwangeren, das durch eine (schon aufgrund anderer medizinischer Untersuchungen notwendigen) Blutprobe gewonnen wird.

Für die meisten Frauen heißt nicht-invasiv auch nicht problematisch und deshalb werden diese Untersuchungen häufig und beinahe unbedacht (Vgl. Grebner 2008: 155) in Anspruch genommen. Diese Einschätzung ist jedoch nicht immer zutreffend, da auch solche Eingriffe, die als ethisch unproblematisch gelten, „in ihrer Suche nach Auffälligkeiten immer auch ambivalent [sind] – in bestimmten Fällen können sie die Durchführung einer invasiven Pränataldiagnostik nahe legen und auf diese Weise einen potenziell entscheidungsrelevanten Charakter bekommen.“ (Bogner 2003: 155) Ein weiterer Punkt betrifft die unterschiedlichen Zeiträume, in denen nicht-invasive und invasive Untersuchungen vorgenommen werden. „So liegt der Entwicklung non-invasiver Verfahren zur vorgeburtlichen genetischen Diagnostik die Absicht

zugrunde, die Risiken des Analyseverfahrens zu verringern sowie den Analysezeitpunkt im Schwangerschaftsverlauf vorzuverlegen.“ (Hildt 2006: 394f)

Im Folgenden werden die gängigsten nicht-invasiven Untersuchungsmethoden vorgestellt.

Ultraschall

Der Ultraschall, oder die Sonographie ist die gängigste Methode der Pränataldiagnostik, die auch von der Krankenkasse⁵ bezahlt und somit vom Staat gefördert wird. Diese Methode ist „einfach, relativ billig und nahezu risikolos für Mutter und Kind“ (Strachota 2002: 285).

Drei Ultraschall-Untersuchungen werden vom italienischen Gesundheitsministerium empfohlen, eine pro Trimester. Im Bereich der 10. Woche wird der Fötus das erste Mal untersucht, primär geht es darum, ob das Ungeborene am Leben ist. Das Alter des Fötus wird bestimmt, Mehrlinge werden hier festgestellt oder ausgeschlossen und eine erste Einschätzung erfolgt bezüglich Missbildungen. In dieser Untersuchung wird auch die sog. Nackenfalte vermessen: Die Nackentransparenz⁶ ist ein erster Hinweis auf Trisomie 21, der nur im ersten Trimester erkennbar ist. Ist dieser Wert außerhalb bestimmter Parameter, steigt die Wahrscheinlichkeit für eine Trisomie 21. Laut Hille kann die Ultraschall-Untersuchung als eine Schwellenmethode angesehen werden, die im Falle von Auffälligkeiten zu weiteren Tests führen kann. (vgl. Hille 2000: 104)

Die zweite Untersuchung findet meist um die 20. Woche statt und dient dem sog. Organscreening. Jedes Organ wird einzeln vom Ultraschall gezeigt um Missbildungen zu erkennen.

⁵ Zum italienischen System der Krankenversicherung siehe: Libera Università di studi sociali - Luiss “Guido Carli” Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche “V. Bachelet”: Libro bianco sui principi fondamentali del servizio sanitario nazionale. 2008.

⁶ italienisch: traslucenza nucale

Die dritte Sonographie soll vor allem Wachstum und Lage des Fötus kontrollieren und findet zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche statt. Die letzten rezenten Daten zur Schwangerschaftsvorsorge in Italien stammen aus dem Jahr 2007. Im Durchschnitt wurden fünf Ultraschalluntersuchungen pro Schwangerschaft durchgeführt; bei 24,3% der Schwangerschaften wurden mehr als sieben Ultraschalluntersuchungen ausgeführt, wobei es deutliche regionale Unterschiede gibt – dazu mehr in Kapitel 9. In der Literatur findet sich oftmals der Ausdruck „*baby-watching*“, den auch die Gynäkologin und der Gynäkologe in den Hintergrundgesprächen verwendeten, besonders als von 3D-Ultraschall und Videoaufnahmen der Ultraschallbilder gesprochen wurde. Vor allem in heilpädagogischen Arbeiten wird betont, dass die Ultraschalluntersuchung von den (potenziell) werdenden Eltern oft als zu harmlos empfunden wird, da die Methode nicht invasiv ist und die Visualisierung des Fötus im Vordergrund steht. Diese Art von Baby-Fernsehen ist für die behandelnde Ärztin, den behandelnden Arzt aber eine Untersuchung, die neben Geschlechts- und Altersbestimmung dazu dient, Malformationen und Fehlentwicklungen zu erkennen. Auch die Sichtbarmachung des Ungeborenen hat bestimmte Auswirkungen: „Der Embryo oder Fötus wird durch die Visualisierungsmöglichkeiten zu einem eigenständigen Subjekt, das von der Schwangerschaft abgelöst werden kann.“ (Haker 2002: 69)

Combined Test

Der Combined-Test liefert wie der Triple-Test keine eindeutige Diagnose, sondern eine Prozentwahrscheinlichkeit (Vgl. Bogner 2003: 157). Hierbei handelt es sich um ein zweistufiges Verfahren. Einerseits wird die Dicke der Nackenfalte mittels Ultraschall gemessen, andererseits erfolgt eine Laboruntersuchung des Blutes der Schwangeren, wo die Plazentahormone PAPP-A und beta-HCG genauer analysiert werden. Ein Computerprogramm berechnet aus den biochemischen Werten und den Ultraschalldaten, sowie dem Alter der Schwangeren ein Gesamtrisiko.

Triple Test

Der Triple Test (in Italien meist Tri Test genannt) ist ein Bluttest, der den Wert von einem Protein und zwei Schwangerschaftshormonen misst. Das Protein Alpha-Fetoprotein (AFP), freies Estriol und die freie β -Kette des Choriongonadotropins (β -hCG) werden zwischen 15. und 17. Schwangerschaftswoche gemessen. Die Konzentration dieser Werte können auf Fehlbildungen des Fötus hinweisen; so deutet ein erhöhtes AFP, welches vom Fötus produziert wird, auf einen Neuralrohr-Defekt hin (wie z.B. Spina Bifida oder Anencephalie). Dieser Test ist nicht immer aussagekräftig, insbesondere wenn der Zeitpunkt der Schwangerschaft nicht exakt festgestellt wird. Die Erkennungsrate von Trisomie 21 liegt laut *Sismer*⁷ bei etwa 60%.

Die Weiterentwicklung des Triple-Tests geht in zwei Richtungen: Eine Variante begnügt sich nur noch mit zwei Werten, dem β -HCG und dem PAPP-A (*pregnancy-associated plasma protein*). Zusätzlich wird mithilfe des Ultraschalls der genaue Zeitpunkt der Schwangerschaft festgestellt. Dieser Test findet üblicherweise zwischen 10. und 14. Schwangerschaftswoche statt und wird Bi-Test oder Duo-Test genannt; wenn der Ultraschall auch zur Bestimmung der Nackenfaltendichte genutzt wird, als Ultrascreen.

Eine andere Variante stützt sich noch auf einen vierten Marker, dem Inhibin A, das im Zusammenhang mit dem Alter der Frau auf Trisomie 21 hindeuten kann. In Italien ist der sog. Bi-Test (oder Double Test), also die Variante mit zwei Werten die übliche Methode.

Die eben erwähnten Methoden verstehen sich als Wahrscheinlichkeitsrechnung, die eine relative hohe Fehlerquote aufweisen kann. Durch die Weiterentwicklung des Tri-Tests wird insbesondere versucht, die Falsch-Positiv-Rate zu senken, die beim Ultrascreen laut American Pregnancy Association immerhin noch bei ca. 5% liegt.

⁷ Società Italiana Studi della Medicina della Riproduzione: Orsini, Luigi Filippo/Guadalupi, Eleonora: La diagnosi prenatale. Letzter Zugriff auf <http://www.sismer.it/italiano/attivita-assistenziale/diagnosi-prenatale.aspx> am 18.10.2010.

Pränatales Screening

Das Pränatale Screening bezeichnet den Einsatz von nicht-invasiven Methoden um Hinweise auf Fehlbildungen zu finden, ohne dass ein besonderer Verdacht darauf besteht. Die Definition von Ettore deutet schon auf den standardmäßigen Einsatz des Screenings hin: „Prenatal screening is the programmatic search for foetal abnormalities such as congenital malformations, chromosomal disorders, neural tube defects and genetic conditions among the asymptomatic population of pregnant women.“ (Ettore 2002: 23) Der erste Schritt dazu ist die einmal pro Trimester verpflichtende Ultraschalluntersuchung, welche oft zu weiteren Untersuchungen führt. In diesem Sinne spricht Ettore von einer durch pränatales Screening erreichten Auswahl an schwangeren Frauen, deren Föten ein erhöhtes Risiko für Fehlbildungen aufweisen. (Ettore 2002: 24) „Screeningtests haben also den Sinn, von einer starren über-individuellen Bestimmung des Risikos aufgrund des Altersparameters wegzukommen“ (Bogner 2003: 159).

Haker weist darauf hin, dass der Unterschied zwischen individuellen genetischen Tests und allgemeinen Screenings in Bezug auf die Pränataldiagnostik nicht so klar ist, da es heute ein flächendeckendes Angebot an Gentests gibt. „Ein Test, der auf jeweils bestimmte Gruppen von Personen zugeschnitten ist, befördert bei einer großen Inanspruchnahme ein ‚Screening von unten‘ oder löst zumindest einen Screening-Effekt aus, der der direkten gesundheitspolitischen Kontrolle entzogen ist.“ (Haker 2002: 108f) In Italien bildet die Altersgrenze von 35 Jahren die Grenze zwischen der Risikogruppe, die Screenings unterzogen werden soll, und der „restlichen“ Gruppe von Schwangeren. Palka et al. kritisieren diese Grenze, da durch diesen Parameter nur ein Teil der Schwangerschaften, die vom Down-Syndrom betroffen sind, entdeckt werden könnten. (Palka et al. 2007: 733)

Invasive Methoden

Die Gewissheit über eine normale Chromosomenanzahl wird erst durch invasive Methoden erlangt. Auch wenn nach bestimmten genetischen „Krankheiten“ gesucht wird, können sie durch diese Untersuchungen bestätigt oder ausgeschlossen werden. An dieser Stelle sei gesagt, dass nur genetische Auffälligkeiten, nach denen

man sucht, gefunden werden können. Da es aber unzählige, genetisch bedingte seltene Erkrankungen gibt, wird nur im Falle einer Prädisposition in der Familie danach gesucht.

Amniozentese

Die Amniozentese wird in Italien zwischen der 15. und der 17. Woche⁸ durchgeführt. Hierbei wird mit einer dünnen Nadel durch die Bauchdecke der Schwangeren gestochen um Fruchtwasser zu entnehmen. Diese Prozedur wird mithilfe der Sonographie überwacht. Das Fehlgeburtsrisiko liegt zwischen 0,5 und 1%. Das entnommene Fruchtwasser wird normalerweise im Labor chromosomisch untersucht, bei bekannten genetischen „Defiziten“ der Eltern wird auch die DNA untersucht.

Chorionzottenbiopsie

Die Chorionzottenbiopsie oder auch Chorionbiopsie ist eine invasive Methode der Pränataldiagnostik, bei der Bestandteile der Plazenta, die Chorionzotten, entnommen und mittels Biopsie untersucht werden. Es gibt zwei Möglichkeiten diese zu entnehmen, entweder transabdominal durch die Bauchdecke oder transzervikal über den Muttermund. Die Chorionzottenbiopsie wird weniger oft angewandt als die Amniozentese⁹, meist nur bei einer familiären Prädisposition zu Fehlbildungen. In Italien wird die Chorionzottenbiopsie (auf italienisch: *villocentesi*) üblicherweise zwischen der 9. und 12. Schwangerschaftswoche durchgeführt. Die Wartezeit auf einen Befund beträgt ungefähr 3 Wochen.

⁸ Der Zeitpunkt der Amniozentese ist in Italien früher als in anderen europäischen Ländern, da eine Abtreibung aufgrund medizinischer Indikation nur bis zur möglichen Lebensfähigkeit des Fötus straffrei ist. Nach den ersten 90 Tagen muss eine große Gefahr für das seelische oder körperliche Wohl der Schwangeren attestiert werden. (Legge 194/1978)

⁹ Im Jahr 2007 wurden in Italien bei 100 Geburten durchschnittlich 15,4 Mal eine Amniozentese durchgeführt; eine Chorionzottenbiopsie hingegen 3,4 Mal. Bei über 40-Jährigen steigt der Anteil der Amniozentese auf 43,4 Untersuchungen pro 100 Geburten. (CeDAP 2010: 33)

4.2. Terminologie des Internets

Das Internet

Das Internet ist technisch gesehen ein weltweiter Zusammenschluss von Netzwerken, die das Protokoll TCP/IP (*Transmission Control Protocol/Internet Protocol*) nutzen um sich miteinander zu verbinden. Der Bereich, mit dem User am häufigsten in Kontakt kommen und der oft fälschlicherweise mit *dem* Internet gleichgesetzt wird, ist das World Wide Web. Es stützt sich auf das http-Protokoll, das vor jeder URL im Browser angezeigt wird und beinhaltet Websites, Internetforen, Blogs, usw.

Zur geschichtlichen (und technischen) Entwicklung des Internets, sowie zur Übersicht über unterschiedliche Protokolle wurde schon an anderer Stelle ausführlich geschrieben, sodass hier nur der Verweis zu Döring 2003 oder auch Fuchs 2008 erlaubt sei.

Aus sozialwissenschaftlicher Sicht ist das Internet „a techno-social system, in which human beings make use of a technological medium in order to act, communicate, and cooperate“ (Fuchs 2008: 124). Dieses System gewinnt dabei kontinuierlich neue Nutzerinnen und Nutzer. Die letzten Daten der *Internet World Stats*¹⁰ zeigen, dass es weltweit über 1,7 Milliarden User gibt; in Italien sind ca. 30 Millionen Menschen Internetnutzer.

Nachfolgend werden diejenigen Begriffe aus dem Internet erklärt, die für diese Arbeit relevant sind.

¹⁰ Internet World Stats, Statistiken zu Internetnutzung weltweit:

<http://www.internetworldstats.com/stats.htm>, letzter Zugriff am 17.03.10.

Web 2.0.

Das Web 2.0 wird durch einen Paradigmenwechsel des Internets charakterisiert. Formal bezieht sich der Begriff auf verbesserte technische Möglichkeiten (Programme wie z.B. Flash), die multimediale Inhalte ermöglichen. Sozialwissenschaftlich beschreibt dieser Begriff vor allem den UGC – *user generated content*. “User generated content represents one of the biggest changes of the Web since its inception in the early 1990’s. This paradigm shift has resulted in a surge in the popularity of Web sites that enable users to build social networks and share content.”(Gill 2007: 15) Im Web 2.0 ist der Nutzer oder die Nutzerin nicht mehr Konsument sondern Produzent; er oder sie interagiert mit anderen öffentlich. Peer-to-Peer-Konzepte konnten sich erst durch die technischen Möglichkeiten des Web 2.0 entwickeln. Laut Christian Fuchs ist das Web 1.0 sehr kognitiv, ein Werkzeug für das Denken, das Web 2.0 ist ein Medium für menschliche Kommunikation und das sich ankündigende Web 3.0 ist geprägt von vernetzten digitalen Technologien, die menschliche Kooperation unterstützen. (Vgl. Fuchs 2005: 125, 127)

Internetforen

Internetforen sind Diskussionsgruppen im Internet; sie sind genauso wie ihre Terminologie aus den Usenets hervorgegangen, sind aber Teil des World Wide Web. (vgl. Roessing 2009: 53) Ein Internetforum ist ein virtueller Ort, an dem Meinungen, Ideen und Erfahrungen ausgetauscht, sowie Fragen gestellt und beantwortet werden. Kennzeichnend dabei ist die Asynchronität, d.h. die Kommunikation findet im Gegensatz zu einem Chat nicht in Echtzeit statt.

Thread

Ein Thread (übersetzt: Faden) ist ein Themenstrang, den ein User zu einem bestimmten Thema eröffnet. Andere User können zu dieser Diskussion beitragen und in diesem Thread ihre eigenen Gedanken veröffentlichen, und zwar mithilfe von Postings. Funktionierende Threads haben notwendigerweise einen Titel und können aus vielen einzelnen Nachrichten bestehen, die sich über Seiten erstrecken. In einem

Thread nimmt man üblicherweise aufeinander Bezug, in dem man z.B. Teile der Nachricht, die man kommentieren will, zitiert.

Posting

Ein Posting ist ein Eintrag in einem Thread. Postings werden oft mit Nachrichten auf einem Schwarzen Brett verglichen. Eine Möglichkeit um die Aktivität in einem Internet-Forum zu messen, ist, sich die Anzahl der Postings innerhalb einer Zeitspanne anzusehen. Diese Anzahl wird auf dem Profil des Forumsmitglieds angezeigt.

Instant Messaging (IM)

Die sofortige Nachrichtenübermittlung, oder IM ermöglicht einen internetbasierten synchronen Text-Chat, bei dem nur die User, welche miteinander kommunizieren möchten, am Chat teilnehmen. Dies geschieht über ein Computerprogramm, den sog. Client, welches mit einem Netzwerk (dem Internet z.B.) oder direkt mit einem Server verbunden wird. Die Nachrichten werden in einem eigenen Fenster nach oben hin gescrollt, so dass die neueste Nachricht sich unter die letzte hinzufügt und alte Nachrichten irgendwann aus dem Sichtfeld verschwinden. Das sog. Push-Verfahren ermöglicht das unmittelbare Anzeigen der Nachricht im Chatfenster des Empfängers. Die meisten IM-Anbieter ermöglichen auch den Versand von Dateien oder Video- bzw. Audiostreams. In dieser Arbeit wurden für die Interviews hauptsächlich zwei Anbieter verwendet, weil diese die populärsten in Europa sind und die Interviewten aus mehreren Möglichkeiten fast ausschließlich diese beiden auswählten. Skype, der erste Peer-to-Peer-Anbieter, der Videotelefonie erfolgreich verbreitete, wird laut eigenen Angaben an Spitzenzeiten von bis zu 23 Millionen Menschen gleichzeitig verwendet, herunter geladen hätten das Programm schon mehr als 1 Milliarde Menschen. Der zweite Anbieter, üblicherweise MSN genannt¹¹,

¹¹ Das Vorgängerprogramm von Windows Live Messenger hieß MSN-Messenger, weswegen das Kürzel MSN in Italien der geläufige Begriff für das Programm ist. MSN bezieht sich auf „The Microsoft Network“, das Webportal von Microsoft.

heißt Windows Live Messenger und ist das Instant Messaging Programm von Microsoft. Trotz der etwas geringeren Nutzerzahlen war dieses Programm das beliebteste unter den Interviewten.

E-Health

Der Begriff *electronic health* bezeichnet die gesundheitsrelevanten Anwendungen und Medien im Internet. Er tauchte erstmals 1997 auf und überschneidet sich oft mit dem Begriff der Telemedizin, da er ganz unterschiedliche Anwendungen, Tools und Inhalte umfassen kann. Eysenbach definiert den Begriff so:

„e-health is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the Internet and related technologies. In a broader sense, the term characterizes not only a technical development, but also a state-of-mind, a way of thinking, an attitude, and a commitment for networked, global thinking, to improve health care locally, regionally, and worldwide by using information and communication technology.“ (Eysenbach 2001)

Im Gegensatz zu Eysenbach sehen andere den Begriff nicht ganz so umfassend und kritisieren den ökonomischen Beigeschmack.

„Da sich das Gesundheitswesen als Dienstleistung am Menschen begreift, welche sich von Natur aus schlecht elektronisch transportieren lässt, charakterisieren Unworte wie E-Health als elektronische Gesundheit nur unzureichend den Mehrwert der zugrundeliegenden Anwendungen; dies im Gegensatz zu Dienstleistungen wie E-Banking oder E-Shopping mit dem entsprechenden, direkten Nutzen für den Endanwender.“ (Hölzer 2008: 133)

5. Implikationen der Pränataldiagnostik

Fragen der Pränataldiagnostik können auf mehreren Ebenen problematisch sein. Einerseits besteht für jede einzelne Frau eine moralisch-psychologische Ebene, auf der es um konkrete Probleme geht, wie z.B. Belastungen im Untersuchungsverfahren, die lange Wartezeit auf den Befund oder der Umgang mit dem pathologischen Befund (der die Thematik Schwangerschaftsabbruch beinhaltet). Andererseits gibt es auch eine ethisch-gesellschaftliche Ebene, deren Fragen politisch behandelt und beantwortet – oder eben nicht beantwortet – werden. Diese Fragen sollen hier anhand zweier, auf beiden Ebenen wichtiger Narrative aufgezeigt werden: dem feministischen und dem heilpädagogischen Narrativ. Einige wichtige Themen aus den beiden Narrativen werden hier angesprochen, auf die im Laufe der Arbeit noch öfter Bezug genommen wird.

Feministisches Narrativ

Zunächst können feministische Narrative in Bezug auf Schwangerschaft und Pränataldiagnostik nicht ohne Abtreibungsdebatte gedacht werden. Einerseits schließen einige Argumente daran an, andererseits klingt nicht nur in Italien¹² die (nicht immer unberechtigte) Angst mit, diese Debatte erneut führen zu müssen. Somit wird der Schwangerschaftsabbruch zum wichtigen Thema innerhalb der feministischen Storylines über Pränataldiagnostik. Wichtig ist hier der Unterschied zu einem Schwangerschaftsabbruch ohne medizinische Hinweise auf mögliche Behinderungen oder körperlichen Fehlentwicklungen.

¹² In Italien wurden bei der Einführung zum Gesetz über medizinisch assistierte Fortpflanzung im Jahre 2004 Teile der Abtreibungsdebatte wieder aufgewärmt. Vor allem der diskutierte Status des Embryos und der (mittlerweile vom Verfassungsgerichtshof aufgehobene) Zwang, alle produzierten Embryonen in den Körper der Frau einzupflanzen, waren sehr umstritten und ließen Teile des Parlaments und der Öffentlichkeit an Argumente der Abtreibungsdebatte anschließen.

„Ein solcher Abbruch einer eigentlich erwünschten Schwangerschaft stellt ein mit großen Schuldgefühlen, Verlusterfahrungen, gesundheitlichen Risiken und emotionalen Schwierigkeiten verbundenes traumatisches Erlebnis dar, vergleichbar einer Fehlgeburt.“ (Hildt 2006: 394)

In Italien kann ein Abbruch nach den ersten 90 Tagen nur durchgeführt werden, wenn das körperliche oder seelische Wohl der Schwangeren aufgrund von Erkrankung oder Unfall der Schwangeren oder aufgrund von entdeckten Behinderungen oder Fehlentwicklungen des Fötus stark gefährdet ist. Dies gilt nur so lange wie der Fötus noch nicht selbst lebensfähig ist. In Italien wurden im Jahre 2009 offiziell 116.933 Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt, davon ca. 3% nach der zwölften Woche¹³, also hauptsächlich aufgrund eines negativen Resultats der Pränataldiagnostik. (Ministero della Salute 2010: 29) Während die Zahlen für Schwangerschaftsabbrüche vor der zwölften Woche seit langem sinken¹⁴, steigen die Zahlen für die Abbrüche nach dieser Frist seit einigen Jahren etwas. Die Anzahl der Abbrüche vor und nach den zwölf Wochen sind regional sehr unterschiedlich. Darüber soll ausführlicher in Kapitel 9 berichtet werden.

„Bereits das Wissen um die Möglichkeiten der Pränataldiagnostik verändert das Erleben der Schwangerschaft – unabhängig davon, ob die Diagnosemöglichkeiten in Anspruch genommen werden oder nicht.“ (Brockman/Reichard 2000: 62) Haker meint dazu, dass durch das flächendeckende Angebot der Druck auf Frauen wächst „die pränatale Diagnostik als Routineverfahren der Schwangerschaftsbetreuung anzusehen und durchführen zu lassen.“ (Haker 2002: 114) Dadurch wird aber die Tragweite der Entscheidung für Verfahren der Pränataldiagnostik leicht verschleiert: „Die Vorentscheidung für Pränataldiagnostik impliziert im Grunde die Entscheidung, im Falle des Feststellens einer als gravierend empfundenen genetisch bedingten Auffälligkeit einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen.“ Besonders Familien

¹³ Innerhalb der ersten 90 Tage einer Schwangerschaft ist ein Abbruch de facto für alle Schwangeren möglich, diese Frist wird meist (fälschlicherweise) mit zwölf Wochen gleichgesetzt.

¹⁴ Pro 1000 Frauen zwischen 15 und 44 gibt es in Italien nunmehr 8,3 Abbrüche, der Anteil von Frauen mit ausländischer Staatsbürgerschaft an der Gesamtzahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche liegt bei ca. 33%. (Ministero della Salute 2010)

mit erhöhtem Risiko, die gezielt nach dieser Krankheit suchen, würden bei einem positiven Befund einen Abbruch vornehmen lassen. (Hildt 2006: 421)

Gesellschaftlich wird besonders von Frauen ab Mitte 30 erwartet pränataldiagnostische Verfahren in Anspruch zu nehmen, da vor allem die Wahrscheinlichkeit einer Chromosomenaberration (z.B. Trisomien) mit dem Alter der Schwangeren steigt. Mediziner und Medizinerinnen einigen sich auf das jeweilige Alter, ab dem sie Schwangeren Methoden der Pränataldiagnostik besonders empfehlen. Diese künstlich festgesetzte Zahl selektiert die Gruppe der Schwangeren, die durch Screenings systematisch getestet werden sollen. „Frauen, die sich gegen die Durchführung pränataler Diagnoseverfahren entscheiden, laufen Gefahr, sich den eigenen und von aussen (sic!) an sie herangetragenen Schuldzuweisungen auszusetzen, wenn sie ein behindertes Kind zur Welt bringen.“ (Brockman/Reichard 2000: 63)

Ein weiteres wichtiges Thema wird durch die geläufige Phrase „Schwangerschaft als Krise“ charakterisiert. Singer beschreibt das viel diskutierte Phänomen so:

“Durch die Schwangerschaft kommt es für die Frau zu psychischen Veränderungen und der Umstellung ihrer gesellschaftlichen Rolle. Dieser Wandel wird krisenhaft erlebt und führt im besten Falle zu persönlicher Weiterentwicklung und Reifung. Doch die Krise muss durchlebt und (psychische) Sicherheit wieder hergestellt werden.” (Singer 2008: 13)

Singer kommt in ihrer Diplomarbeit zum Schluss, dass jüngere Frauen und Frauen mit niedrigerer Ausbildung ihre Schwangerschaft ängstlicher erleben als ältere und besser ausgebildete. Mehrmalige Schwangerschaften spielten keine Rolle. (Singer 2008: 112, 116f) Singer betont, dass die Pränataldiagnostik nicht der einzige Grund für Ängste und Unsicherheiten der Schwangerschaft ist. “Jedoch werden Verunsicherung und Belastung durch Pränatale Diagnostik verstärkt...” (Singer 2008: 14) Diese Belastung, die in der Literatur immer wieder beschrieben wird, ist während der Wartezeit auf einen Befund am allergrößten. Dies werden auch einige Interviews aus dem empirischen Teil dieser Arbeit bestätigen.

Ein weiteres Thema im feministischen Narrativ ist die Selbstbestimmung der Frau, die als teilweise verloren gegangen betrachtet wird, vor allem wenn es um die

Medikalisierung der Schwangerschaft geht. Brockman und Reichard stellen fest: „Der Ausbau der Vorsorgeuntersuchungen hat zu einer Kompetenzverschiebung im Lebensabschnitt der Schwangerschaft geführt: weg von der werdenden Mutter hin zu den ÄrztInnen.“ Dies erkennt man daran, wie der Zustand des Ungeborenen beurteilt wird: Früher reichte dafür Selbstbeobachtung der Mutter, heute ist an diese Stelle „die technologievermittelte Fremdbeobachtung durch die MedizinerInnen getreten“. (Brockman/Reichard 2000: 60) Somit wurden das Gefühl der Schwangeren und das Tasten der Hebamme durch medizinische Instrumente wie den Ultraschall ersetzt.

Heilpädagogisches Narrativ

Aus heilpädagogischer Sicht geht es bei den Diskussionen um die Pränataldiagnostik hauptsächlich um die Thematik des Umgangs mit Behinderung. Obwohl der überwiegende Teil aller Behinderungen perinatal oder postnatal auftritt, entsteht der Eindruck, dass ein behindertes Kind ein individuelles Problem ist, „das technisch zu lösen ist“. (Haselsteiner 2007: 6) Waldschmidt spricht in diesem Zusammenhang von der Fruchtwasseruntersuchung, „die das Ungeborene zu einem Patienten macht der nicht geheilt, sondern nur abgetrieben werden kann.“ (Waldschmidt 2003) Noch deutlicher drückt es Haselsteiner in ihrer Diplomarbeit aus:

“Mit der pränatalen Diagnostik steht nun eine Technologie zur Verfügung, die der Verhinderung von Behinderung dient. Die *Verhinderung von Behinderung* bedeutet genauer gesagt die Verhinderung der Geburt von Menschen mit Behinderung. Insofern könnte die pränatale Diagnostik eine radikalisierte Form der Kontaktvermeidung darstellen.” (Haselsteiner 2007: 6)

Diese Aussage wird von der hohen Zahl an Schwangerschaftsabbrüchen nach einer festgestellten Anomalie gestützt. Auch Bauer spricht davon, dass versucht wird „das Phänomen Behinderung *aus unserer Gesellschaft* zu ‚eliminieren‘, indem die Geburt von Menschen mit Behinderung vermieden werden soll“ - andererseits erfolgen Bemühungen „Menschen mit Behinderung *in unsere Gesellschaft* zu integrieren“ (Bauer 2004) Hinsichtlich der Pränataldiagnostik kann nicht zwischen invasiven und nicht invasiven Methoden unterschieden werden: „Auch ein ‚einfacher‘ Ultraschall kann zur Auffindung von Strukturanomalien führen, die wiederum Indikatoren für

Chromosomenaberrationen sein können.“ (Bogner 2003: 154f) Da nur nach bestimmten Beeinträchtigungen gesucht werden kann, bringt die Pränataldiagnostik eine vermeintliche Sicherheit mit sich; hinzu kommt, dass „Aussagen über den Schweregrad der gefundenen Erkrankung oder Behinderung“ nur selten möglich sind. (Brockman/Reichard 2000: 67) Im heilpädagogischen Narrativ findet sich deshalb häufig die Kritik an mangelnden Informationen im ärztlichen Beratungsgespräch: über die Verfügbarkeit und Aussagekraft von pränataldiagnostischen Untersuchungen, über das Leben mit einem behinderten Kind und über mögliche psychosoziale Folgen des Befundergebnisses. Diese Informationen sollten laut Gutschi als wichtige Entscheidungsgrundlage angesehen werden. (Gutschi 2005: 77) In diesem Bezug sind die gesellschaftlichen und sozialen Folgen vom Leben mit Behinderung sehr relevant. Brockman und Reichard sagen dazu: „Frauen, die sich trotz der möglichen sozialen und beruflichen Benachteiligungen für eine Schwangerschaft entschieden haben, sind zunehmend auf der Suche nach einer Garantie für ein gesundes Kind, da ein behindertes Kind unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen nur schwer in die eigenen Lebenspläne zu integrieren wäre.“ (Brockman/Reichard 2000: 69) Die Unvereinbarkeit in Bezug auf die Realisierung von beruflichem Erfolg und einer Familie für die meisten Frauen, „führt u.a. zu einer Altersverschiebung von Schwangerschaft und Familiengründung und zu einem erhöhten Sicherheitswunsch, dass ein Kind in die biographische Berufsplanung ‚passt‘“. (Haker 2002: 88)

Ein weiteres Thema des heilpädagogischen Narrativs ist die Gemütslage von Frauen in Bezug auf die Pränataldiagnostik. Gutschi formuliert die in der Literatur häufig (z.B. bei Righetti et al. 2008: 103) dargestellten Sorgen von Frauen, die sich mit pränataldiagnostischen Untersuchungen konfrontiert sehen, recht treffend:

„Ein Großteil der Frauen leidet unter den widersprüchlichen Anforderungen der vorgeburtlichen Diagnostik. Als besonders belastend und stressreich wird die Wartezeit zwischen dem Eingriff und dem Befundergebnis empfunden. Die Unsicherheit und Sorge über den Ausgang der Untersuchung versetzt viele Frauen in eine Art ‚Panik‘. Verbunden mit dieser Sorge ist die konkrete Angst, möglicherweise vor der Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch zu stehen.“ (Gutschi 2005: 80)

Ein Thema im heilpädagogischen Narrativ ist die schon bei Rose/Novas erklärte persönliche Verantwortung der werdenden Eltern bzw. der schwangeren Frau über die Gesundheit des Fötus. (z.B. Gutschi 2005: 71) In diesem Zusammenhang kritisiert Waldschmidt Beratungsgespräche zur Pränataldiagnostik: „Die latente Parole der vielen Beratungs-Rituale lautet: Technikabhängigkeit ist Freiheit, Risikohörigkeit ist Eigenverantwortung und decision-making ist Selbstbestimmung.“ (Waldschmidt 2003: 224) Die „Asymmetrie zwischen selektiver und therapeutischer Komponente“, die Bogner kritisiert (Bogner 2003: 162) macht deutlich, dass pränataldiagnostische Verfahren meist keine heilbaren Krankheiten entdecken. Dennoch verkörpern sie „das Versprechen, die Lebensphase der Schwangerschaft mithilfe technischer Mittel sicher und kontrollierbar zu machen.“ (Bogner 2003: 7)

Der befragte Primar erzählte im Hintergrundgespräch: „Die Geburt ist das soziale Ereignis im Leben einer Frau. Früher sagte man: eine Frau ist guter Hoffnung. Heute kann man sagen: Darf man heute guter Hoffnung sein? Man versucht heute einen Anspruch auf ein gesundes Kind zu erheben, aber 3% aller Kinder haben einen ‚Schaden‘, also Probleme.“

6. Internet: Web 2.0

„Web 1.0 is a tool for thought. Web 2.0 is a medium for human communication. Web 3.0 Technologies are networked, digital technologies that support human cooperation.“ (Fuchs 2008: 127)

Web 2.0. bezieht sich in technischer Hinsicht hauptsächlich auf die Möglichkeit (vor allem) im world wide web multimediale Inhalte, die Interaktion oder Kooperation ermöglichen, zu kreieren und einzusetzen. Der Begriff deutet eine grundlegende Veränderung des Internets an: Web 2.0 ist die zweite Generation, die durch schnellere Datenwege und neue Entwicklungen aktiv wurde. Web 2.0 beschreibt demnach neben technischen Veränderungen vor allem Veränderungen in der Wahrnehmung und im Nutzungsverhalten vom Internet. Die Bezeichnung wurde erstmals 2005 durch den Artikel von Tim O'Reilly „What is Web 2.0?“ einer breiteren Öffentlichkeit bekannt. Mittlerweile wird Web 2.0. in der öffentlichen Debatte häufig von dem Begriff Social Media ersetzt. Die Bedeutung von Web 2.0 aus sozialwissenschaftlicher Sicht wird durch Fuchs gut erklärt. „Web 2.0 can have empowering effects if it is used as a tool for communication and cooperation in civil society.“ (Fuchs 2008: 134) Die Technologie ist aber nicht alleine dafür verantwortlich ob Partizipation, Empowerment und Kooperation entsteht, vielmehr hängt es davon ab, wie diese Technologien in die Gesellschaft integriert werden.

„Web 2.0 and Web 3.0 are more dynamic than Web 1.0. They can support grassroots journalism and activism and participatory democracy. But these phenomena are not automatic implications of technologies; they need to be self-organised in social relations that change the overall competitive character of society.“ (Fuchs 2008: 136)

Internetforen gab es schon vor dem Web 2.0; verändert haben sich aber neben technischen Möglichkeiten das Nutzungsverhalten, die Wahrnehmung und die Verknüpfung mit anderen Internetdiensten, wie z.B. Facebook. Mit und durch Web 2.0 bieten die drei Foren, in den die Interviewten aktiv sind, weit mehr als das reine Forum. Sie sind in große Webportale eingebunden, die viel Information anbieten, Kommunikation und Gemeinschaft fördern und auch Kooperation ermöglichen (z.B. in Form von integrierten Blogs in zwei der Foren).

6.1. Communication, Community & Content¹⁵

Das Internet ist mittlerweile eine wichtige Informationsquelle für werdende Eltern (vgl. Zillien et al. 2008), ergänzt¹⁶ dabei die schon bisher als wichtige Quellen empfunden Ärzte und Ärztinnen, Verwandten und Ratgeber, rangiert aber bei Gesundheitsinformationen genererell vor dem Fernsehen und den Zeitschriften. (Hölzer 2008: 135) Laut Eysenbach nutzen Menschen das Internet um gesundheitsrelevante Informationen zu finden nicht nur wenn sie mit den Informationen, die sie offline bekommen, unzufrieden sind. Sondern auch um sicher zu gehen, dass sie jedes bisschen Information kennen, das verfügbar ist. (Eysenbach 2003: 365) Schon 2003 benutzten laut Eurobarometer mehr als 23% der Menschen in der EU das Internet um nach Gesundheitsinformationen zu suchen. In Skandinavien lagen damals die Zahlen schon bei über 40%. In einer Studie von Andreassen stellte sich heraus, dass 71% der Internetuser das Internet für Gesundheitszwecke nutzten, in der allgemeinen Bevölkerung 44%.¹⁷ (Andreassen et al. 2007)

Heute haben noch mehr Menschen noch schnelleren Zugang zum Internet und aus der letzten italienischen Statistik aus 2008 geht hervor, dass 15 Millionen Italienerinnen medizinische Informationen im Internet suchen. Das wäre etwa die Hälfte der laut *internetworldstats* geschätzten Nutzer und Nutzerinnen Italiens. Aus einer französischen Studie geht hervor, dass vor allem Menschen mit höherem Einkommen und besserer Ausbildung Zugang zum Internet haben (dies bestätigt auch Andreassen et al. 2007), knapp die Hälfte der französischen Befragten mit Internetzugang haben online nach Gesundheitsinformationen gesucht. Dies waren

¹⁵ Begriffe übernommen von McMullan 2006.

¹⁶ Vgl. "Patients do not see the Internet as a replacement for the health professional." (McMullan 2006) oder auch Andreassen 2007.

¹⁷ In Andreassens Studie gibt es ein starkes Nord-Süd-Gefälle, bei dem im Norden am meisten Menschen das Internet für Gesundheitszwecke nutzen, im Osten die Zahlen in der Mitte liegen und im Süden am wenigsten Menschen das Internet für Gesundheitszwecke nutzen. Dies korreliert in hohem Maße mit dem Zugang zum Internet, der in Nord- und Westeuropa weit höher ist als im Osten und Süden. (Andreassen et al. 2007)

vor allem besser ausgebildete Menschen, entweder mit Gesundheitsproblemen, mit einem kranken Familienmitglied, oder solche, die ihre geistige Gesundheit als schwach ansahen. Frauen sind in Bezug auf gesundheitsrelevante Informationen die aktiveren User. (Renahy 2008) Außerdem spielt die Art und Dauer der Internetnutzung eine wichtige Rolle:

„It seems that, with experience, the Internet assumes an increasingly important role in Internet users' lives in terms of how they obtain information and can even become an integral part of their daily lives. Searching on the Internet would thus become a habit or even an automatic reflex when searching for any information in general, just as when searching for health information in particular.“ (Renahy 2008.)

Zur Frage wer im Internet nach Gesundheitsinformationen sucht haben die Pew Studien in den Vereinigten Staaten einiges beigetragen. Rice fasst das wie folgt zusammen:

Internet health information is associated with being female, older, higher education and income, white/non-Hispanic, non-fulltime employment, married or living as married, parent or guardian of a child under 18 living at home, read newspaper yesterday, watched TV news yesterday, more years since first went online, and being engaged in more other Internet activities. (Rice 2006: 14)

Wir sehen also die viel besprochene *digital divide*, die auch Andreassen et al. vor allem an Alter, Ausbildung und Art der Beschäftigung ausmacht. Renahy et al. bezeichnen sie als *double divide*, da sozial isolierte Personen weniger oft online nach gesundheitsrelevanten Informationen suchen. In der Untersuchung von Andreassen et al. haben Frauen mit Internetzugang öfter das Internet zu Gesundheitszwecken genutzt. Frauen nutzen das Internet tendenziell weniger Stunden als Männer, benutzen es hauptsächlich im Arbeitsleben und verwenden eine limitierte Anzahl von Programmen. Dabei konzentrieren sie sich auf Bereich wie Gesundheit, Bildung und Verkauf. (Van Dijk 2006: 182) Ältere Menschen und Menschen mit niedrigem Einkommen haben tendenziell weniger oft einen Internetanschluss, aufgrund von Art und Dauer der Internetnutzung lassen sich Vorteile in der Gesundheitsrecherche von geübteren Nutzer und Nutzerinnen gegenüber weniger geübten Nutzern und Nutzerinnen erkennen. Ein weiterer Punkt ist die (auch sprachliche) Fähigkeit

geschriebene Texte zu verstehen.¹⁸ Wajcman weist darauf hin, dass 2/3 der Informationen aus dem Internet auf englisch verfasst sind. (Wajcman 2004: 119) Weniger gut ausgebildete Menschen mit niedrigerem Einkommen nutzen das Internet laut Van Dijk eher zu Unterhaltungszwecken. Es gibt also mehrere **digital divides**; Fuchs spricht von „material access“, „usage and skills access“, „benefit access“ und „institutional access“, von denen sich einige sogar vergrößern. (Fuchs 2009: 47ff.) Die Konsequenz dieser Tendenzen formuliert Gregor so: „Der Trend hin zu verstärkter Informationsbeschaffung durch das World Wide Web führt zu einer im Wissen geteilten Gesellschaft.“ (Gregor 2004: 92)

In einer Studie der Universität Trier (Zillien et al. 2008) wurden Hebammen, Ärzte/Ärztinnen und werdende Eltern befragt, welche Auswirkungen Internetrecherche auf sie haben. Der überwiegende Teil der werdenden Eltern betrachtete die Internetrecherche als etwas sehr Positives. Viele meinten, sie könnten so Arzttermine besser vor- bzw. nachbereiten und Fragen konkreter formulieren. Im Gegensatz dazu bewerteten Ärzte und Ärztinnen die Internetnutzung von werdenden Eltern als ambivalent. Sie befürchten Fehlinformationen und einen größeren Zeitaufwand in der Beratung. Hebammen waren unterschiedlicher Meinung; etwa jeweils ein Drittel war der Überzeugung die Internetnutzung wirke sich positiv, negativ oder wirke sich nicht sonderlich aus.

In den Foren, die in dieser Arbeit beleuchtet wurden, besteht nur ein sehr kleiner Anteil der registrierten Mitglieder aus Männern, dies ist sicherlich thematisch bedingt. In dem von Mankuta et al. untersuchten Expertenforum zur Geburtshilfe waren 95% der Personen, die Konsultation suchten Frauen. (Mankuta et al. 2007: 109) In dem von Wingert et al. untersuchtem Forum zur assistierten Reproduktion sind ebenfalls 95% der User Frauen. (Wingert et al. 2005) McGowan sagt, dass in dem von ihr untersuchten Forum über die Präimplantationsdiagnostik, fast ausschließlich Frauen aktiv sind. Sie erklärt das damit, dass bei Reproduktionstechnologien die körperlichen Lasten hauptsächlich bei der Frau liegen (McGowan 2007: 99); dasselbe kann auch über die Schwangerschaft gesagt werden. In diesem Zusammenhang ist die Frage von Judy Wajcman interessant, die lautet, ob die

¹⁸ In der Studie von Renahy et.al. haben Kinder französischer Eltern weniger Probleme bei der Internetrecherche von Gesundheitsthemen als Kinder von nicht-französischen Eltern.

Massendigitalisierung die Verbindung zwischen Technik und männlichem Privileg durchtrennen wird. „Yet, even as this question is contemplated, there is a suspicion that existing societal patterns of inequality are being reproduced in a new technological guise.“ (Wajcman 2004: 102)

Das Internet ermöglicht in Fragen der Gesundheit hauptsächlich drei verschiedene Methoden, bzw. Bereiche: die Möglichkeit der Kommunikation (z.B. durch E-Mails), die Existenz einer Gemeinschaft (dazu gehören vor allem Online-Foren) und die eigentliche Information über Gesundheit (z.B. Text auf einer Webseite). Aus einer amerikanischen Studie mit Antworten von 954 durchwegs aktiven E-Mail-Nutzern geht hervor, dass fast zwei Drittel der Teilnehmer und Teilnehmerinnen an ihren Arzt/ ihre Ärztin gerne E-Mails schreiben würden. Der größte Hinderungsgrund: Sie kennen die E-Mail-Adresse ihres Arztes/ ihrer Ärztin nicht, bzw. wissen nicht ob er/sie E-Mails überhaupt verwendet. (Vgl. Sittig 2001) Interessant ist ein weiterer Grund: „15% of respondents were worried that they would bother their provider by sending him e-mail messages.“ (Vgl. Sittig 2001) Patt et al. führten 45 Telefoninterviews mit niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen, die mit ihren Patienten und Patientinnen per E-Mail kommunizierten. Trotz einiger Probleme (Datenschutz, technische Hürden, Zeitaufwand) stuften die befragten Ärzte und Ärztinnen E-Mail-Kommunikation vor allem für Patienten und Patientinnen mit chronischen Erkrankungen als nützlich ein. Dennoch ist die E-Mail-Nutzung von Ärzten und Ärztinnen mit Patienten und Patientinnen nicht üblich. (Vgl. Patt et al. 2003)

Wenn es um den Content geht, also den eigentlichen Inhalt an Gesundheitsinformationen im Internet, gibt es keine genauen Zahlen. Eysenbach hat 2004 durch eine Untersuchung der Suchanfragen an einer Suchmaschine gezeigt, dass 4,5% der Suchanfragen gesundheitsbezogen waren. (Eysenbach/Köhler 2004) Da die meisten Fragen zu Gesundheitsthemen von Internetnutzern und Nutzerinnen durch Suchmaschinenanfragen beantwortet werden, und nicht dadurch bestimmte Webseiten aufzusuchen, wissen wir das Suchmaschinen eine zentrale Rolle in Bezug auf den Content von Gesundheitsinformationen spielen. (Vgl. Eysenbach/Köhler 2002) Eysenbach und Köhler zeigen, dass durchschnittlich weniger als die ersten 10 Hits einer Suchmaschine angeklickt werden, wenn es um die Suche nach einer Antwort auf eine gesundheitsrelevante Frage geht. Um die Qualität oder die Vertrauenswürdigkeit einer Website zu beurteilen, meinten die

Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Fokusgruppen von Eysenbach und Köhler, dass sie darauf achten würden, wer oder welche Organisation hinter der Seite steht. Zeichen von Vertrauenswürdigkeit seien eine öffentliche Institution, wissenschaftliche Referenzen, klare und wissenschaftliche Sprache und ein professionelles Layout. In der Praxis zeigte sich aber durch Beobachtung und anschließenden Interviews, dass bei nur 20% der Antworten (auf die gesundheitsrelevanten Fragen, die ihnen gestellt wurden) die Nutzer und Nutzerinnen sich erinnern konnten, woher genau sie diese hatten. Dies zeigt, dass trotz der viele Versuche ein medizinisches Gütesiegel oder andere medizinische Qualitätsnachweise zu etablieren, die Nutzer und Nutzerinnen wenig auf Disclaimer, Disclosure oder auf „Über Uns“-Seiten achten. Höcher schreibt über unterschiedliche Wünsche in Bezug auf medizinische Gütesiegel im Internet. Er nennt das core vs proxy: Auf der einen Seite stehen Genauigkeit, Vollständigkeit und Aktualität, auf der anderen nur die Offenlegung kommerzieller Interessen. Layout (Zillien et al. 2008: 12) und Suchmaschinen spielen, wie eben bei Eysenbach gezeigt, eine wichtige Rolle; für User ist es wichtiger eine adäquate Antwort auf ihre Frage zu bekommen, als zu wissen wer diese Webseite finanziert hat. (Höcher 2008: 49f)

“At the same time health seekers are flocking to the Internet for health information, many health and mental health professionals are seriously concerned about the quality of information that they are finding and how this information is used. Information on the Internet is unregulated.” (Morahan-Martin 2004)

So glauben nur 20% der befragten Ärzte und Ärztinnen in der Studie von Potts und Wyatt, dass Informationen im Internet normalerweise vertrauenswürdig sind.¹⁹ Immerhin 48% der Befragten glauben, dass die Informationen manchmal verlässlich sind. Ein interessantes Ergebnis der Untersuchung ist, dass die Befragten durchschnittlich nur bei 1-2% ihrer Patienten und Patientinnen annehmen, dass diese das Internet für Gesundheitsthemen nutzen. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Untersuchung sahen in der Internetnutzung von Patienten und Patientinnen mehr Nutzen als Schaden, aber dieser Gebrauch des Internets führe zu mehr Probleme als Vorteile bei den Ärzten und Ärztinnen. Ganz wesentlich ist hier der schon erwähnte zeitliche Mehraufwand, der durch zusätzliche Fragen, Forderungen nach

¹⁹ In dieser Untersuchung fanden jüngere Ärzte Informationen im Internet verlässlicher als ältere.

alternativen Behandlungsmethoden oder Unsicherheiten von Patienten und Patientinnen ausgelöst wird. Zusätzlich spielen aber noch andere Faktoren eine Rolle:

„Responsible for the low esteem in which physicians hold the Internet as an educational tool are likely not only the (partly justified) concerns on the quality of Internet information, but also discomfort on having to deal with a patient who is perhaps better informed than oneself or who even comes into the office already with a concrete diagnosis and/or therapy in mind.“ (Anderson et al. 2003: 78)

Auch Potts und Wyatt sehen die Qualität der Informationen im Internet nicht alleine als ausschlaggebendes Kriterium zur Internetnutzung: Informationen von schlechter Qualität seien weniger bedeutend, wenn Patientinnen und Patienten dies beurteilen könnten. Umgekehrt sind Informationen guter Qualität weniger nützlich wenn man davon überschwemmt wird. „Overall, this survey suggests that patients are deriving considerable benefits from using the Internet and that some of the claimed risks seem to have been exaggerated.“ (Potts/Wyatt 2002) Zu einem ähnlichen Schluss kommt auch Himmel, der sich direkt an Ärzte und Ärztinnen wendet, wenn er meint: „There is no legitimate reason why doctors should not support their patients' use of the internet for this purpose. In addition, doctors should offer their patients an open discussion about all the information they have received.“ (Himmel 2005) Diese Aussage wird durch ein Ergebnis der Studie von Zillien et al. gestützt, da die Mehrheit der werdenden Eltern die persönliche Empfehlung von Freunden und Freundinnen, aber auch von medizinischem Fachpersonal als wichtiges Bewertungskriterium einer Webseite ansieht.

Eine weitere Funktion des Internets ist die der Gemeinschaft. Wie die Studie von Zillien et al. aus 2008 zeigt, bezieht sich Internetnutzung zum Thema Schwangerschaft überwiegend auf die Forumsnutzung, wobei nur 20% der von den Autoren dieser Studie untersuchten Postings in einem deutschen Internetforum Sachinformationen enthielten. Subjektive und emotionale Äußerungen überstiegen diese jeweils um mehr als 10%. Dies zeigt, dass es in einem Internetforum zum Thema Schwangerschaft nicht nur um Information geht. Kommunikation mit Gleichgesinnten ist mindestens genauso ausschlaggebend. Eine Befragte der erwähnten Studie formuliert das so: „Im Netz trifft man dann doch wesentlich mehr

Schwangere als im realen Leben auf der Straße...und einfach ansprechen, weil man gerade hintereinander an der Kasse steht, macht ja auch keiner“.

In den durchgeführten Interviews gaben alle Befragten an, dass das jeweilige Forum, in dem sie aktiv sind eine Gemeinschaft darstellt. Auf die Frage was Ihnen am Forum gefällt oder warum sie gerade das eine nutzen, antworteten einige, dass ihre Fragen im Forum beantwortet würden. Und die jeweilige Antwort (oft in Form von Ratschlägen) kommt von einem anderen Forumsmitglied, das sich in einer ähnlichen Situation befindet oder befunden hat oder das an dem „Problem“ der anderen teilnimmt und sie dadurch auch unterstützt. Von User 10 und User 8 wird betont, dass Frauen in der selben Schwangerschaftswoche wie sie selbst ihnen besonders geholfen haben, da sie die selben Problem und Ängste, aber auch Freuden hätten. „The Internet seems to be a seismograph for psychological needs that are not met by doctors and which, on the other hand, can hardly be fulfilled by virtual experts.“ (Himmel 2005)

In den drei untersuchten Foren war die emotionale Unterstützung der anderen Forumsteilnehmerinnen zuhauf vorhanden; die meisten Interviewpartnerinnen gaben an, gerade das habe ihnen in der Schwangerschaft geholfen. Dies untermauert folgende Annahme aus einer Diplomarbeit: „Man könnte sogar soweit gehen und die Vermutung anstellen, dass ein Internetforum eine beratende Funktion einnimmt.“ (Grebner 2008: 155) Tuil et al. haben das online Verhalten von In Vitro Fertilisations-Patientinnen untersucht und fanden heraus, dass ängstlichere Frauen vor allem das Forum und den Chatroom der untersuchten Webseite besuchten. (Tuil et al. 2008: 2504) Sie entdeckten drei online Verhaltensweise, den individual ‚information style‘, den ‚generic information style‘ und den ‚communication style‘. Letzterer charakterisiert vor allem Forumsmitglieder, die im Forum Erleichterung in stressreichen Phasen finden können. Foren und Chatrooms „offer new opportunities for interventions aimed at the reduction of anxiety.“ (Tuil et al 2008: 2505)

Inwieweit die untersuchten Internetforen eine virtuelle Gemeinschaft darstellen soll im folgenden Unterkapitel erläutert werden.

6.2. Internetforen als Virtuelle Gemeinschaften

Nach der folgenden Definition von Fuchs können Internetforen virtuelle Gemeinschaften darstellen. Manche Internetforen tun das in kleinerem Ausmaß, die Foren in dem die Interviewten aktiv sind, tun das in sehr großem Ausmaß. „A virtual community is not a space that is constituted by shared values, identities, or traditions. What connects people in a virtual community is a shared interest in certain issues and communication oriented on these topics.“ (Fuchs 2008: 137)

Das gemeinsame Interesse der drei Foren, in denen die Interviewten aktiv sind, sind die Themen Schwangerschaft, Kinderwunsch und Elternschaft. In den drei Foren gibt einen engen Kern der sehr aktiven Nutzer und Nutzerinnen, dazu gehören die Moderatorinnen (User 1, User 2, User 7, User 11) und einige Forumsmitglieder, die schon sehr lange aktiv sind (User 3, User 8) oder sehr intensiv am Forum teilnehmen (User 6 schreibt durchschnittlich 10 Nachrichten pro Tag). Der weitere Kreis umfasst Mitglieder, die regelmäßig aktiv sind, wo es aber unterschiedliche Intensitäten gibt. Aus diesem Kreis kommen User 5, User 6, User 10, User 11. Aus dem großen Bereich, der sporadischen Nutzer stammt User 12. Schließlich gibt es noch den Bereich der nicht registrierten Forumsleser und Forumsleserinnen, die das jeweilige Forum passiv konsumieren. Aus diesem Bereich stammt laut Angaben von User 4 ihr Ehemann.

Fuchs stellt fest, dass in virtuellen Gemeinschaften ein Zusammengehörigkeits- und Dazugehörigkeitsgefühl produziert wird, das u. A. von gemeinsamen Meinungen und Glauben, ko-konstruierten neuen Bedeutungen, gemeinsamen Werten, Intimität, emotionalen Bindungen und Verknüpfungen sowie gemeinsamen Interpretationen charakterisiert wird. (Fuchs 2008: 312f)

In den drei Foren gibt es, wie in vielen virtuellen Gemeinschaften einen eigenen *Code of Conduct*. Dieser bezieht sich auf den förmlichen Aspekt, in dem eine Netiquette bestimmte unerwünschte Verhaltensweisen „verbietet“, aber auch ungeschriebene Regeln der Forumsaktivität. So zeigt sich z.B., dass sich Mitglieder, die auf Nachrichten von anderen etwas weniger freundlich als gewohnt antworten, für ihren direkten Ton entschuldigen. „Nun wäre es allerdings naiv zu glauben, dass Diskussionsforen wie die besprochenen machtfreie Räume sind, in denen alle Teilnehmer zu allen Themen frei ihre Meinung äußern können.“ (Breidenbach 2008:

206) Ein Beispiel hierfür sind Zeichen einer hierarchischen Struktur, vor allem was die Moderation und Administration eines Forums betrifft. Das Wort einer Moderatorin oder eines Moderators hat aus Mitgliedsperspektive mehr Gewicht, diese Person hat schließlich die Möglichkeit Beiträge zu Löschen und Mitglieder zu sanktionieren.

Zusätzlich zum eigentlichen Forum gibt es bei allen drei Foren die Möglichkeit Gruppen zu bilden, bzw. ihnen beizutreten und „Freunde“ zum eigenen Profil hinzuzufügen. Auch dies ist eine Möglichkeit für Mitglieder ihren Status festzulegen. Auf *pianeta mamma* können Nachrichten an der Profilkinnwand hinterlassen werden, auf *mammole* kann man Status-Updates abgeben, auf allen drei Foren gibt es die Möglichkeit Fotoalben hochzuladen und auf *pianeta mamma* und *mammole* gibt es für die Mitglieder die Möglichkeit Blogs einzurichten. Alle drei Foren sind in größere Webportale zum Thema Schwangerschaft, Kinderwunsch und Mutterschaft integriert. Die drei Foren enthalten eine sehr hohe Anzahl von Postings: im Forum *gol* gibt es 46.000 Diskussionen (oder Threads) mit über 5 Mio. einzelnen Nachrichten, im Forum *mammole* sind es 58.000 Threads mit knapp 4 Mio. einzelnen Nachrichten und im Forum *pianeta mamma* sind 44.000 Threads mit einer knappen Million Nachrichten. So ist die Zahl der registrierten Mitglieder in allen drei Foren groß: im Forum *gol* gibt es knapp 16.000 Registrierte, im Forum *mammole* über 28.000 und im Forum *pianeta mamma* über 33.000 registrierte Mitglieder. Von außen können die drei Foren als jeweils eine virtuelle Gemeinschaft angesehen werden. Hinsichtlich der Innenperspektive kann einerseits der Umgang der Forumsmitglieder miteinander betrachtet werden. Aus Mitgliedsperspektive kann allen drei Foren ein sehr freundschaftlicher, unterstützender Ton zugesprochen werden, dies kann jedoch in dieser Arbeit nicht umfassend analysiert werden. In der Untersuchung von Wingert et al., die sich mit einem Forum zu medizinisch assistierter Fortpflanzung beschäftigt haben, geht jedoch hervor, dass trotz der vorhandenen Anonymität nur 1% der Nachrichten strafend formuliert waren, Frauen (das waren 95% der Mitglieder) in diesem Forum betonten positive Kommunikation und Unterstützung. (Wingert et al. 2005: 474) Auch im vom Himmel untersuchten Forum über Unfruchtbarkeit spielt emotionale Unterstützung eine wichtige Rolle. Dies steht im Gegensatz zu einer Studie von Chmiel et al. über das BBC Forum, bei der sich herausstellte, dass die meisten Postings negative Emotionen enthalten und dass vor allem Postings mit negativen Äußerungen längere Diskussionen anfachen. (Chmiel et al. 2010) Ein

möglicher Grund für diesen Unterschied, ist das Thema der von Wingert und Himmel untersuchten Foren: Hier herrscht aufgrund des sensiblen Gegenstands ein anderer Code of Conduct. Es mag zusätzlich eine Rolle spielen, dass Mitglieder in Kinderwunsch- und Schwangerschafts-Foren hauptsächlich Frauen sind.

In den Interviews, die dieser Arbeit zu Grunde liegen, bejahten ausnahmslos alle die Frage, ob das Internetforum in dem die jeweilige Frau aktiv war, eine Gemeinschaft darstelle. User 2 meinte, ihre Aktivität im Forum wäre „wie wenn sie eine Freundin anrufen würde“. User 1 sagte zu ihren Umgang mit einigen Forumsmitgliedern „wir sind wie eine Familie“. „Participants in virtual communities not only look for difference and status; they also look for friends, new acquaintances, shared interests in culture and politics, advice, opportunities for discussion, and so on.“ (Fuchs 2008: 312) Dies gilt für die Interviewten von allen drei Foren, die nach eigenen Angaben vielfach online Freunde gefunden haben. User 1 sagt dazu, sie hätte im Forum Mädels aus Gold kennengelernt. Die Online-Foren haben den Interviewten Antworten gegeben, die sie gesucht hatten, dies ist der Grund, warum sich User 12 registrierte. User 4 bekam offline keine Informationen zur Schwangerschaft und schlitterte dadurch in eine Krise. Ihr Lebenspartner hat sie dann bei einem Forum registriert. McMullan sieht einen großen Zusammenhang zwischen der Internetnutzung von Patienten und Patientinnen und ihrem Selbstvertrauen und Gesundheitsverhalten. (McMullan 2006: 26) Eysenbach et al. sehen in virtuellen Gemeinschaften „mental health and social support interventions“. (Eysenbach et al. 2004) Gegenüber face-to-face Gruppen haben virtuelle Gemeinschaften den Vorteil, dass es keine geographischen oder Transportbarrieren gibt, dass anonym und zeitlich ungebunden kommuniziert werden kann. Fuchs nennt zusätzlich noch Faktoren, wie z.B. flexible Mitgliedschaft in Foren, gemeinsames Interesse an bestimmten Themen, Geschwindigkeit (mit der Reaktionen erhalten werden), ausdrucksstarke Kommunikation und Schaffen einer Identität. (Fuchs 2008: 314) Wenn aus Zeitgründen viele Fragen und Unsicherheiten im Gespräch mit Medizinern und Medizinerinnen nicht zur Sprache kommen, ist das Online-Forum ein Weg um sich um die eigene Gesundheit, bzw. Schwangerschaft zu kümmern, da nach Breidenbach „... Internetnutzer versuchen, ihre Offline Welten und Bedürfnisse auch in den Neuen Medien zu reproduzieren“ (Breidenbach 2008: 190).

„The reason why people are interested in virtual communities might be that they feel that society and the social systems they live and work in don't provide them with opportunities that guarantee participation and self-fulfilling activities.“ (Fuchs 2008: 308)

Die Anzahl der Menschen, die in Online-Foren zu Gesundheitsthemen aktiv sind steigt. In der Untersuchung von Andreassen ergab sich, dass 27% der Internetnutzer und Nutzerinnen in Foren oder Online-Selbsthilfegruppen aktiv waren und dass 30% mit medizinischen Fachpersonal online kommuniziert hatten.

6.3. Die Funktionalität von Internetforen

Ein Internetforum erfüllt viele Funktionen von traditionellen *support groups* (Wingert et al. 2005: 474/Eysenbach 2004), wobei es gegenüber diesen viele Vorteile hat: Es gibt eine hohe Aktualität, bzw. Geschwindigkeit, denn User bekommen innerhalb von Minuten Antworten. Es ist ständig erreichbar und auch nachts sind viele User online. Es ist standortunabhängig, d.h. es gibt keine geographischen Barrieren oder Transporthindernisse (wie z.B. Kosten, Abhängigkeit von Verkehrsmitteln, etc.). Manche Internetforen sind sehr international, besonders wenn es sich um Foren über seltene Krankheiten handelt. Hier gibt einem das Forum die Möglichkeit mit betroffenen Menschen zu sprechen, die man ohne Forum nicht kennenlernen könnte, weil es weltweit nicht viele Betroffene gibt. Die Benutzung eines Forums ist üblicherweise kostenlos, die finanziellen Aufwendungen beziehen sich auf den Internetzugang und dessen Nutzung. Bei der Benutzung eines Forums gibt es keine bürokratischen Hürden, das Registrierungsverfahren ist kurz und verlangt nur eine funktionierende E-Mail-Adresse. Die Benutzung eines Forums ermöglicht Anonymität. Jeder User erzählt so viel über sich, wie er gerne mag. Die Identität eines Forumsmitglieds entsteht durch geschriebenen Text (es sei denn das Mitglied stellt von sich aus Fotos online), dadurch spielen körperliche Faktoren eine geringere Rolle. (vgl. gesamten Absatz mit Hölzer 2008: 134/Eysenbach 2003: 363/Fuchs 2008: 314)

Das Onlineforum erfüllt einen gewissen Bedarf an Kommunikation über Fragen der Schwangerschaft. Zillien et al. haben in ihrer Studie Ärzte und Ärztinnen, Schwangere und Hebammen befragt. Die Hebammen haben gesagt, dass

Traditionswissen über die Schwangerschaft eine immer geringere Rolle spielt (70,8% Zustimmung) und „dass (werdende) Eltern weniger auf ihre Intuition vertrauen (96,5% Zustimmung)“. Nach ihrer Erfahrung, sind „werdende und junge Eltern immer stärker am neuesten wissenschaftlichen Stand zu den Themen Schwangerschaft und Geburt interessiert“. (Zillien et al. 2008: 9) Dies mag erklären, warum durch die existierende Informationsvielfalt im Internet auch Neugierde und Interesse geweckt wird, zu jeder sich stellenden Frage „jedes bisschen an Information“ (Eysenbach 2003) zu kennen. Diese Fragen wurden vor dem Zeitalter des Internetforums anhand von Büchern, Zeitschriften, Fernsehen, im ärztlichen Gespräch, aber vor allem im Bekannten-und Familienkreis beantwortet. Aber dazu sagt eine Interviewte von Zillien et al., dass man „wenn es hier und da mal zieht“ von der Umwelt nur belächelt würde. Im Onlineforum ist das anders.

Außerhalb des Internets treffen Schwangere zumeist in einem Geburtsvorbereitungskurs auf andere Schwangere und in Italien erstmals auf Hebammen. Diese Treffen wurden von mehreren Interviewten als positiv bewertet, bringen aber gewisse Hürden mit sich. In dem Wohnort von User 6 wird nur einmal im Jahr ein solcher Geburtsvorbereitungskurs abgehalten. In Italien sind diese Kurse oft kostenpflichtig und beinhalten nur wenige Treffen. User 7 betont, dass ihr in diesem Kurs die anderen Schwangeren mehr geholfen haben als die anwesende Hebamme.

Mankuta schlägt vor, dass in Ländern, in denen die Schwangerenvorsorge schlecht ausgebaut ist, online Experten-Foren eingerichtet werden sollten, denn ein solches Forum sei besser als nichts. „Unfortunately, the same societies that lack prenatal and obstetric services usually have limited access to the internet.“ (Mankuta et al. 2007: 110) So leuchtet auch Eysenbachs ‘Inverse information law’ ein: “Access to appropriate information is particularly difficult for those who need it most” (Eysenbach 2000)

7. Das Verhältnis von Arzt oder Ärztin und schwangerer Frau

In dieser Arbeit soll der Frage nachgegangen werden, wie sich die Beziehung zwischen Gynäkologen und Gynäkologinnen und schwangeren Frauen durch das Internet verändert.

Das Verhältnis zwischen Ärzten und (in geringerem Ausmaß) Ärztinnen auf der einen Seite und Patienten und Patientinnen auf der anderen war unabhängig vom medizinischen Teilgebiet lange Zeit durch ein Autoritätsgefälle gekennzeichnet. Innerhalb der Beziehung von Arzt oder Ärztin und Patient/Patientin gibt es einen mehr oder weniger großen Unterschied an Information und Kompetenz: „Die Patientin bzw. der Patient ist vom Wissen und Können der bzw. des Behandelnden abhängig und hat in der Regel nur beschränkte Möglichkeiten, Entscheidungen der bzw. des Behandelnden in Hinsicht auf Richtigkeit und Qualität zu überprüfen.“ (Kühn-Mengel 2008: 172) Dieser Kompetenzunterschied war das Hauptargument um paternalistisches Handeln der Ärzte und Ärztinnen zu legitimieren.

„Zentral für paternalistische Vorgehensweisen ist die Ansicht, der Arzt könne aufgrund seiner medizinischen Kenntnisse besser als der betroffene Patient darüber entscheiden, was in medizinischer Hinsicht für den Patienten gut ist. Zugunsten paternalistischen Handelns lässt sich neben den detaillierten medizinischen Kenntnissen des Arztes auch vorbringen, der Patient stehe in dem Moment, in dem eine Entscheidung hinsichtlich einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme gefordert wird, in einer besonderen, durch die Krankheit beeinflussten Situation, die durch außergewöhnliche physische, psychische und soziale Gegebenheiten geprägt ist.“ (Hildt 2006, S. 118f)

Dieses tradierte Verständnis der Beziehung zwischen medizinischem Personal und Patientinnen und Patienten wird von Gellner und Schmöller als Paternalistisches Modell bezeichnet. Dieses Modell wurde im Bereich der Gynäkologie vor allem seit den 1970ern stark kritisiert und kommt heute laut Angaben von Ärzten und Ärztinnen kaum mehr vor.

„In den letzten Jahrzehnten wird innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung zunehmend das Selbstbestimmungsrecht des Patient betont, und die Beziehung zwischen Arzt und Patient als Partnerschaft beschrieben, in der den persönlichen Ansichten und dem Willen des Patienten große Bedeutung zugemessen wird.“ (Hildt 2006, S. 119)

Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt

Im Gebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe ergibt sich noch ein weiterer Aspekt, der durch die medizinische Entwicklung vor allem im 18. und 19. Jahrhundert aufgekommen ist. Die zunehmende Medikalisierung von Geburt und Schwangerschaft bewirkte auch eine Verschiebung der Akteure.

„Bis weit ins 18. Jahrhundert hinein galt die Geburtshilfe als Frauenhandwerk – der Hebammenberuf, ein Beruf, so alt wie die Menschheit, heißt es. Das Können der Hebammen ruhte auf Erfahrungswissen, das sie sich in der praktischen Tätigkeit aneigneten.“ (Metz-Becker 2008: 144)

Im Gegensatz dazu erlernten die Ärzte, welche die Geburtssituation zunehmend dominierten, ihr Wissen in den öffentlichen Gebärhäusern, den so genannten Accouchieranstalten. Bis zu dem Auftreten dieser Accouchieranstalten und den damit einhergehenden Zwängen²⁰ war eine Geburt ein „alltagsweltliches, aber kein medizinisches Ereignis, sie fand in häuslicher und nicht in klinischer Atmosphäre statt und sie war ein kollektives und kein individualisiertes Geschehen.“ (Metz-Becker 2008: 145) Laut Metz-Becker ging es den Ärzten nicht um eine „vollständige Verdrängung der Hebammen, sondern um eine Hierarchisierung der Geburtshilfe“ (Metz-Becker 2008: 148), so durften Hebammen z.B. keine technische Hilfsmittel benutzen. Die Dominanz von (ausschließlich männlichen) Ärzten in der Geburtshilfe brachte (auch aufgrund der mangelhaften Hygiene in Gebärhäusern) zunächst nicht die erwünschten Verbesserungen wie z. B. niedrigere Morbiditäts- und

²⁰ Sozialer, wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Druck veranlasste viele Frauen aus unteren Schichten trotz großer (berechtigter) Ängste vor Komplikationen in solchen Accouchieranstalten zu gebären. Staatliche Institutionen förderten diesen Druck vor allem auf „ledige Mütter“ (z.B. durch Strafsteuern) um Ärzte an genügend Gebärenden ausbilden zu können.

Mortalitätsraten.²¹ Diese traten erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts auf und müssen in Hinblick auf veränderte soziale und wirtschaftliche Verhältnisse in Europa reflektiert werden. (Vgl. Metz-Becker 2008)

Dieser kurze geschichtliche Exkurs zeigt, dass der Faktor Geschlecht im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe eine gesonderte Rolle spielte (Vgl. auch Amendt 1985: 20) und teilweise immer noch spielt: die Anzahl der praktizierenden Hebammen weist nicht nur in Italien eine große Geschlechterdisparität auf.²²

Im Gegensatz zu den skandinavischen Ländern werden die meisten Schwangerschaftsuntersuchungen in Italien von Gynäkologen und Gynäkologinnen durchgeführt.²³ In dieser Situation geht es nun weniger um das vertrauensvolle Aufschauen zum Arzt oder zur Ärztin. „In steigendem Maße rücken vielmehr wissenschaftliche Aussagen, welche die Basis für die medizinischen Entscheidungen darstellen, in den Vordergrund.“ (Hildt 2006: 121) In Bezug auf Fragen der Pränataldiagnostik spielt aber laut Hildt Paternalismus immer noch eine Rolle, da das Empfehlen einer prädiktiven genetischen Analyse von ärztlicher Seite auch paternalistisch sei. „Zum Bereich paternalistischer Maßnahmen im weiteren Sinne können auch Versuche gezählt werden, auf indirekte Weise die Präferenzen und das Verhalten von Personen durch Verändern der Rahmenbedingungen zu beeinflussen, zum Beispiel durch Einführen von Screening-Verfahren oder durch Erhöhen bestimmter krankheitsbezogener Kosten.“ (Hildt 2006: 467)

Heute wird die Unzufriedenheit vieler Patienten und Patientinnen und Schwangeren weniger aufgrund einer paternalistischen Herangehensweise von Ärzten und Ärztinnen als viel mehr durch (zeit)ökonomische Faktoren bewirkt. (Vgl. Koch 2008:

²¹ In den Accouchieranstalten gab es sogar überdurchschnittlich hohe Mortalitätsraten, da viele operative Eingriffe „auch ohne Indikation zu Übungszwecken der Studenten durchgeführt wurden“ (Brockman/Reichard 2000, S. 75).

²² In den meisten der 109 italienischen Provinzen gibt es keine einzige männliche Hebamme; in keiner Provinz gibt es mehr als fünf.

²³ Von den interviewten Frauen gaben 10 an, die wichtigste Person mit medizinischer Ausbildung, die sie während der Schwangerschaft betreut hat, sei die jeweilige Gynäkologin, der jeweilige Gynäkologe gewesen.

153 oder Anderson et al. 2003: 70) Gerade im Laufe einer Schwangerschaft, wenn es zur Konfrontation mit pränataldiagnostischen Untersuchungen kommt, haben Frauen und Männer oft Ängste und Bedenken, die sie äußern und diskutieren wollen. Anstatt diese Möglichkeit bei ihrem Arzt oder ihrer Ärztin zu suchen, nutzen Frauen zunehmend Internetforen zum Thema Schwangerschaft, in denen sie versuchen ihre Verunsicherung aufzulösen. (Vgl. Empirischer Teil im Kapitel 10)

„Eine größere Verbreitung und Verfügbarkeit von medizinischen Informationen erlaubt eine bessere und selbständige Information der Patientinnen und Patienten. Für Patienten stehen – insbesondere durch Computer und Internet – in diesem Ausmaß bislang unbekannte Möglichkeiten der autonomen Beschaffung von Gesundheits- und Krankheitsinformationen zur Verfügung, die sie auch nutzen.“
(Kühn-Mengel 2008: 166)

Die erhältlichen Statistiken weisen klar auf steigende Internetnutzung zu Gesundheitsthemen hin, was für unterschiedliche Akteure unterschiedliche Vor- und Nachteile birgt. Ein Argument, das Ärzte und Ärztinnen immer wieder anbringen, ist die Existenz von Falschmeldungen oder Ungenauigkeiten in Bezug auf medizinisches Wissen im Internet. Dies würde Schwangere verunsichern und das Patientengespräch würde aufgrund der zusätzlichen Fragen länger dauern. Im persönlichen Gespräch betonte dies vor allem der niedergelassene männliche Arzt, der laut eigenen Angaben keine Empfehlungen an Schwangere für Internetseiten gibt.²⁴ In der Studie von Zilien et al. aus dem Jahre 2008 zeigt sich, dass eine große Mehrheit von Ärzten und Ärztinnen diese Befürchtung teilt. Hier ergibt sich für viele der Verdacht, den Gregor so formuliert:

²⁴ Im Wartezimmer von diesem Arzt waren aber reichlich Informationen für Schwangere aus Internetseiten aufgelegt, wobei die URL mit Textmarker hervorgehoben wurde.

„Wesentliche Ursache für die Skepsis der Ärzte gegenüber der Verbindung von Patienten und dem World Wide Web ist ihre Befürchtung, die Erkrankten könnten besser Bescheid wissen als sie selbst. Der Fachmann befürchtet, dass er mit Patienten konfrontiert wird, die noch vor Beginn einer Anamnese eine konkrete Diagnose oder gar Therapievorschlüsse an den Arzt richten.“ (Gregor 2004: 114)

In den Hintergrundgesprächen kam diese Befürchtung nicht klar heraus²⁵, wohl aber die anerkannte Notwendigkeit für Ärzte und Ärztinnen sich selbst online zu informieren um besser auf ungewohnte²⁶ Fragen von Schwangeren eingehen zu können. Die befragte niedergelassene Ärztin schätzte sogar die Vorteile der Internetnutzung für Schwangere größer ein als die Nachteile, obwohl sie meint, dass es angstfördernd ist. Sie empfiehlt Schwangeren eine Internetseite, von deren Qualität sie überzeugt ist.

Schwangere als *decision-maker*

Von der ersten externen Ethikvorschrift für Ärzte (dem Nürnberger Kodex) 1947 bis heute, haben sich die Verhältnisse von Ärzten und Ärztinnen zu ihren Patienten und Patientinnen sowie zu Schwangeren gravierend verändert. Ein Schlagwort dazu ist *informed consent*, ein juristischer Begriff, der auch im Deutschen so verwendet wird. (Vgl. Hildt 2006: 120ff) Er bezeichnet das ausdrückliche Einverständnis der Schwangeren (oder des Patienten/der Patientin) zu medizinischen Untersuchungen mit umfassendem Bewusstsein über Risiken, möglichen Komplikationen und Konsequenzen.

²⁵ Der niedergelassene Gynäkologe betonte aber mehrmals seine Bedeutung als *gatekeeper*. Er befürwortet, dass das Internet als Informationsquelle verwendet wird, ist aber der Meinung, dass diese Informationen „durch jemanden, der die Erfahrung hat, interpretiert werden sollten“.

²⁶ Ein gutes Beispiel ist hier die Frage nach einer sehr seltenen Erkrankung ohne Indikation. Der niedergelassene Arzt erklärt im Gespräch, dass er eine solche Frage nicht erwartet, da die Erkrankung selten sei und keine Hinweise für diese gegeben seien. Deswegen informiert er sich online um darauf vorbereitet zu sein, nach welchen seltenen Krankheiten gefragt werden könnte.

Die gesetzliche (und ethische) Notwendigkeit von heute, Schwangere umfassend zu informieren und mögliche Untersuchungen anzubieten²⁷, bewirkt die Situation, dass Ärzte und Ärztinnen lieber eine (in ihren Augen oft unnötige oder unverhältnismäßige) Untersuchung zu viel anbieten, als eine Untersuchung nicht anzubieten. In vielen Ländern²⁸ steigen die Prämien für Versicherungen für Gynäkologen/Gynäkologinnen und Hebammen aufgrund der Befürchtung, dass Eltern von Kindern mit Behinderungen die jeweiligen Geburtshelfer verklagen könnten. In Italien scheint dieser Druck weniger stark, da solche Klagen lange Zeit nicht erfolgreich waren. Der Oberste Gerichtshof Italiens verneinte bisher die Möglichkeit einer *wrongful birth*; er änderte seine Rechtsprechung in diesem Bereich erst vor relativ kurzer Zeit. Trotzdem wünschen viele Schwangere invasive Untersuchungen, deren Indikation nicht immer gegeben ist. Diesbezüglich übt Hildt Kritik am *informed Consent*, da es z.B. nicht genug Zeit für Überlegungen gibt, oder dafür, dass irrationale Ängste ausgeräumt werden, oder weil im medizinischen Gespräch wertneutrale Informationen vermittelt werden, Patienten und Patientinnen (oder Schwangere) damit aber allein gelassen werden. (Hildt 2006: 128f)

Das gleichberechtigte Entscheidungsverhalten in der Beziehung von Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient oder schwangerer Frau wird als *shared-decision-making* bezeichnet. Diese Art der Beziehung wird in der Literatur oft als Idealtyp dargestellt (Vgl. Anderson et al. 2003: 78, 80) und entspricht bei einigen interviewten Frauen der Beziehung zu ihrem Arzt oder ihrer Ärztin (z.B. bei User 6). In den Hintergrundgesprächen bezeichneten die beiden Gynäkologen die Beziehungen, die sie zu schwangeren Frauen haben als „*shared-decision-making*“-Verhältnisse. Die niedergelassene Gynäkologin sieht sich zwischen dem *shared-decision-making*-Modell und dem Autonomie-Modell. Hildt sieht hier den Aspekt der Selbstbestimmung im Vordergrund, der Patienten und Patientinnen oder eben auch Schwangeren erlaubt selbst über den Verlauf der jeweiligen medizinischen Maßnahmen zu entscheiden. (Vgl. Hildt 2006: 116) Im *Shared-Decision-Making*-Modell verläuft der Informationsfluss nicht nur von Arzt oder Ärztin zu Patient oder

²⁷ Vgl. die sich zuletzt geänderte Judikatur von der Corte Suprema di Cassazione (dem obersten Gerichtshof), zuletzt vom das Urteil 13/2010, das am 4. Januar 2010 verkündet wurde.

²⁸ Vgl. Spiewak 2010 zur Situation in Deutschland.

Patientin, sondern wird auch in die Gegenrichtung ermöglicht. Fox et. al. sprechen von einer „Doctor-Patient-Partnership“. (Fox et al. 2005: 1299) Alle Informationen, die relevant sind, werden besprochen und Ärztin oder Arzt entscheiden gemeinsam mit Patient oder Patientin über Behandlungsmethoden. Aber nicht jeder Patient, nicht jede Patientin und nicht jeder Arzt oder jede Ärztin wünscht sich ein gleichberechtigtes Entscheidungsverhalten.

Neben dem Paternalistischen Modell und dem *Shared-Decision-Making* Modell sprechen Gellner und Schmöller noch von einem dritten Modell: das Autonomie-Modell. Hier entscheidet der Patient oder die Patientin autonom, nachdem Arzt oder Ärztin alle notwendigen Informationen dargelegt haben. Tendenzen, dass viele Beziehungen zwischen Arzt/Ärztin und Schwangeren diesem Modell entsprechen, lassen sich in Internetforen finden. In den geführten Interviews erzählten einige Forumsnutzerinnen von Entscheidungen im Bereich der Pränataldiagnostik, die sie alleine getroffen hätten. Unter Berücksichtigung aller für sie verfügbaren Informationen aber ohne aktive Entscheidungsteilnahme von Arzt/Ärztin oder Partner.

Expert Patients and Consumerism

Im sich verändernden Modell von Arzt/Ärztin und Patient/Patientin oder eben auch schwangerer Frau gibt es in bestimmten medizinischen Situationen die Tendenz, dass Patienten und Patientinnen oder eben auch Schwangere zu Experten werden. Fox beschreibt diese Situation anhand der Analyse eines Internetforums zur Gewichtsreduktion. „To be an expert patient is to be empowered to manage one's health and illness, but to adopt this power from a dominant disciplinary system of thought – in this case, the medical model.“ (Fox et al. 2005: 1307) Durch das Internet können mehr Patienten und Patientinnen zu Experten werden und Fragen zu eigenen Gesundheit führen immer mehr Menschen ins Internet. „Information technology is beginning to change the exclusive focus of health care from curing disease to preventing disease and enhancing health status.“ (Anderson et al. 2003: 68) Dies wird durch die individualisierte Gesundheitspolitik, durch die Schaffung von Risikogruppen und durch die *Genetic Responsibility* (Vgl. Rose/Novas 2000/ Rose 2001/ Gottweis et al. 2004) gefördert.

Das Internet stellt die Konsumenten in den Mittelpunkt. Anderson et al. machen das an mehreren Faktoren fest: „consumers can be publishers“, es gibt „feedback channels“, sowie „flexibility and speed“. (Anderson et al. 2003: 68) Das Internet ist dabei mehr als nur ein Medium, das einen existierenden Trend reflektiert und weiterführt. Es agiert als Katalysator um die Rolle von Patienten und Patientinnen oder eben Schwangeren zu verändern. (Vgl. Anderson et al. 2003: 75) *Consumerism* erstreckt sich auch auf Fragen der Schwangerschaft und wird im Autonomie-Modell des Arzt/Ärztin-Schwangeren-Verhältnis reflektiert. Dem ‚Patienten-Konsumenten‘ werden Behandlungsmöglichkeiten präsentiert und er trifft dann alleine die notwendigen Entscheidungen. Arzt oder Ärztin üben hier keine Kontrollfunktion aus, welche jedoch z.B. der niedergelassene Gynäkologe im Hintergrundgespräch für sich selbst beansprucht. *Consumerism* hat das Potential Machtstrukturen in Gesellschaften herauszufordern, sagen Fox et al.: „Informed patients are also informed consumers, and may wish to engage with providers of health technologies freed from the constraints of professional control and governance.“ (Fox et al. 2005: 1307)

Innerhalb der Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Schwangerer erfolgte in den letzten Jahren eine Machtverschiebung zu Gunsten der Schwangeren. Inwiefern diese Verschiebung von Internetforen gefördert wird, soll in den Interviews beleuchtet werden.

8. Autonomisierung von schwangeren Frauen

Neben der viel beschriebenen Medikalisierung, die Frauenkörper in Umbruchphasen pathologisiert (vgl. Metz-Becker 2008: 144) und Schwangere zu Patientinnen macht, sollen in dieser Arbeit Autonomisierungstendenzen ausgemacht werden. Autonomisierung bezeichnet die Tendenz, dass Schwangere zunehmend selbstbestimmt über Fragen der Schwangerschaft entscheiden, was sich auch am heutigen Informationsbedürfnis von Schwangeren zeigt.

„In westlichen Gesellschaften wird in den letzten Jahren der Autonomie und Selbstbestimmung der Frauen bzw. Paare bei der Fortpflanzung betreffenden Fragen große Bedeutung zugemessen.“ (Hildt 2006: 372)

In den Interviews, in denen sich durchwegs besser ausgebildete²⁹ Frauen zu Wort meldeten, zeigt sich, dass der Großteil dieser Frauen zwar mit Partner und Arzt/Ärztin mögliche Entscheidungen (insbesondere der Pränataldiagnostik) bespricht, letztendlich sich aber nicht drängen oder „überzeugen“ lässt, sondern Entscheidungen selbstbestimmt trifft. Grebner zeigt in ihrer Untersuchung von Forumsbeiträgen in Schwangerschaftsforen, dass aus Sicht der Schwangeren in Österreich Gynäkologen und Gynäkologinnen nicht zu pränataldiagnostischen Untersuchungen drängen oder überreden.

„Die Frauen erwähnen zwar, der/die Gynäkolog/in hätte zur pränatalen Diagnostik geraten oder auch einfach nur die Möglichkeit dazu genannt, aber kaum eine Frau fühlte sich dadurch zur Pränataldiagnostik gedrängt. Viel mehr fließen gesellschaftliche Vorstellungen und Erwartungen in die persönlichen Einstellungen der Frauen über eine „richtige“ Schwangerschaftsvorsorge ein und nehmen somit Einfluss auf die Entscheidung für die Inanspruchnahme von pränataler Diagnostik.“ (Grebner 2008: 153f)

In der Untersuchung von Andreassen et al. hatten ein Viertel der Befragten das Internet genutzt um einen Arzttermin vor- oder nachzubereiten. Ein Drittel der

²⁹ Einige Frauen erwähnten, dass sie die Matura haben, bei den meisten wurde es aufgrund ihres Berufs klar, dass sie zumindest Matura haben. User 9 und User 6 waren zum Zeitpunkt des Interviews Studentinnen, User 5 erzählte, dass sie mit einem Magister in Politikwissenschaft ihr Studium abgeschlossen hat.

Internetnutzer brachte Hinweise oder Fragen zur Diagnose zum Arzttermin mit, nachdem sie im Internet nach Informationen gesucht hatten. „It was twice as common to feel reassured as to feel anxious after using the internet for health purposes.“ (Andreassen et al. 2007)

In den Hintergrundgesprächen betonten beide Ärzte und die Ärztin, dass Schwangere heute sehr gut informiert sind. Dies sei vor allem auf ihre Internetnutzung zurückzuführen.

Die Rolle des Partners

Die selbstbestimmte Entscheidung von Frauen wird von gesellschaftlichen Vorstellungen und Erwartungen beeinflusst, so wie sie wahrscheinlich auch von Vorstellungen und Erwartungen der Familie und des Partners beeinflusst wird. Dies zeigt sich auch in Interviews, die Gutschi mit schwangeren Frauen kurz nach der Amniozentese geführt hat. „Der Tenor [aus den Interviews] ist, dass es den Frauen leichter fällt, sich für oder auch gegen eine Abtreibung zu entscheiden, ohne sich gegenüber ihrer Familie rechtfertigen zu müssen.“ (Gutschi 2005: 142) Wie die Erwartungshaltungen von beteiligten Männern in der Schwangerschaft aussehen, ist kaum erforscht und kann auch in dieser Arbeit nicht beleuchtet werden. In den geführten Interviews gaben die Frauen an, dass ihre Partner an ihrer Schwangerschaft teilnahmen, bei genauerem Nachfragen ergab sich allerdings, dass diese Teilnahme hauptsächlich den Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses meinte. Keine der interviewten Frauen erzählte von umfassenden Recherchen ihres Partners on- oder offline³⁰; die Partner waren teilweise bei vielen Untersuchungen in der Schwangerschaft dabei, waren laut den Frauen aber nicht sonderlich besorgt. Vor allem bei den Ultraschall-Untersuchungen ergibt sich für die Partner die Möglichkeit das Ungeborene zu personalisieren, deshalb sind diese Untersuchungen laut Aussagen aus dem Hintergrundgespräch mit der niedergelassenen Ärztin sehr beliebt. Der niedergelassene Gynäkologe findet mitgekommene Männer eher störend und bestätigt genauso wie seine Kollegin, dass Männer vor allem an der ersten Schwangerschaft ihrer Partnerin teilnehmen.

³⁰ Eine der Frauen erzählte, ihr Partner würde etwas im Internet recherchieren, wenn sie etwas herausfinden wolle und keine Zeit dafür habe und ihn darum bitte.

Die interviewten Frauen erzählen, dass ihre Partner an der Schwangerschaft teilnahmen oder teilgenommen hätten. Besondere Unterstützung während der Schwangerschaft durch die Partner erwähnen einige, gleichzeitig betonen einige andere, dass sie keine besondere Hilfe nötig hätten.

Die Rolle des Internetforums

In den geführten Interviews zeigte sich die Bedeutung der Mitglieder des Internetforums, in dem die jeweilige Frau aktiv ist. Alle Frauen stimmten der Aussage zu, dass das Forum eine Gemeinschaft sei, einige bezeichneten Forumsmitglieder als Freundinnen, die sie auch abseits von Themen der Schwanger- und Mutterschaft zu schätzen gelernt hätten. Im Forum hätten die Interviewten Antworten auf ihre Fragen gefunden und zusätzlich noch Unterstützung durch andere Forumsmitglieder erhalten. „Access to health information is empowering“ (Morahan-Martin 2004), dies belegt auch User 3 wenn sie sagt, dass das Internet sie alles über ihre Schwangerschaft gelehrt hätte und dass sie ohne Internet wahrscheinlich gar nicht schwanger geworden wäre. Mehrere Interviewte bestätigten, dass sie sich durch ihre Internet- und Forumsnutzung auf Treffen mit Arzt oder Ärztin besser vorbereitet fühlten. „Having access to Internet health information has a direct relation to having the confidence to ask questions to a physician and to a perceived “partnership” relation with a physician.“ (Eysenbach 2003: 365) So kann das Internetforum die Autonomie von Schwangeren stärken, in dem es Informationen und emotionale Unterstützung bietet.

Die Rolle der Hebammen

Hebammen spielten in der Schwangerschaft der Interviewten nur in einer Hinsicht eine wichtige Rolle. Alle befragten Frauen besuchten einen Geburtsvorbereitungskurs bei einer Hebamme. Die jeweiligen Partner besuchten in den meisten Fällen einen solchen Kurs. Im Falle der Interviewten gab es keine Hebamme, die schon die Schwangerschaft der Frau begleitete und ihr dann bei der Geburt zur Seite stand. Da sich die Interviews auf die Schwangerschaft und insbesondere Fragen der Pränataldiagnostik konzentrierten, wurde der Geburt in den Antworten keine Beachtung geschenkt. Die Schwangerschaftsuntersuchungen der befragten Frauen wurden alle von dem jeweiligen Gynäkologen oder der jeweiligen Gynäkologin durchgeführt. In der Geburtssituation ist die Rolle der Hebamme

allerdings eine zentrale: Bei einer spontanen Geburt (also einer komplikationslosen, vaginalen Geburt) ist nämlich die Hebamme laut italienischem Recht die hauptverantwortliche Geburtshelferin. Nur im Falle von Komplikationen obliegt dem zuständigen Arzt oder der zuständigen Ärztin die Leitung der Geburt. Eine Hebamme kann die Autonomie von Schwangeren fördern, da sie laut ihren deontologischen Prinzipien³¹ selbstbestimmte Entscheidungen der Frauen unterstützen soll.

³¹ Mehr dazu auf <http://www.fnco.it/codice-deontologico.htm>, der Webseite der nationalen Hebammenvereinigung. Letzter Zugriff am 15. Dezember 2010.

9. Faktor Italien

Kulturell, politisch und rechtlich ist es relevant, dass die Interviewten alle in Italien leben³² und auch in italienische Internetforen aktiv sind. Der Untersuchungsalltag von Schwangeren in Italien unterscheidet sich von Schwangeren in Österreich durch die verschiedene Gesundheitsversorgung. In Italien gibt es eine staatliche Krankenversicherung, bei der jede Person automatisch versichert ist. Zusatzversicherungen haben nur wenige Menschen und keine der interviewten Personen. In Italien bekommt eine Frau durchschnittlich mit 32 Jahren ihr erstes Kind. In mehr als 84% der Schwangerschaften wurden mehr als vier ärztliche Visiten durchgeführt und durchschnittlich wurden fünf Ultraschalluntersuchungen gemacht, wobei drei Untersuchungen vorgesehen sind und von der Krankenkasse bezahlt werden. (CeDAP 2007: 21)

Die Schwangerschaftsuntersuchungen der Interviewten wurden, sofern das aus den Interviews hervorging, nicht im Krankenhaus durchgeführt, sondern von niedergelassenen Gynäkologen und Gynäkologinnen oder im Bereich eines Familienberatungszentrums³³. In dem ersten Fall bedeutet dies im italienischen Kontext, dass diese Untersuchungen alle bezahlt werden mussten. In Beratungszentren, die an örtlichen Sanitätsdiensten angesiedelt sind, sind Schwangerschaftsuntersuchungen gratis, meist gibt es auch Hebammen die zur Verfügung stehen. Dort können Schwangere einmal im Monat vorbeikommen und bekommen alle vom Gesundheitsministerium vorgesehenen Untersuchungen, aber nichts was darüber hinausgeht. Auch in Krankenhäusern können jene Untersuchungen gemacht werden, die von der Krankenkasse bezahlt werden, allerdings gibt es hier oft eine lange Wartezeit. Da in Italien die Zahlen von Ultraschalluntersuchungen pro Schwangerschaft relativ hoch sind, kann man davon

³² Eine der Befragten ist kürzlich auf die Kanarischen Inseln gezogen, erlebte aber die ersten Monate ihrer Schwangerschaft in Italien.

³³ Diese sog. Consultori familiari wurden mit dem Gesetz 405 vom 29. Juli 1975 eingerichtet und werden von der Region bezahlt. Sie sind Teil des nationalen Gesundheitsdienstes.

ausgehen, dass die meisten Schwangeren nicht ins Krankenhaus oder zu solchen Beratungszentren gehen, sondern zu niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen. Die Interviewten haben eine Hebamme nur im Kontext eines Geburtsvorbereitungskurses erlebt, auch dies lässt darauf schließen, dass der jeweilige Gynäkologe oder die Gynäkologin der wichtigste medizinische Ansprechpartner während der Schwangerschaft ist. User 5 und User 6 hat ein Allgemeinmediziner (*medico di base*) in der Schwangerschaft unterstützt. User 6 war mit diesem sehr zufrieden, User 3 hingegen bezeichnete ihren Arzt als Idioten.

Aus kultureller Hinsicht ist vor allem der Umgang mit Schwangerschaft bedeutend. „Italienische Patienten (...) packen die Schwangerschaft mehr in Watte“, sagt die niedergelassene Gynäkologin im Hintergrundgespräch. Italienische Schwangere seien sehr viel vorsichtiger, als Schwangere deutscher Muttersprache³⁴. Dies erklärt auch zum Teil die vielen Ultraschalluntersuchungen, die in Italien durchgeführt werden. Im Zuge der Recherchen wurde klar (und auch in den Hintergrundgesprächen wurde es betont), dass es aufgrund der medizinischen Struktur zwischen Untersuchungen und Behandlungen im Krankenhaus und in einer privaten Arztpraxis große Unterschiede gibt. Die Ärztin ermöglicht auf Wunsch eine Ultraschalluntersuchung alle sechs Wochen und nähert sich damit stark dem Autonomie-Modell an. Im Krankenhaus ist dies jedoch gar nicht möglich, da nur die drei von *Istituto Superiore di Sanità*³⁵ vorgeschriebenen und von der Krankenkasse bezahlten Ultraschalluntersuchungen durchgeführt werden können, es sei denn es gibt medizinische Indikationen für weitere.

Ein weiterer kultureller Aspekt betrifft die viel beschriebene Emotionalität der Italiener und Italienerinnen. Der niedergelassene Gynäkologe sagt dazu: „Eine Italienerin erlebt eine Schwangerschaft ganz anders als eine Deutschsprachige, vor allem in emotionaler Hinsicht.“ Dies gelte auch für die Partner, für italienische Männer sei die

³⁴ Die Hintergrundgespräche wurden in Meran, Südtirol durchgeführt. Die Hälfte der Menschen, die hier leben ist italienischer Muttersprache, die andere Hälfte ist deutscher Muttersprache. So liegt es auch ungefähr mit den Patientinnen (bzw. schwangeren Frauen) von den drei interviewten Personen.

³⁵ Das oberste Gremium des italienischen Gesundheitsdienstes, das dem Gesundheitsministerium direkt unterstellt ist.

Schwangerschaft eine Bestätigung ihrer Mannesstärke. Ein italienischer Mann würde die Schwangerschaft voll ausleben. Dies träfe aber natürlich nicht auf alle zu.

Regionale Unterschiede

Innerhalb Italiens gibt es große regionale Unterschiede, die sich auch in der medizinischen Versorgung widerspiegeln. Daten zu regionalen Unterschieden finden sich vor allem in Dokumenten, die vom Gesundheitsministerium herausgegeben werden, z.B. im Bericht *Stato di salute della donna*. Im Zentrum und im Süden Italiens gibt es größeren Zulauf zu niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen, welchem vor allem der schlechte Zustand der öffentlichen Spitäler zu Grunde liegt. (Stato di salute 2008: 87) Auch gibt es im Norden mehr Teilnehmerinnen an Geburtsvorbereitungskursen (10% im Süden, 42% im Norden), was auch mit den lokalen und regionalen Strukturen zu tun hat. Die Kaiserschnitttrate (die landesweit momentan bei ca. 38% liegt) ist im Süden deutlich höher als in den nördlichen Regionen, mit der höchsten Rate in Kampanien (60%) und der niedrigsten in der Provinz Bozen, also in Südtirol. Die Kaiserschnitttrate wird besonders durch die Privatkrankenhäuser angehoben, in denen über 60% der Kinder per Kaiserschnitt zur Welt kommen. Hier sagt eine Ärzte/Ärztinnen-Befragung der *Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia* (die von Miriam Guana in der Geburtshilfezeitschrift *Lucina* vorgestellt wird), dass häufig die werdenden Mütter einen Kaiserschnitt wünschen, aufgrund mangelnder Informationen über die Prozedur und vor allem dadurch, dass die Epiduralanästhesie noch nicht überall verfügbar ist. Ein weiterer wichtiger Grund, ist die Figur des Gynäkologen, die bei einer Spontangeburt im Hintergrund bleibt. (Guana 2009: 3) Bei den Durchführungszahlen zur Amniozentese liegen hingegen die nördlichen Regionen deutlich vor Italiens Süden und Zentrum. Durchschnittlich werden pro 100 Geburten 16 Amniozentesen durchgeführt, in der Toskana sind es über 30 und im Aostatal sogar mehr als 40. Im Süden werden mehr Ultraschalluntersuchungen durchgeführt als im Norden, die Erstgebärenden sind jünger und Väter sind weniger oft bei der Geburt anwesend. (CeDAP 2008)

„L’aumento in Italia del ricorso a una serie di procedure assistenziali, la cui utilità non è basata su evidenze scientifiche nè è sostenuta da un reale aumento delle condizioni di rischio. Il loro utilizzo è spesso indipendente dalle caratteristiche socio-demografiche delle donne e dalle loro condizioni fisiche ed è invece associato principalmente ad una eccessiva medicalizzazione della gravidanza fisiologica, alle strutture coinvolte e alla loro organizzazione.“ (CeDap 200 : 157)

Hier sagt das Gesundheitsministerium selbst, dass die Steigerung im Gebrauch von medizinischen Untersuchungen und Methoden in der Schwangerschaft nicht auf eine Steigerung von Risikoschwangerschaften zurückzuführen ist. Vielmehr wird dieser Gebrauch mit „einer exzessiven Medikalisierung der normalen Schwangerschaft assoziiert, mit den betroffenen Strukturen und deren Organisation“.

Dies trifft wahrscheinlich nicht nur auf Italien zu, einige Aspekte betreffen Italien aber mehr als andere Länder. So ist besonders die Kaiserschnitttrate im internationalen Vergleich sehr hoch. Die WHO hält eine Rate von 15-20% für angemessen, um gesundheitliche Risiken zu verringern. In Italien wird diese Rate von jeder Region überschritten.

Die Interviewten kommen aus unterschiedlichen Gegenden Italiens: der Großteil lebt in Provinzen des Nordens, User 9 lebt in Bari, User 11 lebt auf Sardinien und User 6 ist ursprünglich aus Sizilien, lebt aber seit 16 Jahren in Pesaro in den Marken. Die interviewten Frauen haben alle mehr als die gesetzlich vorgesehenen Untersuchungen durchgeführt, wenn auch User 4 nur eine zusätzliche Ultraschalluntersuchung machen ließ. In den Interviews kamen demnach kaum regionale Unterschiede zu Tage, was daran liegen mag, dass die Interviewten durchwegs eine höhere Ausbildung abgeschlossen hatten und bis auf eine Hausfrau alle gehobeneren Tätigkeiten nachgehen³⁶. In Fragen der Schwangerschaft spielen neben regionalen Unterschieden auch Stadt/Land-Unterschiede eine Rolle. Diese Unterschiede spielen vor allem in der Internetnutzung eine große Rolle: In den ländlichen Gebieten Italiens haben viele Menschen gar keinen Internetzugang, oder nur einen mit langsamer Geschwindigkeit. In Italien haben 47,3% der Menschen einen Internetzugang. Auch in der Frage der Internetnutzung gibt es in Italien ein

³⁶ Die meisten Befragten befinden sich in einem Angestelltenverhältnis, drei führen ein Dienstleistungsunternehmen.

Nord-Süd-Gefälle, im Norden Italiens nutzen laut Statistikamt 10% mehr Menschen das Internet, als im Süden.³⁷

³⁷ Die Daten des nationalen Statistikamtes wurden durch folgende Artikel zugänglich: <http://www.agoramagazine.it/agora/spip.php?article1585>, letzter Zugriff am 15. Dezember 2010 und http://www.repubblica.it/tecnologia/2009/12/28/news/piu_tecnologie_e_piu_internet_ma_litalia_e_anco_ra_indietro-1822762/, letzter Zugriff am 15. Dezember 2010.

10. Empirischer Teil

Im folgenden Teil sollen die empirischen Ergebnisse dieser Arbeit vorgestellt werden. Dies wird sowohl inhaltlich als auch strukturell anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philip Mayring erfolgen.

Qualitative Inhaltsanalyse nach P. Mayring

1. Bestimmung des Ausgangsmaterials
 - a. Festlegung des Materials
 - b. Analyse der Entstehungssituation
 - c. Formale Charakteristika des Materials
2. Fragestellung der Analyse
 - a. Richtung der Analyse
 - b. Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung
3. Ablaufmodell der Analyse und Definition der Analyseeinheiten
 - a. Kodiereinheit
 - b. Kontexteinheit
 - c. Auswertungseinheit
4. Analyseschritte mittels des Kategoriensystems
5. Rücküberprüfung des Kategoriensystems an Theorie und Material
6. Interpretation der Ergebnisse in Richtung der Hauptfragestellung

1. Bestimmung des Ausgangsmaterials

Das Ausgangsmaterial dieser Untersuchung bilden 15 Interviews, die in schriftlicher Form in einer Chat-Situation durchgeführt wurden. Die Befragten sollten Nutzerinnen³⁸ von Schwangerschaftsforen sein, deswegen wurden Internetforen ausgewählt, aus denen die Interviewten rekrutiert wurden. Um die Foren

³⁸ Am Beginn der Untersuchung war es noch nicht absehbar, dass auch ein (männlicher) Forumsnutzer interviewt werden konnte.

auszuwählen, in denen die Interviewten aktiv waren, wurde auf Google.com „forum di gravidanza“ eingegeben. Der erste Treffer bezog sich auf alfemminile.it, ein kommerzielles Magazin, das es auch in anderen Ländern gibt und sich mit vielen verschiedenen Themen im Leben von Frauen beschäftigt. Dabei gibt es zu Kinderwunsch, Schwanger- und Mutterschaft ein eigenes Forum (mit verschiedenen Unterforen). Aufgrund der Forumsstruktur wurde dieses Forum nicht ausgesucht, da es keinen geeigneten Raum beinhaltete, in dem das Forschungsanliegen vorgestellt werden konnte. Die nächsten Treffer aus der Google-Suche führten zu planetamamma.it, zu gravidanzaonline.it und zu mammole.it.³⁹ In diesen Foren habe ich mich mit meinem vollen Namen registriert und jeweils in dem Bereich des Forums, in dem sich neue Mitglieder vorstellen können, ein Posting erstellt. Davor schrieb ich eine Nachricht oder ein E-Mail an die Administratoren oder die Verantwortlichen des Forums um die Erlaubnis zu erhalten, meine Untersuchung im Forum vorzustellen und so Forumsmitglieder zu finden, die meine Fragen beantworten würden. Sobald ich die Erlaubnis erhielt, eröffnete ich einen neuen Thread, stellte mich und diese Arbeit in einem Posting kurz vor und erklärte mein Anliegen. Ich bat explizit Schwangere und Frauen, die seit kurzer Zeit Mütter waren, mir in einem Interview einige Fragen zu beantworten. In diesem Posting wurde erklärt, dass die Interviews in Form eines Chats mit Hilfe eines Instant Messaging Programms geführt werden würden und dass die Privatsphäre der Interviewten respektiert würde. Am Ende folgte die Bitte sich bei Interesse doch per E-Mail oder per Privatnachricht im Forum bei mir zu melden.

In dieser Arbeit werden die Interviews durchnummeriert, es wird also von Interview 1 oder User 1 gesprochen. Die Nummerierung folgte nach alphabetischer Reihung der Vornamen, mit denen sich die Interviewten mir gegenüber vorgestellt hatten.

In formaler Hinsicht umfasst das Ausgangsmaterial 15 schriftliche Texte in Gestalt von getippten Gesprächen (Vgl. Döring 2003: 85) aus jeweils einem Chat mit einer interviewten Person. Diese Chats wurden gespeichert und ausgedruckt. (Vgl. Döring 2003: 228) Das Interview selbst war vorstrukturiert und problemzentriert. Ein

³⁹ Die Reihenfolge der ausgesuchten Foren hat sich im Untersuchungszeitraum durch das System der Google-Suchreihung ständig verändert.

Interviewleitfaden gliederte die Gespräche, teilweise wurden Fragen spontan hinzugefügt.

In einem Chat werden die Bedeutung von Stimme und Körper insbesondere im Bezug auf non-verbale Kommunikation, Nuancierung und Betonung des Mitgeteilten gänzlich ausgeblendet. Die einzige Möglichkeit im Chat zu kommunizieren ist durch abgetippte Zeichen, einerseits als Laute, Ausrufe, oder Wörter, andererseits durch sog. Emoticons, also z.B. durch Smileys. Mehr zu Emoticons findet sich bei Walther, Joseph B./D'Addario, Kyle P. 2001, sowie bei Derks et al. 2008. Das Ausgangsmaterial entspricht aus diesem Grund nicht den konventionell geführten Face-to-Face-Interviews. Trotzdem kann davon ausgegangen werden, dass keine wesentlichen Informationen, welche die Befragten bewusst mitteilen wollten, durch die Interviewmethode zurückgehalten wurden. Alle Interviewten sind nach eigenen Angaben (sowie meiner Beobachtung nach⁴⁰) *heavy users* und mit der Chat-Situation bestens vertraut, sodass eben auch die Grenzen eines solchen „Gesprächs“ bekannt sind. Im Gegenzug erlaubte diese Methode den Befragten wahrscheinlich die größtmögliche Anonymität eines Interviews. Dieser Faktor war für User 9 sehr wichtig und auch die Verantwortlichen des Forums Gravidanza Online legten mir nahe, zu betonen, dass in diesen Interviews Privatsphäre und Anonymität der Befragten möglichst geschützt werden sollten.

Hier sollen die italienischen Internetforen, aus denen die Befragten rekrutiert wurden, kurz beschrieben werden.

- www.gravidanzaonline.it

Dies ist eine als journalistisches Medium geführte Website, die fast alle möglichen Themenbereiche einer Schwangerschaft abdeckt, viel Information bietet aber etwas unübersichtlich strukturiert ist. Die Werbung auf diesem Webportal dreht sich hauptsächlich um die Nabelschnurblutspende und um eigene Produkte, wie z.B. Fotoalben für Babys.

⁴⁰ Im Nutzungsprofil eines Forumsmitglieds scheinen die Beiträge dieses Mitglieds auf, so lassen sich „aktive von passiven Mitgliedern leicht unterscheiden“ (Döring 2003: 73).

Die Seite beschäftigt einen umfangreichen Stab an medizinischem Personal, der direkt durch einen Link auf der Startseite erreicht werden kann. In der Online-Beratung⁴¹ stellen Internetuser Fragen, die nach Themengebieten geordnet werden. Es antwortet üblicherweise die Ärztin oder der Arzt aus dem Fachbereich. (Beispielsweise wird eine Frage zur Ultraschall-Untersuchung in dem Bereich Gynäkologie gestellt und auch von der Gynäkologin beantwortet. Manche Fragen können auch unter 2 Bereiche fallen.) Von den Mitgliedern wird dieses Portal und dadurch auch das Forum GOL genannt; die Mitglieder werden als *golline* bezeichnet. GOL hat von den untersuchten Foren die wenigsten Mitglieder (16.000), aber die meisten verfassten Nachrichten (über 5 Millionen). Die befragten User 3, User 6 und User 8, die in diesem Forum aktiv sind gehören zu den *heavy users*. User 5 benutzt dieses Forum regelmäßig.

- www.mammole.it

Diese kleine Plattform gehört zu einem Dienstleistungsunternehmen, das auch Babyschwimmen, klassisches Ballett für Kinder, Neugeborenen-Massagen und Geburtsvorbereitungskurse anbietet. Das Unternehmen wurde 1993 von Domenico Oliva, einer (männlichen) Hebamme, gegründet und hat seinen Hauptsitz in Barzanò, in der Nähe von Mailand. Das Portal ist in verschiedene Themengebiete unterteilt. Hierzu gehören Unfruchtbarkeit, Schwangerschaft, Säuglingspflege und Gesundheit. Hier werden Informationen präsentiert, die im eigenen Wiki zusammengestellt werden oder aus wissenschaftlichen Artikeln entnommen werden. Im Wiki arbeiten hauptsächlich Webportalnutzerinnen, aber auch ein Arzt, eine Apothekerin und Domenico Oliva mit. Zusätzlich zu den Themenbereichen gibt es das Forum, welches auf der Startseite gleichwertig neben den Themenbereichen in der Hauptleiste erscheint. Das Portal bemüht sich sehr um ein natürliches Image und propagiert Haus- und Wassergeburten. In den zusammengestellten Informationen findet sich folglich auch einiges über Akupunktur, Yoga, Chinesische Massagen und Feldenkrais-Therapie. Das Forum von mammole ist das zweitgrößte der untersuchten Foren und enthält über 4 Millionen Nachrichten. User 4 und User 9

⁴¹ consulenza online; in diesem Fall heißt die Beratung: il medico risponde (Der Arzt antwortet, Übersetzung der Verf.)

benutzen dieses Forum regelmäßig, User 10 ist sehr aktiv (aber weniger als vor der Geburt ihres Kindes) und User 12 schreibt nur wenige Nachrichten in dem Forum.

- www.pianetamamme.it

Dieser Webaufttritt wird von einer Industrie-Holding finanziert und gehört zu pianetadonne.it, das sich an Frauen und Mädchen richtet. Dieses Portal ist sichtbar in eine kommerzielle Strategie eingebettet, da die Holding Banzai gezielt zielgruppenoptimierte Webseiten einrichtet und miteinander verbindet. Das Portal ist sehr benutzerfreundlich strukturiert und umfasst eine Vielzahl an „Extras“, sowie viele kurze Artikel (bzw. auch Werbung in Form von Artikeln) zu den Themenbereichen „schwanger werden“, Schwangerschaft, Geburt, Kind und Familie, bei denen es jeweils Unterbereiche gibt. Zusätzlich gibt es auf der Hauptleiste der Startseite einen Platz für das Forum und für die Sparten Fotos, Blog und Fotoalbum. Das Forum ist nach registrierten Mitgliedern das größte der Untersuchten, enthält aber am wenigsten verfasste Nachrichten (knapp 1 Million). Aus diesem Forum wurden User 1, User 2, User 7 und User 11 interviewt, die alle sehr aktive Forumsnutzerinnen waren und seit kurzer Zeit Moderatorinnen des Forums sind. Da in diesem Forum die Nutzungsintensität der User nicht so hoch ist wie in den beiden anderen Foren, liegt die Vermutung nahe, dass hier vielen aktiven Forumsmitgliedern angeboten wird Moderatorinnen zu werden.

Zwei der Webseiten tragen das Wort Mutter (mamma) in der URL und auch aufgrund vom Inhalt kann davon ausgegangen werden, dass hauptsächlich Frauen diese Webseiten nutzen. Im Zuge der Recherchen bestätigte sich die schon aus der Literatur bekannte Tatsache, dass kaum Männer in online Schwangerschaftsforen aktiv sind. In den Interviews erzählten mir User 9 und User 4, dass die jeweiligen Ehemänner in demselben Forum wie sie nach Antworten suchten. Sie würden aber nur andere Postings lesen und seien weder als Nutzer registriert noch würden sie selbst Postings verfassen. User 12 ist im Forum mammole registriert, nützt es aber nur sporadisch und verfasst nur selten Nachrichten. In diesem Forum habe ich einige wenige männliche User (mit wenigen verfassten Nachrichten) erkannt und User 12

persönlich angeschrieben und ihn um ein Interview gebeten⁴². Im Forum GOL gibt es einen eigenen Bereich für Männer, Zigarrenecke genannt. Männer bekommen auf Wunsch ihren Forumsnamen in hellblau angezeigt und den Zusatz „Big Daddy“. In diesem Bereich werden Diskussionen meistens von Frauen angestoßen, die sich an Männer wenden um eine männliche Sichtweise zu lesen. In dem Forum sind 0,35% der registrierten Mitglieder „Big Daddys“, von den vier Nutzern mit über 1000 verfassten Nachrichten, ist einer Administrator, ein anderer Moderator und die beiden anderen schon seit über zweieinhalb Jahren registriert, sodass sie mit dieser Anzahl von verfassten Nachrichten nicht als *heavy users* bezeichnet werden können. Einschränkend ist zu sagen, dass die Möglichkeit besteht auch als Mann mit der virtuellen Identität einer Frau im Forum aktiv zu sein. Dadurch, dass sehr aktive Forumsuser im jeweiligen Forum üblicherweise relativ viel von sich erzählen (z.B. ist es durchaus üblich einen Erfahrungsbericht über die Geburt eines Kindes ins Forum zu stellen), könnten diese aber bei einem *heavy user* mit anderer virtueller Identität wahrscheinlich erkennen, ob es sich um einen Mann oder eine Frau handelt. Im Forum Pianetamamma gibt es keine einfache Möglichkeit männliche User zu erkennen, da mithilfe der Suchfunktion keine Diskussionen oder Gruppen gefunden wurden in denen es um männliche Forumsmitglieder geht.

2. Fragestellung der Analyse

Die Fragestellung der Analyse geht zurück auf die Fragestellung dieser Arbeit: Werden Autonomisierungstendenzen von schwangeren Frauen durch die Nutzung von Online-Foren gegenüber ihren Partnern und Ärzten oder Ärztinnen verstärkt? Hierbei sollen die am Beginn dieser Arbeit erläuterten Hypothesen durch die Ergebnisse der Untersuchung verifiziert oder falsifiziert werden.

Aus den Interviews soll herausgefiltert werden, wie Online Foren zum Thema Schwangerschaft die Nutzerinnen beeinflussen. Es soll herausgefunden werden ob dieser Einfluss schwangere Frauen *empowert*, und ob er ihre Autonomie in Fragen der Schwangerschaft stärkt. Die Unterfragen zur Hauptfragestellung sind demnach:

⁴² Es dauerte mehrere Monate bis er mir zurückschrieb, da in diesem Forum die Privatnachrichten nicht automatisch an die E-mail-Adresse des Forumsmitglieds gesendet werden.

Gibt es einen Einfluss von der Aktivität in einem Internetforum auf das Erleben der Schwangerschaft von den interviewten Frauen? Erstreckt sich dieser Einfluss auf Fragen der Pränataldiagnostik? Was bewirkt die Internetnutzung bei den Frauen? (Bringt sie mehr Information oder mehr Unsicherheiten?) Wie wichtig sind Arzt oder Ärztin bei den Entscheidungen einer Schwangerschaft? Wird die Beziehung zu Arzt oder Ärztin von der Internetnutzung beeinflusst? Wie wichtig ist der Partner der interviewten Frauen bei Entscheidungen einer Schwangerschaft? Wird das Entscheidungsverhalten von den Frauen durch ihre Internetnutzung und durch ihre Forumsnutzung verändert?

Um diese Fragen beantworten zu können wurde zunächst ein Interviewleitfaden erstellt, der hier verkürzt wiedergegeben wird.⁴³

Er besteht aus biographischen Daten, wo nach Alter, Wohnort, Job gefragt wird und wie oft die Interviewte schwanger war. Danach wird auf die letzte Schwangerschaft eingegangen, und die Einstellung zur Schwangerschaft und die Entwicklung der Schwangerschaft (in Hinsicht aufs körperliche und seelische Wohlfühlen) abgefragt. Es wird versucht herauszufinden, ob die Schwangerschaft als Krise wahrgenommen wurde oder wird. Das nächste Thema des Interviewleitfadens ist das Internetnutzungsverhalten. Hier werden Nutzungsintensität, regelmäßig besuchte Seiten, die Gründe und Auswirkungen dieser Nutzung erfragt. Daraufhin geht es ums Forumsnutzungsverhalten, wobei Intensität und Gründe für diese Forumsaktivität besprochen werden. Zusätzlich werden Fragen zur virtuellen Gemeinschaft des Forums gestellt und zu den Auswirkungen der Forumsnutzung. Im nächsten Themenbereich geht es um das Verhältnis der Interviewten zu ihrem Arzt oder ihrer Ärztin. Die Dauer der Beziehung, Zufriedenheit der Beziehung und Würdigung der medizinischen und sozialen Kompetenzen des Arztes oder der Ärztin sollen herausgefunden werden. Weitere Fragen dazu sind: „Weiß die Ärztin oder der Arzt von der Internetaktivität und ermutigt sie diese?“, „gibt es einen Einfluss des Internets auf diese Beziehung?“. Nun wird nach der Beziehung zum Partner bzw. zum (zukünftigen) Vater gefragt. Die Dauer der Beziehung, die Zufriedenheit der Beziehung und die Einstellung des Partners zur Schwangerschaft sollen erfragt werden. Danach wird das Entscheidungsverhalten im Allgemeinen, das

⁴³ Der verwendete Interviewleitfaden findet sich im Anhang.

Entscheidungsverhalten in der Schwangerschaft, die Anteilnahme des Partners an der Schwangerschaft und die Internetaktivität des Partners beleuchtet. Der letzte Themenblock betrifft die Pränataldiagnostik, wo über bisherige Untersuchungen, über den Entscheidungsprozess dazu, über Gefühle bezüglich der Untersuchungen und über die emotionale Unterstützung in der Schwangerschaft gesprochen wird. Die letzten beiden Fragen sollen den Einfluss des Internetforums in diesem Kontext aufzeigen und klären, ob das Internet der jeweiligen Interviewten durch die Schwangerschaft geholfen hat. Am Ende des Interviews gibt es die Gelegenheit für zusätzliche Anmerkungen.

3. Ablaufmodell der Analyse und Definition der Analyseeinheiten

Im ersten Analyseschritt werden die Interviews auf die einzelnen Kernaussagen reduziert. Im zweiten Schritt werden diese Kernaussagen generalisiert und abstrahiert, bedeutungsgleiche Aussagen werden zusammengefasst und im letzten Schritt werden diese in das Kategoriensystem eingebracht. In dieser Arbeit wird darauf verzichtet, alle Analyseschritte abzubilden. Als Analyseeinheiten dienen die Antworten der Interviewten auf eine Frage. Diese Antwort kann sich auf mehrere Teilaussagen erstrecken und wird inhaltlich abgegrenzt. Die kleinste Kodiereinheit umfasst somit ein Wort (bzw. evtl. auch ein Emoticon, wie z.B. ein nickendes Smiley), die größte umfasst mehrere Sätze.

4. Analyseschritte mittels Kategoriensystem

Die Analyseschritte erfolgten mithilfe einer Zusammenfassung und Verdichtung der einzelnen Interviews. Nach dieser ersten Zusammenfassung wurden die Aussagen interviewübergreifend nochmals verdichtet und abstrahiert. Durch die Zusammenfassung und Abstrahierung der Aussagen konnten aus dem Text Kategorien entwickelt werden; das ist die sog. induktive Kategoriendefinition (Mayring 2003: 75). Diese dienen dazu die Themen der Interviews einzuordnen und die Forschungsfragen von Punkt 2 zu beantworten. Diese Kategorien werden bei Punkt fünf an Theorie und Material rücküberprüft.

Kategorie 1 bezeichnet die Autonomie der jeweils interviewten Person in Fragen der Schwangerschaft. Hierbei geht es sowohl um die Autonomie gegenüber Ärztin oder Arzt als auch gegenüber dem Partner. In Kategorie 2 geht es um das Wohlfühlen, sowohl in der Schwangerschaft als auch im Internetforum und beim Arzt oder bei der Ärztin. Das Wohlfühlen in der Partnerschaft wird nicht als Unterkategorie eingesetzt werden, da zu wenig Fragen zur Partnerschaft gestellt wurden.⁴⁴ Kategorie 3 bezeichnet die Unsicherheit in der Schwangerschaft, Kategorie 4 beinhaltet Information und das Gefühl der Informiertheit. Kategorie 5 umfasst das Entscheidungsverhalten gegenüber Fragen der Pränataldiagnostik.

Nachfolgend sollen anhand der Kategorien die Ergebnisse der Interviews dargestellt werden.

Kategorie 1: Autonomie

Die Erkenntnisse aus der Literatur (erläutert in Kapitel 4) sollen hier die Ergebnisse der Untersuchung strukturieren und erklären. Laut Hildt sind Voraussetzungen für Autonomiefähigkeit Handlungsfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit und Willensfreiheit. (Hildt 2003: 64ff) Die interviewten Frauen verfügten über diese Voraussetzungen in unterschiedlichem Maße. „Sowohl die Autonomiefähigkeit als auch die Autonomieverwirklichung in konkreten Situationen besitzt graduellen Charakter, d. h. beide können in mehr oder weniger umfassendem Maße realisiert sein.“ (Hildt 2003: 63) So sieht die Autonomieverwirklichung gegenüber Arzt oder Ärztin anders aus als gegenüber dem jeweiligen Partner der interviewten Frauen. Vor allem auf den ersten Blick wirkt die Autonomie, die viele der interviewten Frauen gegenüber dem jeweiligen Partner in Fragen der Pränataldiagnostik haben, nicht sehr groß. Auf die Frage, wie innerhalb der Beziehung von den Interviewten Entscheidungen getroffen werden, betonen fast alle befragten Frauen, dass Entscheidungen nur gemeinsam getroffen würden. User 7 sagte, dass sie aufgrund des Berufes ihres Mannes manchmal Entscheidungen alleine treffen würde. User 4 erzählt, dass sie und ihr Partner gemeinsam Pro und Contra Argumente beachten würden und dass sie sich

⁴⁴ Die meisten Interviewten erzählten nicht sehr viel über ihre Beziehung; essentielle Probleme, z.B. Trennung oder Beziehungskrise haben die Interviewten mitgeteilt. User 11 erzählte davon, dass seine Frau und er mithilfe einer Paartherapie versuchen eine drohende Trennung zu verhindern.

gegenseitig ihre Beweggründe erklären würden. Mehrere befragte Frauen betonten, wie wichtig Gespräche vor einer Entscheidungssituation wären. User 8 meint dazu: „Gemeinsam Entscheidungen zu treffen bedeutet Kompromisse zu finden.“ Sie erzählt, dass sie und ihr Mann bei bestimmten Fragen der Schwangerschaft unterschiedlicher Meinung wären, aber dass solche Situationen, in denen sie eine Wahl treffen müssten, nicht aufgetreten wären. User 8 bezieht sich hier auf mögliche Malformationen oder Fehlentwicklungen des Fötus und ihren Umgang mit dieser Situation. Auf die Nachfrage, wie Entscheidungen zur Pränataldiagnostik getroffen werden, antworten auch hier die meisten interviewten Frauen, dass Entscheidungen gemeinsam getroffen würden, aber bei den erzählten Beispielen ließ sich erkennen, was manche unter einer gemeinsamen Entscheidung verstehen.

User 10 sagt, dass die Entscheidungen einer Schwangerschaft Entscheidungen der Familie seien, erklärte dann aber, dass der Vorschlag eine Amniozentese durchführen zu lassen von ihr stammte, bzw. dass sie diese Untersuchung ihrerwegen hatte durchführen lassen. Ähnliches sagte User 12, ein Mann. Oft würde seine Frau einen Vorschlag machen über den dann gesprochen und entschieden würde. User 11 erklärte, sie habe vor ihrer Zustimmungserklärung zur Nabelschnurblutspende ihren Mann gefragt, ob er damit einverstanden wäre. Aus Sicht der zwei befragten Frauen ist dies ein partnerschaftliches Entscheidungsverhalten.

„So ist eine bestimmte Entscheidung in dem Maße autonom, und eine Handlung in dem Maße frei, in dem eine Person ihre generelle Autonomiefähigkeit in diesem jeweiligen konkreten Kontext umsetzen kann. Hierbei spielt neben einigen Voraussetzungen, die auf Seiten der entscheidenden bzw. handelnden Personen gegeben sein müssen, insbesondere das Ausmaß, in dem andere Personen deren Autonomie achten, eine große Rolle.“ (Hildt 2003: 67)

Die meisten befragten Frauen erzählen von ihren Partnern in einer Weise die klar macht, dass die Partner die Autonomie ihrer Frauen bzw. Partnerinnen achten. „Die Achtung der Autonomie von Personen kann als Verzicht beschrieben werden, Handlungen durchzuführen, die mit den autonomen Wahlentscheidungen und Handlungen anderer Personen interferieren.“ (Hildt 2006: 68)

Auch der männliche User, der interviewt wurde, beschrieb die Situationen, in denen er seine Frau zu Ärzten bzw. Ärztinnen begleitete, dementsprechend: „Ich war nicht aktiv, sondern nur Begleiter, ich bin mit reingegangen, habe aber keine speziellen Fragen gestellt, ‚sie (Arzt und Ehefrau, Anm.) haben das geregelt‘.“ User 1 erzählt, dass ihr Mann nicht selbst nach Informationen über die Schwangerschaft suchen würde, sondern dass sie ihm jene Dinge erzählt, die ihn interessieren. User 3 und User 5 machen als einzige der Befragten deutlich, dass sie die notwendigen Entscheidungen einer Schwangerschaft alleine treffen. User 3 sagt darüber: „Ich hab entschieden und er (der Partner, Anm.) hat mir vertraut“. User 5 sagt: „Wir sprechen gemeinsam darüber, aber die Entscheidungen treffe ich dann alleine.“ In Bezug auf Fragen der Pränataldiagnostik spielt bei einigen interviewten Frauen der Arzt oder die Ärztin eine wichtige Rolle. So hat der Gynäkologe User 8 zu pränataldiagnostischen Untersuchungen geraten, eine der durchgeführten Untersuchungen würde sie nicht wieder machen. Auch User 9 hat sich auf Rat ihrer Gynäkologin Untersuchungen unterzogen, hat aber zusätzlich persönliche Informationen aus ihrem Umfeld erhalten. Bei User 7 war aus medizinischen Gründen eine Chorionzottenbiopsie notwendig und User 1 erzählte, dass einige Untersuchungen von ihrer Gynäkologin eingefordert wurden.

Bei den meisten interviewten Frauen wird die Autonomie gegenüber ihrem Arzt oder ihrer Ärztin deutlich. User 4 sagt darüber: „Ich weiß genau was ich fragen will und was ich vom Arzt wissen will, es ist nicht notwendig, dass er mir manche Sachen erklärt“. User 9 meint, dass ihre Ärztin sieht, dass sie selbst informiert ist und dass sie imstande ist, Probleme der Schwangerschaft alleine zu lösen. Sie erzählt auch, dass die Meinung ihrer Ärztin für sie nicht die absolute Wahrheit darstellt und dass sie immer versucht sich ein eigenes Bild zu machen. User 2 erzählt, dass sie manchmal ihrem Arzt Lösungen vorschlagen musste oder bei Dingen nachhaken die er schon als von vornherein feststehend betrachtete. User 3 erzählt, dass ihr die Internetnutzung geholfen hat Antworten zu verstehen und ihre Argumentation zu stützen. User 8 sagt dazu, dass sie aufgrund ihrer Internetnutzung bei einigen ihrer Argumenten selbstbewusster auftrat. User 6 erzählt, dass sie im Internet Antworten auf medizinische Fragen gefunden hätte. User 1 benutzte ihre Ärztin um Informationen, die sie aus dem Internet entnommen hatte, bestätigen zu lassen. Sie hat sich auf jeden Termin mit ihrer Ärztin vorbereitet. Wenige der Interviewten haben

ihrem Arzt oder ihrer Ärztin von der Internetnutzung erzählt. Dies geschah laut User 11 nicht „aus Scham oder so was, sondern weil es einfach keine Gelegenheit gab“. User 1 sagt dazu: „ich hatte nicht die Gelegenheit ... ansonsten hätte ich es ihr gesagt“. User 3 hat ihrem Arzt nichts von ihrer Internetnutzung gesagt, da „es nicht notwendig war“. User 9 antwortet auf die Frage ob sie die Internetnutzung ihrer Ärztin mitgeteilt hätte: „Wir sprechen von solchen Dingen nicht.“ User 8 hat ihrem Arzt nicht von ihrer Internetnutzung erzählt, da sie wusste, dass er nicht sehr positiv dem gegenüber eingestellt wäre „was man im Internet lesen kann“. Der Arzt von User 10 weiß von ihrer Internetnutzung und glaubt, dass das Internet für manche Dinge nützlich sein kann und weniger nützlich für andere. Der Allgemeinmediziner von User 7 hat gelassen auf ihr Bekenntnis zur Internetnutzung bei Fragen zur Schwangerschaft reagiert. Ihr wurden auch als einziger Webseiten von der Neonatologin aus ihrem Geburtsvorbereitungskurs empfohlen. Diese Webseiten hat sie aber genauso wenig wie die ihr empfohlenen Bücher angeschaut. Kein Arzt und keine Ärztin der Interviewten haben Bücher, Webseiten oder gar ein Forum bei Fragen zur Schwangerschaft empfohlen. Die meisten der Interviewten haben das jeweilige Forum zufällig entdeckt, da sie online nach Antworten auf ihre Fragen gesucht hatten.

Kategorie 2: Wohlfühlen

In der Kategorie Wohlfühlen werden die Beziehung der interviewten Frauen zu Arzt oder Ärztin und ihr Verhältnis zum Forum, bzw. zu Forumsmitgliedern erfasst. Das Forum, in dem die Frauen aktiv sind, empfinden die Interviewten allesamt als sehr positiv. Hier ist aber zu beachten, dass keine der interviewten Personen zusätzlich noch ein anderes Schwangerschaftsforum benutzen. Von den Interviewten sind viele *heavy users*, die dem engen Kern der Forumsmitglieder angehören. Vier der Interviewten sind Forumsmoderatorinnen, die aufgabenbedingt sehr viel Zeit im Forum verbringen. Der interviewte Mann verbringt nicht viel Zeit im Forum. Er hat sich wegen seiner Frau angemeldet und nur wenige Postings verfasst. Trotzdem meint er, dass er vom Forum profitiert, weil er Antworten auf seine Fragen gefunden hat. User 5 und User 9 gehören zu den regelmäßigen Usern, die vor allem aus Zeitgründen nicht (mehr) so aktiv sind, wie sie es gerne wären. User 10 war vor der

Geburt ihres letzten Kindes aktiver, aber ist immer noch sehr aktiv. Auf die Frage, warum sie ein Onlineforum zum Thema Schwangerschaft nutzen würden, antworten mehrere Interviewte, dass sie gern mit Frauen in ähnlichen Situationen sprechen würden. User 10 sagt hierzu: „Wir erleben mehr oder weniger gleichzeitig die selben Freuden.“ Sie erzählt auch, dass sie sich im Forum mit Frauen umgeben hat, welche genau ihre Schwierigkeiten hatten oder haben und betont, dass es für sie wichtig war Frauen, die in der selben Schwangerschaftswoche sind wie sie, zu finden. User 7 sagt über das Forum, dass es ihr gut täte und dass sie im Forum umwerfende Personen und treue Freundinnen gefunden hätte, von denen sie gerne liest. Daneben wäre das Forum eine neben vielen Möglichkeiten, die Routine des Alltags zu durchbrechen. User 1 sagt über das Forum: „Wir sind wie eine Familie – mit einigen“, und „ich hab Mädels aus Gold kennengelernt“. Sie hat im Forum auch über ihre Fehlgeburt und über ihren Wunsch nach einem dritten Kind erzählt. Sie sagt auch, sie hätte durch das Forum viel gelernt, viele Ratschläge erhalten und auch welche gegeben. User 4 wurde von ihrem Partner im Forum angemeldet, da sie in eine Krise schlitterte, weil niemand ihr etwas zur Schwangerschaft erklärte. User 8 hat geholfen, dass sie im Forum Frauen fand, die ähnliche Probleme hatten. Es half ihr Frauen zu finden, die in derselben Schwangerschaftsphase waren wie sie, um gemeinsam die Schwangerschaft zu erleben. Im Forum hätte sie emotionale Unterstützung gefunden, welche sie brauchte. User 9 schätzt am Forum besonders die persönlichen Erfahrungen und Gefühle der anderen Forumsmitglieder. User 3 sagt über ihre Forumsnutzung: „Es ist wie, wenn ich eine Freundin anrufen würde.“ Durch das Forum fühlt sie sich informiert, wobei sie besonders die Erfahrungsberichte von anderen Frauen würdigt. User 5 schätzt am Forum, dass sie Antworten in sehr kurzer Zeit erhält und freut sich, dass sie im Forum ‚virtuelle‘ Freundinnen gefunden hat, mit denen sie Informationen, Ratschläge und Vertraulichkeiten austauschen kann. User 7 sagt über das Forum: „Es tut mir gut.“ Die meisten interviewten Frauen beantworten die Frage, wer sie in der Schwangerschaft emotional unterstützt hätte, auch mit der Erwähnung des Forums. An erster Stelle kommen meist Partner (zwei Mal wurde die Mama angesprochen) und evtl. noch Familienmitglieder, danach wurde das Forum, bzw. Forumsmitglieder angesprochen.

In der Beziehung zu Arzt oder Ärztin ergibt sich kein so homogenes Bild aus den Interviews. Einige wenige sind sehr zufrieden mit ihrem Arzt oder ihrer Ärztin, wie z.B. User 7, wenn sie sagt, dass ihr Arzt ein professioneller, aber auch humaner Arzt sei, den sie um nichts in der Welt eintauschen würde. User 3 betont, dass ihr Gynäkologe sehr viel Erfahrung hat und User 5 meint, sie sei sehr zufrieden mit ihrem Arzt. User 10 ist glücklich über die gute Beziehung zu ihrem Gynäkologen. User 11 glaubt ihr Arzt ist einer der besten in der Stadt und sagt, sie würde ihn niemals eintauschen. User 9 ist der Meinung ihre Ärztin hätte mittelmäßige medizinische und soziale Fähigkeiten und User 2 findet ihren Arzt zu oberflächlich. Sie erzählt, dass sie selbst Vorschläge einbringen musste oder mehrmals bei etwas nachhaken. User 4 ist mit ihrem Allgemeinmediziner überhaupt nicht zufrieden. „Er ist ein Idiot“, sagt sie und dass sie sich hauptsächlich wegen seiner Inkompetenz im Internet informiert hätte. Wie schon erwähnt haben die meisten befragten Frauen nicht mit Ärztin oder Arzt über ihre Internetnutzung gesprochen. Auch hat keine Frau Webseiten oder gar ein Onlineforum von Arzt oder Ärztin empfohlen bekommen. Dies zeigt, dass ein wichtiger Bereich im Erleben der Schwangerschaft im Gespräch zwischen Arzt oder Ärztin und den interviewten Frauen nicht vorkommt. Gerade diejenigen Ärzte und Ärztinnen, die skeptisch gegenüber der Qualität von Informationen aus dem Internet sind, verpassen so die Chance Einfluss auszuüben und den Schwangeren Webseiten mit Gütesiegel oder Webseiten mit geprüften Informationen nahe zu legen. Auch wird hier aus ärztlicher Sicht leicht ignoriert, dass nicht alle Fragen im ärztlichen Gespräch geklärt werden, oder dass sich die befragten Frauen (wie z.B. User 1) Informationen, die sie online gefunden haben, bestätigen lassen. Soll diese Art der Überprüfung von Informationen gefördert werden, so sollte das Thema Internetnutzung im ärztlichen Gespräch nicht ausgeklammert werden. (Vgl. Eysenbach)

Kategorie 3: Unsicherheit der Schwangerschaft

In der Literatur wird Schwangerschaft oft als Moment der Krise dargestellt. Dies hat sich in den Interviews nicht immer bestätigt. Vorwiegend wurde die Schwangerschaft als große Freude bezeichnet und körperliche Beschwerden wurden als nicht belastend empfunden. Dies hängt mit Sicherheit mit dem vorhandenen

Kinderwunsch bei einigen der interviewten Frauen zusammen. So sagt User 10, dass sie gerne mehr Kinder hätte, denn: „Die Kinder sind die schönste ‚Sache‘, die ich jemals gemacht habe.“ Aus ökonomischen Gründen wird sie aber keine weiteren Kinder bekommen, was sie ein bisschen traurig macht. Trotzdem war sie in ihrer letzten Schwangerschaft nach ihrer Ansicht paranoid, da sie erst kurz davor eine Fehlgeburt erlebt hatte. Auch User 11 hatte eine Fehlgeburt hinter sich und war ihrer Meinung nach deswegen ein bisschen ängstlich, aber trotzdem glücklich. User 2 sagt, dass diese Schwangerschaft gewünscht und gesucht sei, und dass sie deswegen sehr glücklich sei. Durch eine Fehlgeburt wurde ihr diese Schwangerschaft bewusster und sie ist dankbar dafür. User 9 definiert ihre Schwangerschaft als „Zeit des Übergangs“ und erlebte eine immense Freude. User 5 sagt, ihre Schwangerschaft sei klar und unbeschwert gewesen. User 3 erwähnt, dass sie während der Schwangerschaft mehr Energie verspürte und dass sie psychische Unterstützung in der Zeit brauchte. User 8 hingegen erlebte Momente der Krise, wenn sie etwas Schreckliches im Onlineforum gelesen hatte, in dem sie aktiv ist. Sie erzählt, dass sie Momente erlebte, in denen sie gleichzeitig ängstlich und losgelöst war. User 12 erzählt, dass für seine Frau der Zeitraum der Schwangerschaft ein Moment der Krise darstellte, aber nicht unbedingt aufgrund der Schwangerschaft, sondern vor allem aufgrund von Beziehungsproblemen. User 4 erklärt, dass die Schwangerschaft der schönste Zustand sei, den eine Frau erleben könnte. Dennoch schlitterte sie in eine Krise weshalb ihr Partner sie in dem Onlineforum mammole registrierte. Bezüglich Fragen der Pränataldiagnostik zeigen die Interviews meistens eine zumindest leichte Beunruhigung, nur User 9, die einen medizinischen Background hat, war nur neugierig auf die Ergebnisse ihrer Untersuchungen. User 10 fürchtete nicht sehr, dass „das Kind Probleme haben könnte“, sondern dass sie es nach der durchgeführten Amniozentese verlieren könnte. User 7 musste aus medizinischen Gründen eine Chorionzottenbiopsie durchführen und war vor allem in der Wartezeit auf den Befund sehr verängstigt: „Ich hab gebetet, dass alles gut geht“, sagt sie dazu. User 1 war vor allem in Bezug auf den Tri-Test sehr beunruhigt. User 8 sagt bezüglich Fragen der Pränataldiagnostik, dass die Angst immer da sei, dass diese aber durch das Internet verringert würde. User 3 erzählt, dass sie besorgt war, wenn es zu pränataldiagnostischen Untersuchungen kam. Die Wartezeit auf das Resultat der durchgeführten Chorionzottenbiopsie beschreibt sie als „schlimmstens“ und „in Angst“. User 5 erzählt, dass sie etwas besorgt war, und dass sie die

Wartezeit auf die Ergebnisse der Chorionzottenbiopsie als sehr lang empfand. User 11 betont, dass sie so lange besorgt war, bis sie die Werte des Bi-Tests schriftlich erhalten hatte, obwohl die Nackenfaltenmessung einen sehr guten Wert ergab. In den Interviews bestätigte sich demnach die Hypothese, dass die Zeit, in der Frauen mit Fragen der Pränataldiagnostik konfrontiert sind, eine Zeit großer Unsicherheit ist. Hier besteht ein Bedarf an Kommunikation und Beratung⁴⁵. Die interviewten Frauen kommunizieren und beraten sich mit anderen Frauen in Onlineforen.

Kategorie 4: Informiertheit

Die Möglichkeit an Informationen zu kommen bewirkt nicht automatisch ein Gefühl der Informiertheit. Im Internet findet sich, wie schon besprochen, eine Fülle an Informationen zum Thema Schwangerschaft und Fragen der Pränataldiagnostik. Dieses Volumen an Information kann erdrückend sein, wie es Potts und Wyatt formuliert haben, es kommt aber darauf an wie Patienten und Patientinnen oder Schwangere damit umgehen. In der Studie von Zillien et al. waren die Forumsnutzer „weder überfordert noch verunsichert durch die Vielzahl an Informationen, die ihnen online zur Verfügung stehen“, sondern größtenteils sehr selbstbewusst und sicher. (Zillien et al. 2008: 14) Auf der anderen Seite kann Information, die im ärztlichen Gespräch erhalten wird, auch verkürzt und unbefriedigend wahrgenommen werden. Schwangere nutzen das Internet auch, um sicher zu gehen, dass sie alle verfügbaren Informationen kennen. (Eysenbach 2003) In den Interviews stellte sich das z.B. bei User 2, bei User 4 und bei User 9 deutlich heraus. „Information is the threefold process of cognition, communication, and cooperation.“ (Fuchs 2008: 128) Diese Art der Information erfahren die Interviewten vor allem online. Alle Interviewte sind *heavy internet users*, die das Internet täglich (auch beruflich wie z.B. User 8, User 12, User 9 und User 6) nutzen. Alle Interviewten fühlen sich durch ihre Internetnutzung besser informiert, die meisten Frauen haben die ärztlichen Gespräche in der Schwangerschaft vor- oder nachbereitet. User 11 erzählt, sie hätte durch das Internet einige Erklärungen ihres Gynäkologen verstanden. User 2 nutzte,

⁴⁵ In wie weit dieser Bedarf schon vor breiten Internetnutzung gegeben war wurde in Kapitel 6 kurz angesprochen.

wie erwähnt, ihre Gynäkologin zur Qualitätsüberprüfung der online gefundenen Informationen. Durch die Internetnutzung sei sie nun sehr informiert über Dinge, von denen sie vorher nichts wusste und über die sie nicht nachgedacht hätte, meint sie. User 5 geht es ähnlich, sie sagt: „Im Internet habe ich interessante Informationen über die Schwangerschaft gefunden, die ich vorher noch nicht kannte.“ User 7 bezeichnet das Internet als Segen⁴⁶, User 8 sagt: „Das Internet hat mich alles über meine Schwangerschaft gelehrt.“ Sie glaubt, dass die Informationen aus dem Internet sie meistens beruhigt haben, und ihr die Nutzung „dumme“ (Hervorhebung von User 8) Ängste genommen hätte. User 4 erzählte, dass ihr die Internetnutzung besonders geholfen hätte, da die Möglichkeiten sich „offline“ zu beraten und auszutauschen für sie nicht vorhanden waren.⁴⁷ Trotzdem bezeichnet sie das Internet als „zweischneidiges Schwert“. In dieselbe Kerbe schlägt User 11 wenn sie sagt, dass der Nutzen, den man aus der Aktivität in Foren bzw. im Internet ziehen kann, von der Herangehensweise der einzelnen Person abhängt. User 9 meint sogar, dass man Grundlagen einer medizinisch wissenschaftlichen Kultur kennen müsse um Seiten auswählen und bewerten zu können. Sie betont, dass man auswählen können muss. User 2 erzählt, dass sie besonders von der Internetnutzung profitiert hat, als sie eine Fehlgeburt erlebte und ihr Gynäkologe nicht erreichbar gewesen sei.

Kategorie 5: Entscheidungsverhalten

Das Entscheidungsverhalten von den interviewten Frauen hängt von vielen Faktoren ab. Einerseits spielen medizinische Gründe eine wichtige Rolle, wenn z.B. für User 7 eine Chorionzottenbiopsie notwendig wurde. Oder auch wenn aufgrund des Risikoparameters „Alter“ einige befragte Frauen sich für pränataldiagnostische Untersuchungen entschieden haben (z.B. User 10). Andererseits spielen bestimmte Wertvorstellungen der Befragten (sowie deren Partner und Familien) eine Rolle, die in dieser Untersuchung nicht betrachtet werden konnten. Der Wunsch nach einem gesunden Kind kam allerdings bei einigen Interviews auch explizit vor, so z.B. bei

⁴⁶ Sie spricht wörtlich von einer heiligen Hand („mano santa“).

⁴⁷ So gab es z.B. nur einmal im Jahr die Möglichkeit eines Geburtsvorbereitungskurses.

User 11. Gesellschaftlicher Druck, der in Kapitel 5 beschrieben wurde, konnte durch die Interviews nicht beleuchtet werden. Das u.a. von Rose und Novas beschriebene Phänomen des *genetic risk*, in diesem Fall, dass die Schwangere Verantwortung über die genetische Gesundheit ihres Fötus übernimmt, kam erst bei genauerer Analyse zum Vorschein. User 1 sagt: „Die Untersuchungen, die gemacht werden mussten, haben wir immer gemacht.“ Aus diesem Interview ergab sich, dass die Befragte zwei Fehlgeburten erlebt hatte, bevor sie ihr drittes Kind zur Welt brachte. Körperlich ging es ihr in dieser letzten Schwangerschaft nicht gut, auch deshalb ist es naheliegend anzunehmen, dass die Interviewte ‚alles richtig machen wollte‘ und die Erwartungen ihrer Gynäkologin erfüllen wollte. User 10 erklärt: „Es war meine Wahl eine Amniozentese zu machen.“ Diese Untersuchung hatte sie aufgrund ihres Alters von sich aus angestrebt⁴⁸ und sie erwähnt, dass sie mit ihrem Arzt darüber gesprochen hätte. User 3 erzählt, dass sie ihre Schwangerschaft unbesorgt leben wollte und dass sie wusste, dass diese Untersuchungen dazu dienten, dass sie sich psychisch besser fühlte. Sie hat, weil sie sich persönlich sicher sein wollte, eine Chorionzottenbiopsie durchführen lassen. User 8 hat auf Anraten ihres Gynäkologen, den sie sehr schätzt, eine Untersuchung machen lassen, die sie nicht mehr wiederholen würde. Der Arzt oder die Ärztin spielt in einigen Fällen demnach eine essentielle Rolle bei Fragen der Pränataldiagnostik, da vor allem Vorschlägen bzw. Ratschlägen von Ärztinnen und Ärzten, die sehr gewürdigt werden, gern nachgekommen wird. Keine interviewte Frau erzählte, dass sie einem Vorschlag aus dem ärztlichen Gespräch nicht nachgekommen wäre. Andererseits erwähnt etwas mehr als die Hälfte der befragten Frauen kein Anraten von Arzt oder Ärztin zu pränataldiagnostischen Untersuchungen außerhalb der vom Gesundheitsministerium vorgesehenen Standards, wie z.B. Ultraschall (innerhalb dessen eine Nackenfaltenmessung de facto automatisch erfolgt). Insgesamt erzählen die meisten Frauen, dass die Entscheidungssituation von gemeinsamen Gesprächen mit dem Partner geprägt war. Der Schlüsselsatz stammt hierbei von User 4: „Wir haben geredet, geredet, geredet...“

⁴⁸ User 1 war während ihrer Schwangerschaft 35 bzw. 36 Jahre alt.

5. Rücküberprüfung des Kategoriensystems an Theorie und Material

Die erstellten Kategorien wurden deduktiv aus dem Interviewmaterial entnommen und sollen mithilfe einiger Zitate nochmals belegt werden. Die Kategorie Autonomie ergab sich aus den Aussagen von mehreren Frauen. User 3 antwortet auf die Frage nach der emotionalen Unterstützung in der Schwangerschaft: „Um ehrlich zu sein, ich habe keine Hilfe gebraucht.“ Über die Teilnahme ihres damaligen Ehemannes an ihrer Schwangerschaft und ihr Entscheidungsverhalten zu Fragen der Pränataldiagnostik sagt sie: „Ich habe entschieden und er hat mir vertraut.“ User 6 betont, dass sie in ihrer Schwangerschaft keine Unterstützung gebraucht hätte, sondern dass sie andere Menschen unterstützt habe. User 9 sagt in Bezug auf ihre Gynäkologin: „Ich versuche immer mir ein eigenes Bild zu machen.“ Das Wort Autonomie kommt in keinem Interview vor ist aber eine gute Reduktion von dieser Art von Aussagen. Hildt betont den Zusammenhang von Autonomie „mit Tätigsein und Handeln, mit der Übernahme von Verantwortung für begangene Handlungen“ (Hildt 2003: 53), genau dies sieht man in den eben zitierten Aussagen. Hildt beleuchtet in ihrem Buch die Autonomie im biomedizinischen Kontext, wobei sie auch auf Fragen der Pränataldiagnostik eingeht. Das Thema Autonomie spielt in der Beziehung zwischen Ärztinnen oder Ärzten und Patienten oder Patientinnen eine wichtige Rolle, mit Schwangeren ist das nicht anders. Die gesellschaftliche Erwartungshaltung gegenüber Fragen der Pränataldiagnostik kann zu einer Scheinautonomie führen, wo die Entscheidungsoptionen nicht gleichwertig gesehen werden. Die Kategorie Wohlfühlen bezog sich einerseits auf Aussagen über das jeweilige Onlineforum. User 7 sagte: „Es tut mir gut.“ Mehrere Äußerungen bezogen sich auf die Art der virtuellen Gemeinschaft und darüber, dass virtuelle Freundinnen gefunden wurden. Andererseits führten auch Bemerkungen über das Verhältnis zu Arzt oder Ärztin zu dieser Kategorie. Die Kategorie Unsicherheit der Schwangerschaft entspricht einer *catch phrase* aus der Literatur. Schwangerschaft wird z.B. von Righetti et al. als Phase der Krise gesehen, welche evolutiv und maturativ ist. (Righetti et al. 2008: 103) Die Äußerungen der interviewten Frauen über Ängste und Sorgen in der Schwangerschaft bedingten diese Kategorie. Die Kategorie Informiertheit bezieht sich auf Darlegungen zur Internetnutzung der Befragten. Besonders im Kontext des Internets bedeutet Information nicht automatisch Informiertheit. Zugang zu möglichst umfassender Information ist aber ein wichtiger Faktor, um sich informiert zu fühlen.

Alle Interviewten fühlten sich durch die Internetnutzung besser informiert. Die letzte entwickelte Kategorie betrifft das Entscheidungsverhalten gegenüber Fragen der Pränataldiagnostik. Insbesondere in Literatur aus feministischer und heilpädagogischer Perspektive zu Implikationen der Pränataldiagnostik werden die Entscheidungssituationen und Fragen der Verantwortung thematisiert (Fosen-Schlichtinger 2002: 16). Aus den Interviews geht hervor, dass versucht wird Entscheidungen gemeinsam mit dem Partner zu treffen, bei einigen Interviewten prägen zusätzlich Arzt oder Ärztin das jeweilige Entscheidungsverhalten.

6. Interpretation der Ergebnisse in Richtung der Hauptfragestellung

Die Ergebnisse der Interviews zeigen vor allem eine Stärkung der schwangeren Frauen durch ihre Internet- bzw. Forumsaktivität. Diese *empowering effects* entstehen zum größeren Teil durch die emotionale Unterstützung innerhalb des Onlineforums und zum geringeren (aber dennoch beachtlichen) Teil durch zusätzliche Informationen, die den Interviewten zugänglich sind: teilweise in Form von persönlichen Erfahrungsberichten von Forumsmitgliedern und teilweise als Daten und Fakten, die im Internet (in unterschiedlich Qualität und aus unterschiedlichen Quellen) zu finden sind. In Hinblick auf die Hauptfragestellung zeigt sich, dass wichtige Voraussetzungen für autonomes Handeln durch die Internetnutzung der Interviewten geschaffen werden. Die Entscheidungsfähigkeit einer Schwangeren wird auch von ihrem Wissensstand bedingt. Ohne genügend Informationen kann kaum eine selbstbestimmte Entscheidung getroffen werden. Werden Autonomisierungstendenzen von Schwangeren gegenüber Partnern und Ärztinnen oder Ärzten gestärkt? Diese Stärkung gegenüber Arzt und Ärztin lässt sich im Hinblick generelle Internetnutzung klar feststellen, auch im Hinblick auf das Onlineforum ist sie ersichtlich. Mehr Information durch Internetnutzung führte bei allen Interviewten dazu, sich besser informiert zu fühlen und u.a. ärztliche Erklärungen besser zu verstehen (z.B. User 2 und User 3) oder Visiten vor- und nachzubereiten (z.B. User 7). Dies beeinflusst mittelbar auch das Entscheidungsverhalten, was deutlich wird wenn User 9 erzählt, dass sie die Meinung ihrer Gynäkologin erfragt, aber diese nicht als die absolute Wahrheit betrachtet. In der virtuellen Gemeinschaft des Onlineforums erfahren die Mitglieder emotionale Unterstützung, Zuspruch und gegenseitige Beratung, z.B. in Form von Erlebnisberichten. Die positiven Effekte, welche die Interviewten aus der

Forumsnutzung erhalten, betreffen z.B. die Unsicherheit in einer Schwangerschaft, die durch die Forumsnutzung bei User 11, User 10, User 8 und User 4 verringert wurde. Dies verbessert die Position der Schwangeren gegenüber Arzt oder Ärztin und erleichtert ein partnerschaftliches Verhältnis. Ähnlich verläuft es gegenüber Partnern: hier zeigt sich eine Stärkung im Hinblick auf das Onlineforum, da die emotionale Unterstützung in einer Schwangerschaft auch von anderen Forumsmitgliedern ausgeht. User 8 sagt das so: „Im Forum habe ich die Unterstützung bekommen, die ich gebraucht hab. Ohne diejenigen zu belasten, die mir in praktischen Dingen geholfen haben.“ User 3, User 6 und User 9 sind der Meinung, dass sie selbst keine emotionale Unterstützung brauchen, dass sie diese aber gern anderen Forumsmitgliedern geben. Das Forum ist für die Interviewten emotional sehr wichtig, dient aber auch als Informationsquelle und stellt eine virtuelle Gemeinschaft dar. Trotzdem erzählen die meisten Interviewten ihrem Arzt oder ihrer Ärztin nicht von der Internetnutzung. „Es war nicht erforderlich“, sagt User 3 und User 1 sagt: „Ich hatte keine Gelegenheit dazu ... ansonsten hätte ich es ihr gesagt“. Interessant in diesem Kontext ist eine Studie von Himmel et al. über ein Unfruchtbarkeitsforum, die ergab, dass jene Patienten und Patientinnen, die ein gutes Verhältnis mit ihrem Arzt oder ihrer Ärztin hatten, eher über ihre Internetnutzung sprechen. (Himmel et al. 2005) In den Interviews bezeichneten mehrere befragte Frauen ihr Verhältnis zu Arzt oder Ärztin als gut⁴⁹, trotzdem haben nur zwei von zwölf Frauen Arzt oder Ärztin von der Internetnutzung erzählt. In der Interviews ergab sich, dass die *catch phrase* „Schwangerschaft als Krise“ nicht bei jeder zutrifft, vor allem da unter den interviewten Frauen sehr viele waren, die seit einiger Zeit versuchten bewusst (noch) ein Kind zu bekommen. In den Interviews dominierte demnach die Freude über die Schwangerschaft, obwohl einige befragte Frauen aufgrund von vorher erlebten Fehlgeburten etwas beunruhigt waren. Dass die Schwangerschaft von den meisten nicht als Krise empfunden wurde mag auch damit zusammenhängen, dass die meisten Interviewten mehr als eine Schwangerschaft erlebt haben und somit die Veränderungen, welche die Schwangerschaft mit sich bringt, nicht mehr so groß sind wie bei der ersten Schwangerschaft. Die meisten interviewten Frauen waren aber besorgt über pränataldiagnostische Untersuchungen, manche über die Gesundheit des Fötus (z.B.

⁴⁹ Nur User 4 bezeichnete das Verhältnis zu ihrem Arzt (sehr explizit) als schlecht.

User 11), manche über eine mögliche Fehlgeburt (z.B. User 10). Die Sorgen in Bezug auf die Gesundheit des Fötus waren am größten während der Wartezeit auf die Resultate der Untersuchungen.

Aus den Interviews ergab sich, dass die Partner einiger interviewter Frauen sporadisch in Onlineforen aktiv sind (z.B. der Partner von User 4); dort sind sie aber hauptsächlich passive Konsumenten. Kein Partner von Interviewten ist in einem Onlineforum registriert, auch nicht zu einem anderen Thema. User 12 ist in anderen Onlineforen über andere Themen registriert, jedoch in keinem anderen Schwangerschaftsforum. Die Partner der interviewten Frauen recherchieren auch außerhalb eines Forums wenig im Internet⁵⁰ oder in Büchern. Aus allen Interviews ergab sich jedoch, dass sie an der Schwangerschaft teilnehmen. Die meisten begleiteten die Frauen zu Untersuchungen (vor allem zu Ultraschalluntersuchungen) und nehmen am Geburtsvorbereitungskurs teil. Warum die Partner nicht in ähnlich starkem Maße das Internet oder ein Onlineforum nutzen um sich über die Schwangerschaft zu informieren ging aus den Interviews nicht hervor. Ganz stark ergab sich aber in jedem Interview (auch mit User 12, dem männlichen Forumsmitglied), dass sowohl Internet- als auch Forumsnutzung allen durch die Zeit der Schwangerschaft geholfen haben und weiterhin im Familienleben helfen und stärken.

⁵⁰ Ausnahmen sind hier die Partner von User 4 und von User 9.

Conclusio

In dieser Arbeit wurde versucht die Fragestellung zu beantworten, ob und inwiefern die Nutzung von Internet und Internetforen die Schwangerschaft italienischer Frauen beeinflusst. Anhand dreier Hintergrundgespräche und von zwölf Interviews wurde empirisch dargelegt, dass Internet- und Forennutzung zu einer möglichen Stärkung der Schwangeren führen können. Internetnutzung zum Thema Schwangerschaft bringt mehr Information für Schwangere. Aus der Perspektive der interviewten User ermöglicht dies ein Gefühl der Informiertheit. Aus der Perspektive des befragten niedergelassenen Arztes und der befragten Ärztin ist es von Bedeutung von welcher Qualität die gefundenen Informationen sind. Denn durch die übliche Internetnutzung (die sich nicht an Gütesiegeln oder anderen Qualitätskriterien orientiert) ist ein gewisses Potenzial an Fehlinformation oder Falschinterpretation von Informationen gegeben. Während die frühere Abhängigkeit von Schwangeren von beiden (männlichen) Gynäkologen kritisiert wird, ist ein Verhältnis zu ihren „Patientinnen“, das dem Autonomie-Modell entspricht, für beide nicht vorstellbar. Dieses Modell beanspruchen aber einige der interviewten Forumsuser. Schwangere Frauen haben ein großes Informationsbedürfnis, welches zumindest einige tausend Italienerinnen mithilfe ihrer Internet- und Forumsnutzung zu stillen versuchen. Einerseits dient diese Nutzung der Informationsbeschaffung, andererseits geht es den Schwangeren auch darum, sich mit anderen Frauen in ähnlichen Situationen auszutauschen. In der virtuellen Gemeinschaft des Online-Forums erfahren die Mitglieder emotionale Unterstützung, Zuspruch und gegenseitige Beratung, ähnlich wie in einer Selbsthilfegruppe. Dies stärkt die schwangeren Forumsuser und fördert ihre Autonomisierung gegenüber Arzt oder Ärztin. Die generelle Unsicherheit einer Schwangerschaft kann durch Forumsnutzung abgebaut werden, da sich im Forum Frauen in ähnlichen Situationen finden, die oft ähnliche Probleme, Ängste oder Sorgen haben. Schwangeren in Online-Foren können auch eine gewisse Unabhängigkeit von Arzt oder Ärztin erreichen, da viele Fragen im Forum schnell beantwortet werden können, und die Erfahrungen von anderen Nutzerinnen weiterhelfen können. Durch die Funktionalität von Online-Foren ergeben sich hauptsächlich positive Effekte auf die Gefühlslage von Schwangeren.

Mehr Information durch Internetnutzung kann eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Arzt oder Ärztin und schwangerer Frau ermöglichen und ihre Position als Decision-Maker stärken. In allen drei Hintergrundgesprächen kam heraus, dass die Internetnutzung von Schwangeren als Realität angenommen wird und dass Schwangere heute als durchwegs gut informiert gelten. In den geführten Online-Interviews zeigte sich, dass Arzt oder Ärztin der Interviewten ihnen weder Internetseiten noch Bücher empfehlen, wobei eine solche Empfehlung ein Gespräch über die Internetnutzung von Schwangeren ermöglichen könnte. (So praktiziert es laut Aussagen im Hintergrundgespräch die niedergelassene Gynäkologin.)

Besonders in Fragen der Pränataldiagnostik entsteht eine große Unsicherheit von schwangeren Frauen. Die Interviews haben gezeigt, dass die Wartezeit auf einen Befund der Untersuchung aus emotionaler und psychologischer Sicht am schlimmsten ist. Die Entscheidungssituation, in der sich schwangere Frauen befinden, sobald sie mit Pränataldiagnostik konfrontiert werden, beinhaltet ein großes Bedürfnis nach Gesprächen, was die Interviews gezeigt haben. Diese Gespräche erfolgen mit Partner und Familie, mit Arzt oder Ärztin und auch mit „virtuellen Freundinnen“ im Onlineforum.

Die individualisierte Gesundheitspolitik und das darin enthaltene Konzept der *Genetic Responsibility* (Rose/Novas 2000) drängen Frauen dazu Risiko-Management zu betreiben und Fragen der Pränataldiagnostik zu bedenken. Allein durch die technische Möglichkeit und die ärztliche Verpflichtung darauf hinzuweisen werden schwangere Frauen mit Pränataldiagnostik konfrontiert. In diesem Sinne stellt auch eine Nicht-Intervention eine Entscheidung zu pränataldiagnostischen Fragen dar. Nicht-invasive pränataldiagnostische Untersuchungen, die verstärkt eingesetzt werden, um zu einem früheren Zeitpunkt der Schwangerschaft eine „Schädigung“ des Fötus erkennen zu können, bilden eine Brücke zur Möglichkeit weiterer invasiver diagnostischer Verfahren. Nicht-invasive Untersuchungen basieren zumeist auf einer Wahrscheinlichkeitsrechnung, die schwangere Frauen zusätzlich verunsichern kann. Die Ultraschalluntersuchung nimmt eine besondere Rolle ein, da die allermeisten Schwangeren in Italien diese erleben (viele sogar öfter als aus medizinischen Gründen notwendig).

Der Einfluss von Internet und Internetforen in Bezug auf Fragen der Pränataldiagnostik zeigt sich darin, dass schwangere Forumsnutzerinnen besser informiert sind und durch andere Forumsmitglieder auch in schwierigen Situationen unterstützt werden. Diese Unterstützung schätzen alle Interviewten sehr. Die Internet- und Forumsnutzung kann demnach für viele Schwangere eine Hilfe sein, besonders wenn diese Nutzung im ärztlichen Gespräch thematisiert wird.

Literaturverzeichnis

Gesetzestexte und Dokumente

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOSICUREZZA E LE BIOTECNOLOGIE.

Istituto superiore di sanità: LINEE GUIDE PER TEST GENETICI. Rapporto del gruppo di lavoro. 19. maggio 1998.

LIBERA UNIVERSITÀ DI STUDI SOCIALI - LUISS “GUIDO CARLI”. Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche “V. Bachelet”: Libro bianco sui principi fondamentali del servizio sanitario nazionale. Roma 2008.

MINISTERO DELLA SALUTE: Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell’evento nascita - Anno 2007. A cura di Rosaria Boldrini, Miriam Di Cesare e Cristina Tamburini.

MINISTERO DI SALUTE: Lo stato di salute delle donne in Italia. Primo Rapporto sui lavori della Commissione „Salute delle Donne“ Roma 2008.

MINISTERO DELLA SALUTE: Relazione del ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l’interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78). Roma 2010.

MINISTERO DELLA SALUTE: Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2007-2008.

REPUBBLICA ITALIANA: Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità - 6 marzo 1995.

REPUBBLICA ITALIANA: Legge 22 maggio 1978, n. 194. Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza, in: Gazzetta Ufficiale n 140, 22 maggio 1978.

Bücher:

BARTRAM ET AL.: Humangenetische Diagnostik. Berlin 2000.

BAUER, SONJA: Der Präventionsgedanke im medizinischen und pädagogischen Diskurs am Beispiel pränataler Diagnostik und heilpädagogischer Frühförderung. Dipl. Wien 2004.

BOGNER, ALEXANDER: Die Kulturalität von Wissenschaft und Technik. Pränatale Diagnostik und Beratung als Beispiel. Diss. Wien 2003.

BREIDENBACH, JOANA: Ethnographie des Cyberspace. In **MYRACH, THOMAS/ZWAHLEN, SARA MARGARITA (Hg.):** Virtuelle Welten? Die Realität des Internets. Bern 2008. S. 187 – 210.

BROCKMAN, ANTJE/REICHARD, DARIA: Schwangerschaft und Geburt im „Zangengriff“ der Medizin. In: **KOLIP, PETRA (Hg.):** Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Weinheim/München 2000. S. 58 – 87.

DÖRING, NICOLA: Sozialpsychologie des Internet. Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen. Göttingen 2003².

ETTORRE, ELIZABETH: Reproductive genetics, gender and the body. London/New York 2002.

FOSEN-SCHLICHTINGER, PETRA: Über die gesellschaftspolitische Bedeutung von Pränataldiagnostik und künstlicher Befruchtung als Teile moderner Reproduktionstechnologien unter besonderer Berücksichtigung familiensoziologischer Aspekte, ihrer medizinischen Dimension und der Bedeutung des Themas Behinderung als soziales Phänomen. Linz 2002.

FUCHS, CHRISTIAN: Internet and Society. London/New York 2008.

GELLNER, WINAND/SCHMÖLLER, MICHAEL (Hg.): Neue Patienten – Neue Ärzte? Ärztliches Selbstverständnis und Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel. Baden-Baden 2008.

GOTTWEIS, HERBERT/HABLE, WOLFGANG/PRAINSACK, BARBARA/WYDRA, DORIS: Verwaltete Körper. Strategien der Gesundheitspolitik im internationalen Vergleich. Wien 2004.

GRAUMANN, SIGRID/SCHNEIDER, INGRID (Hg.): Verkörperte Technik – Entkörperte Frau. Biopolitik und Geschlecht. Frankfurt/New York 2003.

GREBNER, ANDREA: Die psychosozialen Problemlagen von Frauen, die mit pränataler Diagnostik konfrontiert sind. Eine inhaltsanalytische Untersuchung von Diskussionsforumsbeiträgen aus dem Internet. Dipl. Wien 2008.

GREGOR, DIANA: Der Einfluss des Internets auf die Arzt-Patienten-Kommunikation. Analyse einer Entwicklung aus Kommunikationsmängeln und Vertrauensverlust. Dipl. Wien 2004.

GRUNDMANN, KORNELIA/SAHMLAND, IRMTRAUD (Hg.): Concertino. Ensemble aus Kultur- und Medizingeschichte. Festschrift zum 65. Geburtstag von Prof. Dr. Gerhard Aumüller. Marburg 2008.

GUTSCHI, SONJA ELISABETH: Störfaktor Pränataldiagnostik? Der Einfluss der Pränataldiagnostik im Allgemeinen und der Fruchtwasseruntersuchung im Speziellen auf die pränatale Mutter-Kind-Beziehung. Dipl. Wien 2005.

HAKER, HILLE: Ethik der genetischen Frühdiagnostik. Sozialethische Reflexionen zur Verantwortung am Beginn des menschlichen Lebens. Habil. Paderborn 2002.

HASELSTEINER, EVA: Behinderte „akzeptieren“ ja, „produzieren“ nein? Über die Einstellung junger Personen in Familienplanung zu Behinderung bzw. Menschen mit Behinderung und deren mögliche Bedeutung für die Inanspruchnahme der pränatalen Diagnostik. Dipl. Wien 2007.

HILDT, ELISABETH: Autonomie in der biomedizinischen Ethik. Genetische Diagnostik und selbstbestimmte Lebensgestaltung. Frankfurt/New York 2006.

HÖCHER, BERNHARD: Information & soziale Ordnung. Im Spannungsfeld zwischen Beurteilung von Gesundheitsinformation durch InternetnutzerInnen und Expertisegeleiteten Qualitätskriterien, wie Gütesiegel. Mag. Wien 2008.

HÖLZER, SIMON: Informierte Patienten und Cyberhypochonder. In **MYRACH, THOMAS/ZWAHLEN, SARA MARGARITA (Hg.):** Virtuelle Welten? Die Realität des Internets. Bern 2008. S. 133-137.

JACKOB, NIKOLAUS/SCHOEN, HARALD/ZERBACK, THOMAS: Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung. Wiesbaden 2009.

KOCH, MARIANNE: Arzt und Patient: schwierige Gegenwart, ungewisse Zukunft. In: **GELLNER, WINAND/SCHMÖLLER, MICHAEL (Hg.):** Neue Patienten – Neue Ärzte? Ärztliches Selbstverständnis und Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel. Baden-Baden 2008. S. 161-184.

KOLIP, PETRA (Hg.): Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Weinheim/München 2000.

KÜHN-MENGEL, HELGA: Die Arzt-Patient-Interaktion aus Patientensicht. In: **GELLNER, WINAND/SCHMÖLLER, MICHAEL (Hg.):** Neue Patienten – Neue Ärzte? Ärztliches Selbstverständnis und Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel. Baden-Baden 2008. S. 151-160.

LOH, ANDREAS/SIMON, DANIELA/HÄRTER, MARTIN: Die Zusammenarbeit von Arzt und Patient unter dem Einfluss von Partizipativer Entscheidungsfindung (Shared-Decision-Making). In: **GELLNER, WINAND/SCHMÖLLER, MICHAEL (Hg.):** Neue Patienten – Neue Ärzte? Ärztliches Selbstverständnis und Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel. Baden-Baden 2008. S. 185-202.

MAYRING, PHILIPP: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim 2003⁸.

METZ-BECKER, MARITA: Von der „Weiberkunst“ zur Kunsthilfe. Zur Medikalisierung und Pathologisierung der Geburt im 19. Jahrhundert. In: **GRUNDMANN, KORNELIA/SAHMLAND, IRMTRAUD (Hg.):** Concertino. Ensemble aus Kultur- und Medizingeschichte. Festschrift zum 65. Geburtstag von Prof. Dr. Gerhard Aumüller. Marburg 2008.

MYRACH, THOMAS/ZWAHLEN, SARA MARGARITA (Hg.): Virtuelle Welten? Die Realität des Internets. Bern 2008.

ÖSTERREICHER, SONJA: „Der direkte Draht zum Arzt?“ ÄrztInnen, PatientInnen und das Internet als Gesundheitsinformationsmedium – eine Medienanalyse im österreichischen Kontext (2000-2005). Dipl. Wien 2006.

ROESSING, THOMAS: Internet für Online-Forscher: Protokolle, Dienste und Kommunikationsmodi. In: **JACKOB, NIKOLAUS/SCHOEN, HARALD/ZERBACK, THOMAS:** Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung. Wiesbaden 2009.

SINGER, KATRIN: Der Einfluss Pränataler Diagnostik auf das Angstniveau schwangerer Frauen. Eine empirische Studie in der gynäkologischen Ambulanz des SMZ-Ost. Dipl. Wien 2008.

VAN DIJK, JAN: The Network Society: Social Aspects of New Media. London 2006.

WAJCMAN, JUDY: TechnoFeminism. Cambridge 2004.

WALDSCHMIDT, ANNE: Normierung oder Normalisierung: Behinderte Frauen, der Wille zum >Normkind< und die Debatte um die Pränataldiagnostik. In: Graumann, Sigrid/Schneider, Ingrid (Hg.): Verkörperte Technik – Entkörperte Frau. Biopolitik und Geschlecht. Frankfurt/New York 2003. S. 95-109.

Journals:

ANDERSON, JAMES G./RAINEY, MICHELLE R./EYSENBACH, GUNTHER: The impact of CyberHealthcare on the Physician-Patient Relationship. In: Journal of Medical Systems, Vol. 27 (1), 2003: p. 67-84.

ANDREASSEN, HEGE K. ET AL.: European citizens' use of E-health services: A study of seven countries. BMC Public Health, Vol. 7 (53), 2007.

DERKS, DAANTJE/BOS, ARJAN E. R./VON GRUMBKOW, JASPER: Emoticons in Computer-Mediated Communication: Social Motives and Social Context. In: CyberPsychology and Behaviour. Vol. 11 (1), 2008.

EYSENBAACH, GUNTHER ET AL.: Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions. In: BMJ, Vol. 328, 2004: p. 1-6

EYSENBAACH, GUNTHER/KÖHLER CHRISTIAN: How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. In: BMJ, Vol. 324, 2002: p. 573-577.

EYSENBAACH, GUNTHER: What is e-health? In: Journal of Medical Internet Research, Vol. 3 (2), 2001. Letzter Zugriff auf <http://www.jmir.org/2001/2/e20/> am 15.11.2010.

EYSENBAACH, GUNTHER: The Impact of the Internet on Cancer Outcomes. CA A Cancer Journal for Clinicians, Vol. 53 (6), 2003: p. 356 – 371.

FOX, N. J./WORD, K. J./O'ROURKE, A. J.: The 'expert patient': empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the Internet. In: Social Science & Medicine, Vol. 60, 2005: p. 1299-1309.

FUCHS, CHRISTIAN: The Role of Income Inequality in a Multivariate Cross-National Analysis of the Digital Divide. Social Science Computer Review, Vol. 27 (1), 2009: p. 41-58.

GILL ET AL.: Youtube traffic characterization: a view from the edge. Proceedings of the 7th ACM SIGCOMM conference on Internet measurement. San Diego 2007.

GUANA, MIRIAM: Continua il boom dei tagli cesarei in Italia. e le ostetriche? In: Lucina. Arte e scienza dell'ostetrica/o, Vol. 3, 2009: p. 1-7.

HIMMEL, WOLFGANG/MEYER, JULIANE/KOCHEN, MICHAEL M./MICHELMANN, HANS WILHELM: Information Needs and Visitors' Experience of an Internet Expert Forum on Infertility. In: Journal of Medical Internet Research, Vol. 7 No. 2, 2005.

MANKUTA, D./SHLOMO, V./SHAPIRA, S./SHVEIKY, D.: The use of a perinatal internet consultation forum in Israel. BJOG, Vol. 114, 2007: p. 108-110.

MORAHAN-MARTIN, JANET M.: How Internet Users Find, Evaluate, and Use Online Health Information: A Cross-Cultural Review. *CYBERPSYCHOLOGY & BEHAVIOR*, Volume 7 (5), 2004.

MCGOVAN, MICHELLE: Producing Users of Preimplantation Genetic Diagnosis: Dominance and Marginalized Discourses in the US Context. In: Yearbook 2007 of the Institute of Advanced Studies on Science, Technology & Society.

PALKA, GIANDOMENICO ET AL.: I nuovi orizzonti della diagnosi prenatale. In: Rivista italiana dell'ostetrica e ginecologia, Vol. 16, 2007: p. 733-735.

PATT, MADHAVI R. ET AL.: Doctors Who Are Using E-mail With Their Patients: a Qualitative Exploration. *Journal of Medical Internet Research*, Vol 5 (2), 2003. Letzter Zugriff auf <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1550557/> am 14.11.2010.

POTTS, HENRY W. W./WYATT, JEREMY C.: Survey of Doctors' Experience of Patients Using the Internet. *Journal of Medical Internet Research*, Vol. 4 (1), 2002.

RENAHY, EMILIE ET AL.: Health information seeking on the Internet: a double divide? Results from a representative survey in the Paris metropolitan area, France, 2005–2006. *BMC Public Health*, Vol. 8 (69), 2008. Letzter Zugriff auf <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/69> am 17.11.2010.

RICE, RONALD E.: Influences, usage, and outcomes of Internet health information searching: Multivariate results from the Pew surveys. *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 75, 2006: p. 8 – 28.

RIGHETTI P. L. ET AL.: L'impatto della diagnosi prenatale sull'attaccamento materno-fetale, In: *Italian Journal of Gynaecology & Obstetrics*, Vol. 20 (2), 2008: p. 101-111.

SOCIETÀ ITALIANA STUDI DELLA MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE: Orsini, Luigi Filippo/Guadalupi, Eleonora: La diagnosi prenatale. Letzter Zugriff auf <http://www.sismer.it/italiano/attivita-assistenziale/diagnosi-prenatale.aspx> am 18.10.2010.

SITTIG, DEAN F./KING, STEPHEN/HAZLEHURST, BRIAN L.: A survey of patient – provider e-mail communication: what do patients think? *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 45, 2001: p. 71–80.

TUIL, W. S. ET AL.: IVF patients show three types of online behaviour. *Human Reproduction*, Vol. 23 (11), 2008: p. 2501-2505.

WALTHER, JOSEPH B./ D'ADDARIO, KYLE P.: The Impacts of Emoticons on Message Interpretation in Computer–Mediated Communication. In: *Social Science Computer Review* Vol. 19, 2001.

WINGERT, SUSAN/HARVEY, CAROL D. H./DUNCAN, KAREN A./BERRY, RUTH E.: Assessing the needs of assisted reproductive technology users of an online bulletin board. In: *International Journal of Consumer Studies*, Vol. 29 (5), 2005: p. 468-478.

ZILLIEN, NICOLE/AULITZKY, DÖRTE/BILLEN, ANNETTE/FRÖHLICH GERRIT: Informationssuche in anderen Umständen. Eine empirische Untersuchung der gesundheitlichen Internetnutzung von werdenden und jungen Eltern. Universität Trier 2008.

Internet:

<http://www.agoramagazine.it/agora/spip.php?article1585>, letzter Zugriff am 15.12.2010.

<http://www.americanpregnancy.org/prenataltesting/firstscreen.html>, letzter Zugriff am 15. Dezember 2010.

<http://www.fnco.it/codice-deontologico.htm>, letzter Zugriff am 15.12.2010.

<http://www.internetworldstats.com/stats4.htm>: InternetWorldStats, Usage and Population Statistics, letzter Zugriff am 14.10.2010.

http://www.repubblica.it/tecnologia/2009/12/28/news/piu_tecnologie_e_piu_internet_ma_litalia_e_ancora_indietro-1822762/, letzter Zugriff am 15.12.2010.

Zeitungsartikel

SPIEWAK, MARTIN: Notfall Hebamme. Wenn bei der Geburt etwas schiefgeht, ist sie dran. Wegen des hohen Risikos fürchten die selbstständigen Geburtshelferinnen um ihre Existenz. Die Zeit online, am 6. Mai 2010. Letzter Zugriff auf <http://www.zeit.de/2010/19/Hebammen>, am 15.12.2010.

IV. Anhang

Abstract

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit dem Einfluss von Internetforen auf schwangere Frauen in Italien. Ein besonderes Augenmerk wurde auf Fragen der Pränataldiagnostik gelegt. Mittels Hintergrundgesprächen und zwölf Interviews konnte empirisch gezeigt werden, welche Wirkung die Internetnutzung auf Schwangere in Italien entfalten kann. Zunächst wurden Implikationen der Pränataldiagnostik aus feministischer und heilpädagogischer Perspektive betrachtet und Schwangerschaft in den Zusammenhang der individualisierten Gesundheitspolitik gestellt. Basierend auf Rose und Novas wurde die *Genetic Responsibility* auf Fragen der Pränataldiagnostik übertragen. Die gängigsten Methoden der Pränataldiagnostik in Italien wurden vorgestellt und in Kapitel 9 wurde eigens auf die Situation für Schwangere in Italien eingegangen. Rechtliche, kulturelle und geographische Faktoren spielen hierbei eine wichtige Rolle. Das Verhältnis zwischen Arzt/Ärztin und Schwangerer wurde beleuchtet, wobei verschiedene Modelle dieser Verhältnisse erklärt wurden. Innerhalb des Autonomiemodells wurden die Rollen von Partner und Hebammen aufgezeigt. Die Internetnutzung zu Gesundheitsthemen wurde umfassend dargelegt, *digital divides* wurden herausgefiltert. Drei wesentliche Schwerpunkte des Internets, *community*, *communication* und *content*, wurden bezüglich ihrer Nutzung für Gesundheitsthemen durchleuchtet. Virtuelle Gemeinschaften, wie Internetforen und insbesondere ihre Funktionen und Vorteile für die Mitglieder wurden präsentiert. Anhand der drei Internetforen aus denen die Interviewten rekrutiert wurden, konnte konkret gezeigt werden, dass Foren virtuelle Gemeinschaften bilden, Kommunikation fördern und den Informationsstand erhöhen können. Die problemzentrierten Interviews wurden online mithilfe von *Instant Messaging* Programmen durchgeführt und nach P. Mayring ausgewertet. Die Forumsnutzung der Interviewten wirkt sich laut deren Angaben vor allem auf das eigene Wohlbefinden, die Unsicherheiten in der Schwangerschaft, aber auch auf ihren Informationsstand aus. Die Internetnutzung der Interviewten bewirkt eine andere Art der Inanspruchnahme von Arztterminen, da

die meisten Interviewten diese Termine vor- oder nachbereiten. Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass Internet- und Forennutzung zu einer möglichen Stärkung von Schwangeren führen können und das Verhältnis zu Arzt oder Ärztin verändern.

Abstract in English

The following Diploma thesis treats the influence of online forums on pregnant women in Italy. A special focus lies thereby on issues of prenatal diagnosis. Through background talks and twelve interviews, it was possible to show empirically which impact the use of the Internet can unfold on pregnant women in Italy. Initially, implications of prenatal diagnosis were looked at from a feministic and a pedagogical perspective and pregnancy was brought into the context of the individualised politics of health. Based on Rose and Novas the concept of *Genetic Responsibility* was applied on issues of prenatal diagnosis. The most common methods of prenatal diagnosis in Italy were presented and chapter 9 details the situations for pregnant women in Italy. Legal, cultural and geographical factors play an important role hereby. The relationship between physician and pregnant woman was illuminated, thereby explaining the different models of this kind of relationship. Within the autonomous model the roles of partners and midwives were disclosed. The use of the Internet regarding health related topics was expounded comprehensively; *digital divides* were identified. Three core tasks of the Internet, community, communication and content were screened with respect to their use for health related topics. Virtual communities (like online forums) and especially their functions and advantages for their members were presented. By means of the three online forums where the interviewees were recruited from, it was possible to show in a concrete way that forums may form virtual communities, may promote communication and may increase the level of information. The problem-centralised interviews were conducted online via *instant messaging* programs and evaluated in accordance with P. Mayring. The use of the forum by the interviewees affects, according to them, mainly their own well-being, the insecurities of a pregnancy, but also their level of information. The use of the Internet by the interviewees causes a different kind of perception of medical appointments as most interviewees prepare these appointments or perform follow-up research. The results of the interviews show that the use of the Internet and of online forums may lead to a possible empowerment of pregnant women and may change their relationship towards their physician.

Interviewleitfaden

Biografia:

1. Quanti anni hai?
2. Di dove sei?
3. Che lavoro fai?
4. Quante volte sei stata incinta?

L'ultima gravidanza:

5. Qual'è il tuo atteggiamento alla tua gravidanza?
6. Come ti senti con questa gravidanza?
7. Per te la gravidanza è un momento di crisi?

Internet:

8. Quante volte la settimana usi l'internet?
9. Quali siti ti piacciono?
10. Perché usi l'internet così frequentemente?
11. Ti senti più informata? Il tuo uso cambia qualcosa?

Forum:

12. Di solito quando usi il forum?
13. Ci sono periodi in cui sei più attiva rispetto a periodi in cui sei meno attiva?
14. Perché usi questo forum? Usi anche altri forum?
15. Diresti che i membri del forum formano una comunità?

16. La tua attività nel forum cambia qualcosa nella tua vita da mamma?

Rapporto con il medico:

17. Da quanto tempo conosci il tuo medico? È una donna o un uomo?

18. Sei contenta con il vostro rapporto?

19. Diresti che il tuo medico ha tante competenze tecniche e competenze sociali?

20. Hai raccontato al tuo medico che usi l'internet per cercare informazioni sulla gravidanza? O che usi un forum?

21. Il medico ti raccomanda siti per trovare informazioni sulla gravidanza?

22. Credi che ci sia un'influenza della tua attività in internet e nel forum sul rapporto che hai col tuo medico? (Ti senti più sicura, ti sei preparata agli esami?)

Rapporto con il partner:

23. Hai un fidanzato o marito? Da quanto tempo?

24. Sei contenta con questa relazione?

25. Di solito, come prendete decisioni?

26. Com'è l'atteggiamento del tuo partner alla tua gravidanza?

27. Il tuo fidanzato partecipa alla gravidanza?

28. Ti accompagna agli esami?

29. Avete fatto un corso pre-parto?

30. Il tuo fidanzato usa l'internet per informarsi sulla gravidanza?

31. Usa un forum?

Diagnostica prenatale:

32. Nell'ambito della diagnostica prenatale, quali esami hai già fatto? Perché?

33. Chi ha deciso di fare questi esami? E come?

- 34. Come ti senti riguardo a questi esami?
- 35. Chi ti aiuta (emotivamente) e in che modo?
- 36. L'internet ti ha aiutato con la tua gravidanza?

Presentazione e richiesta:

Ciao, mi chiamo Anna, studio a Vienna scienze politiche e lavoro presso l'università. In questo periodo sto scrivendo la mia tesi sull'influenza dei forum in internet sulla gravidanza. In particolare mi interessano i cambiamenti dei rapporti col medico e col partner riguardo alle decisioni necessarie di una gravidanza (soprattutto in ambito della diagnostica prenatale). Per questo vorrei intervistare alcune donne incinte (o mamme da poco tempo) che usano questo forum. Vorrei condurre l'intervista tramite chat (su Skype, su MSN o su ICQ), in modo che l'anonimità della donna sarà protetta. Non tratterò nomi o altri dati sensibili. L'intervista durerà ca. 30 min.

Vi ringrazio in anticipo e spero che qualcuna abbia il tempo per rispondere alle mie domande. In questo caso vi prego di mandarmi un mp⁵¹ o un email.

⁵¹ mp steht für messaggio privato (Privatnachricht), eine Nachricht, die sich Forumsmitglieder schicken können und die nur für die jeweilige Empfängerin sichtbar ist.

Lebenslauf

Persönliche Angaben:

Name: Christine Anna Rösch

Geburtsdatum: 27. 01. 1985

Geburtsort: Meran (Südtirol/Italien)

Ausbildung:

08/2007 bis 07/2008	Erasmusaufenthalt in Göteborg, Schweden
seit Herbst 2004	Studium der Politikwissenschaft an der Universität Wien. Schwerpunkt der Freien Wahlfächer: Romanistik
1999 – 2004	Besuch des Humanistischen Gymnasiums „Beda Weber“ Meran mit Matura am 30. Juni 2004
1996 – 1999	Mittelschule Meran III
1991 – 1996	Grundschule „Herman von Gilm“ in Meran

Tätigkeiten:

09/2009 bis 02/2011	Studienassistentin am Institut für Politikwissenschaft
10/2005 bis 07/2007	Übersetzungs- und Dolmetschtätigkeiten bei Generali Versicherung AG