



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Biomacht im 21. Jahrhundert wie neue Reproduktionstechnologien biologische Staatsbürgerschaft in Österreich formen

Verfasserin

Anna Ulrike Astrid Schoiswohl

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.a phil)

Wien, 2010

Matrikelnummer:

a0502558

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A307

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Kultur- und Sozialanthropologie

Betreuerin:

Dr. Aurelia Weikert

LEBEN GLÜCKT
GLÜCK LEBT

ich bedanke mich
bei meiner Familie
bei meinen Freundinnen und Freunden
bei meiner Betreuerin
für die Unterstützung

ihr seid viel mehr als bloß eure Gene

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	9
2	Biomacht	12
2.1	<i>Von der Macht „sterben zu machen und leben zu lassen“ zu der Macht „leben zu machen und sterben zu lassen“</i>	13
2.2	<i>Vom Individuum hin zur Bevölkerung</i>	14
2.2.1	Sexualität: Die Nahtstelle zwischen Individuum und Kollektiv	16
2.2.2	Die Norm	18
2.2.3	„Widernatur“, „Mischfigur“, „Regelabweichung“: Die Abnorm	19
2.3	<i>Biomacht heute</i>	21
2.3.1	Biomacht heute: Technischer Fortschritt	23
2.3.2	Biomacht heute: Soziale Akzeptanz	25
2.3.3	Biomacht heute: Globalisierung	26
2.4	<i>Ausblick</i>	29
3	Neue Reproduktionstechnologien (NRT)	31
3.1	<i>Wahrheit</i>	32
3.1.1	Die Wahrheit der menschlichen Reproduktion	33
3.2	<i>Diagnose: Unfruchtbar</i>	35
3.2.1	„Morgen, Kinder, wird’s euch geben“: Die <i>top zwei</i> Gründe für Unfruchtbarkeit heute	36
3.3	<i>Die neuen Reproduktionstechnologien – Techniken im Detail</i>	37
3.3.1	Künstliche Insemination	38
3.3.1.1	Homologe Insemination	39
3.3.1.2	Heterologe Insemination	39
3.3.2	In-vitro-Fertilisation (IVF)	39
3.3.3	Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)	41
3.3.4	„Willst du mit mir Gen?“ Kreuze an: Ja / Nein / Nur in-vitro!	42
3.3.5	Qualitätstests: Pränatale Diagnostik (PND)	45
3.3.5.1	PND in-vivo	46

3.3.5.1.1 Nicht-invasive Methoden	46
3.3.5.1.2 Invasive Methoden	47
3.3.5.2 PND in-vitro: Die Präimplantationsdiagnostik (PID)	48
3.3.5.2.1 Präkonzeptionstechniken	49
3.3.5.2.2 PID des Embryos	50
3.3.5.3 <i>PND positiv</i> : Wenn Wahrscheinlichkeit über Leben und Tod entscheidet	50
3.4 <i>Endlich schwanger!</i>	52
3.5 <i>Konsumentinnen- und Konsumenteneugenik: Eltern kaufen ein</i>	54
3.6 <i>Ausblick</i>	57
4 Biologische Staatsbürgerschaft	59
4.1 <i>Be individual like the mass!</i>	60
4.1.1 Kontrolle durch Selbstkontrolle	62
4.2 <i>Biologische Staatsbürgerschaft</i>	64
4.2.1 „Für mich bist du gar kein Normaler, sondern ein Behinderter wie alle anderen auch“	66
4.2.1.1 „Biologically colored“ – wie biologische Staatsbürgerschaft <i>unsere</i> Sprache färbt	68
4.2.1.2 Biovalue	69
4.2.1.3 Ist dieses Leben lebenswert?	70
4.2.2 Individuum geglaubt, Kollektiv gelebt	72
4.2.3 Standard	74
4.3 <i>Biologische Staatsbürgerschaft – ein Werkzeug der Biomacht heute</i>	77
4.4 <i>Ausblick</i>	79
5 Wie neue Reproduktionstechnologien biologische Staatsbürgerschaft in Österreich formen	80
5.1 <i>Die biologische Österreicherin/der biologische Österreicher</i>	82
5.2 <i>Zahlen: Ein Querschnitt durch die österreichische Bevölkerung</i>	84
5.3 <i>Schwangerschaft in Österreich</i>	85
5.4 <i>Rechtliche Regelungen der NRT in Österreich</i>	88

5.4.1	Das Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG)	89
5.4.2	Das Gentechnikgesetz (GTG)	90
5.4.3	Das IVF-Fonds-Gesetz	91
5.5	<i>Die biologische Österreicherin/der biologische Österreicher: geformt von NRT</i>	93
5.5.1	Die Kundinnen und Kunden/Patientinnen und Patienten	93
5.5.2	Das Produkt: die Repro-Kinder	95
5.5.2.1	Behinderung	97
5.5.3	All jene, die es ohne NRT tun	98
5.6	<i>Ausblick</i>	100
6	Schluss	101
7	Bibliographie	106
7.1	<i>Online-Quellen</i>	111
7.2	<i>Filme</i>	114
	Anhang I – Abstract: Deutsche Fassung	115
	Anhang II – Abstract: English Version	116
	Anhang III – Lebenslauf	117

1 Einleitung

Behinderung in *unserer* Gesellschaft bedeutet Unglück und Leid. Nichtbehinderte, sogenannte *normale Menschen* gehen oft davon aus, dass das Leben eines behinderten, sogenannten *abnormalen Menschen* weniger lebenswert ist als das eigene, und suchen daher nach Möglichkeiten, den Behinderten ihr Leben zu erleichtern, ihnen ihr Leiden zu *ersparen*. Heute ist dies möglich, indem mensch Behinderten *ihr Leid und ihr Leben* erspart indem Behinderung durch Abtreibung vorgebeugt wird.

In meiner Volksschulzeit war meine Klasse ein sogenannter *Schulversuch*. *Wir* wurden in den Fächern Turnen, Werken und Bildnerische Erziehung gemeinsam mit den Schülerinnen und Schülern der Integrationsklasse der Schule unterrichtet. Schon damals wurde ich mit dem Thema Behinderung konfrontiert und lernte mit behinderten Menschen umzugehen. Acht Jahre später rief ich im Zuge meiner Matura das Projekt BOLe (BORG & Lebenshilfe) ins Leben. Gemeinsam mit meinen ehemaligen Klassenkolleginnen und Klassenkollegen der Volksschule und meinen damaligen Klassenkolleginnen und Klassenkollegen des BORGs entstand ein einmaliges Malprojekt das schließlich zu meiner Fachbereichsarbeit „Kunst ohne Grenzen, Malerei der Outsider“ führte. Für dieses Projekt setzte ich mich nicht nur mit den Klientinnen und Klienten der hiesigen Lebenshilfe, sondern auch mit dem Haus der Künstler¹ in Maria Gugging und den dort beheimateten Künstlern² auseinander. So bekam ich Einblick in zwei unterschiedliche Institutionen, die Lebenshilfe und die Sozialhilfeeinrichtung des Hauses der Künstler in Gugging, sowie in ihre jeweilige Umgangsweise mit den *gesellschaftlichen Außenseiterinnen und Außenseitern*.

Ich interessierte mich zu dieser Zeit primär für die biologischen Ursachen dieses Andersseins und begann daher 2005 mit dem Studium der Biologie mit Schwerpunkt Humananthropologie. Die Biologie blieb jedoch nicht lange mein Hauptfach und wurde bald von der Kultur- und Sozialanthropologie abgelöst. Hier beschäftigte ich mich ab dem zweiten Abschnitt vermehrt mit der Medizinanthropologie, den neuen Reproduktionstechnologien und der Eugenik. Meine persönlichen Erfahrungen mit behinderten Menschen in Kombination mit den natur- sowie sozialwissenschaftlichen Ansichten von Behinderung führten schließlich zu dem Thema meiner Diplomarbeit.

¹ Art Brut Center; Gugging

² Ich verwende hier bewusst nur die männliche Form, da im Haus der Künstler in Gugging nur Männer wohnen.

Am Anfang meiner Rechercharbeiten stellte ich eine sehr *einfache* Frage: Warum werden Föten, bei denen Behinderung diagnostiziert wird, großteils abgetrieben? Diese einfache Frage bildet das sogenannte Fundament der vorliegenden Arbeit.

Diese Frage entwickelte sich zur Frage nach Norm und Abnorm, nach Stigmatisierung, staatsbürgerlicher Pflicht und gesellschaftlichem Zwang und führte mich schließlich zu folgender Hypothese:

Eine schwangere Frau, bei deren ungeborenem Kind mithilfe von Pränataldiagnostik eine Behinderung diagnostiziert wird, bricht ihre Schwangerschaft aufgrund von staatsbürgerlichen Pflichten und gesellschaftlichen Zwängen und nicht aufgrund von individueller Überzeugung ab. Denn aus biopolitischer Sicht rückt auch in unserer individualistischen Gesellschaft *Ego* in den Hintergrund – wichtig ist hinsichtlich gesundheitlicher Vorgänge nur das Kollektiv.

Ich gehe hier von einer schwangeren Frau in Österreich und folglich den staatsbürgerlichen Pflichten und gesellschaftlichen Zwängen der österreichischen Gesellschaft aus sowie von einem Schwangerschaftsabbruch bei der Wahrscheinlichkeit einer Behinderung. Im Laufe meiner Argumentation werde ich auch andere Handlungsmöglichkeiten der Frau als die Abtreibung darstellen sowie deren möglichen gesellschaftlichen Folgen und Reaktionen in Betracht ziehen.

Die Basis meiner Diplomarbeit bildet Michel Foucaults Theorie der Biomacht. Um mich in diesem bevölkerungspolitischen Phänomen nicht zu verlieren, grenze ich sie mit den neuen Reproduktionstechnologien ein und *forme* gleichzeitig den/die biologische/n Staatsbürger/in. Bei der biologischen Staatsbürgerschaft handelt es sich um eine Theorie von Carlos Novas und Nicolas Rose.

Ich glaube, dass biologische Staatsbürgerschaft eine *logische* Weiterentwicklung der Biomacht ist – eine Entwicklung bedingt durch wissenschaftlichen Fortschritt.

Die Annahme, dass die neuen Reproduktionstechnologien ein neues Bewusstsein unter den Menschen auslösen – bezüglich der eigenen Reproduktion, der Genetik und vor allem hinsichtlich der Begrifflichkeiten von *gesund* und *krank*, *normal* und *abnormal*, ist der Ausgangspunkt meiner Arbeit.

Die Möglichkeit, durch Pränataldiagnostik genetische Mutationen noch vor der Geburt eines Kindes festzustellen, führt zu einer Veränderung, einer *Werteververschiebung* des

menschlichen Lebens. Abnormales, behindertes Leben ist weniger wert (weniger lebenswert?) und wird in der Regel abgetrieben.

Regional konzentriere ich mich auf Österreich. Einerseits, weil die gesetzlichen Regulierungen bezüglich der neuen Reproduktionstechnologien weltweit sehr unterschiedlich sind und es folglich unmöglich wäre, hier auf einen gemeinsamen internationalen Nenner zu kommen, und andererseits, weil ich der Meinung bin, dass die Kultur- und Sozialanthropologie, um Fremdes verstehen zu können, vorerst das Eigene verstehen sollte – oder zumindest dies versuchen sollte. „We are trying to understand the practices of our culture, practices which are by definition interpretations. They quite literally and materially embody a historically constituted ‚form of life‘.“ (Dreyfus, Rabinow 1983: 125) Ich bin biologische Staatsbürgerin in Österreich und versuche die mir vertraute, österreichische Gesellschaft zu verstehen.

Damit bin ich auch schon bei den vier großen Kapiteln meiner Arbeit angelangt:

1. Biomacht
2. Neue Reproduktionstechnologien (NRT)
3. Biologische Staatsbürgerschaft
4. Wie neue Reproduktionstechnologien biologische Staatsbürgerschaft in Österreich formen

Die ersten drei Kapitel sind eine Einführung in die jeweiligen Themen der Biomacht, der NRT und der biologischen Staatsbürgerschaft. Im letzten Kapitel werden alle drei Themen im Zuge des Fallbeispiels Österreich zusammengeführt und miteinander verlinkt. Eine Einleitung sowie ein Ausblick folgen jeweils am Anfang und am Ende der einzelnen Kapitel.

Den kultur- und sozialanthropologischen Ansatz dieser Arbeit sehe ich vor allem in der Auseinandersetzung mit dem *Urthema* der menschlichen Reproduktion: Sexualität und Fortpflanzung und die aktuelle Veränderung davon durch die NRT.

2 Biomacht

ein Begriff definiert von Michel Foucault

„People know what they do; they frequently know why they do what they do; but what they don't know is what what they do does.“

(Foucault o. J. zit. in Dreyfus, Rabinow 1982: 187)

Michel Foucaults Theorie der Biomacht bildet die Basis meiner Diplomarbeit. Im folgenden Kapitel gebe ich einen Überblick über Foucaults Machtbegriff. Ich veranschauliche, wie sich Macht und vor allem staatliche Machtausübung verändern, wie aus der Macht über den menschlichen Körper die Biomacht, die Macht über das menschliche Leben, wird und wie weit Biomacht in das Leben eines jeden Menschen hineinreicht wie sie jede und jeden von *uns* reguliert, beeinflusst, formt. Foucault stellt Macht als eine *friedliche Form, Krieg zu führen*, dar (vgl. Foucault 1992: 27). Frieden ist für ihn nichts anderes als eine Art staatlicher Regulierung, Kontrolle, Überwachung, Bestrafung. So gesehen *führt* Österreich Frieden (vgl. Foucault 2003, zit. in Berger 2006: 18). Ich beschreibe die sehr paradoxe Rolle des Individuums als sogenannte *kleinste Einheit* dieser kontrollierenden Machttechnik und unterstreiche gleichzeitig die massenkonstituierenden Eigenschaften der Biomacht.

In der Folge bringt mich meine Argumentation zur sogenannten Normalisierungsgesellschaft – eine staatlich *gewünschte* Norm, die durch Wertung und Bewertung Abnormalität konstruiert.

In diesem Kapitel konzentriere ich mich anfangs ausschließlich auf *Michel Foucaults Biomacht* – auf seine Definition dieses Begriffs eingebettet in den gesellschaftlichen Kontext seiner Zeit. Anschließend zeige ich auf, wie sich die Biomacht seit Michel Foucault verändert hat, wie mensch sie im 21. Jahrhundert interpretieren und verstehen kann, von der Biomacht geformt und beeinflusst wird und wie sich die Globalisierung auf die Biomacht auswirkt. Im Zuge der folgenden Kapitel erweitere ich den Begriff der Biomacht im 21. Jahrhundert zunehmend, vor allem im Hinblick auf die neuen Reproduktionstechnologien.

2.1 Von der Macht „sterben zu machen und leben zu lassen“ zu der Macht „leben zu machen und sterben zu lassen“ (Foucault 1992: 28)

Michel Foucaults Machtanalyse ist geprägt von fortwährender Bewegung und Veränderung (vgl. Lemke 2005: 346f). Er versteht Macht als ein essenzielles Instrument der Führung von Menschen, das vor allem in Form von Bestrafung sichtbar wird.

1757 wird der Königsmörder Damians vor dem Haupttor der Kirche von Paris öffentlich gefoltert und schließlich hingerichtet (vgl. Foucault 1994: 9f). Durch den Schuldbefund des Souveräns/des Staates und die anschließende brutale Tötung des Verurteilten demonstriert der Staat seine Macht über Leben und Tod zu entscheiden. „Das sogenannte Recht über Leben und Tod ist in Wirklichkeit das Recht, sterben zu machen und leben zu lassen.“ (Foucault 1983: 132) Nur durch den Tod, durch die Hinrichtung der/des Schuldigen wird die Macht des Staates, über das Leben zu verfügen sichtbar (vgl. Foucault 1994: 29). Dieser feudal-absolutistische Machttyp bei dem Bestrafung die totale Zerstückelung und Vernichtung des Körpers bedeutet, verändert sich jedoch im Laufe der Zeit (vgl. Ruoff 2009: 147).

Die Macht wird milder, sie versteckt sich hinter staatlichen Kontrollapparaturen und gesellschaftlicher Regulierung. Grund dafür ist, dass sich das Ziel der Macht verschiebt. Während öffentliche Hinrichtungen zur Demonstration der staatlichen Macht und als Abschreckung dienten, wird es vor allem im Zuge der Industriellen Revolution, des rapiden Bevölkerungswachstums und der Bildung großer Ballungszentren immer wesentlicher, die Bevölkerung zu regulieren, anstatt sie zu vernichten – denn der/die Bürger/in ist nun wertvolles Kapital. Die Disziplinarmacht ist die erste Form dieser milderen Macht. Hierbei handelt es sich, wie auch beim feudal-absolutistischen Machttyp, weiterhin um eine individualisierende Machttechnologie (vgl. Foucault 1976b: 230). Der einzelne Körper, das Individuum, ist Ziel der Machtausübung. Jedoch ist nun nicht mehr der Tod, die Rache sondern die Dressur des Menschen im Interesse des Souveräns (vgl. Bundschuh 2000: 21). Ab dem 18. Jahrhundert war das Individuum Staatskapital, der Staat war (ist) so stark wie seine (*schwächsten*) Staatsbürger/innen (vgl. Dreyfus, Rabinow 1982: 139). „Sometimes what the individual had to do, from the state's point of view, was to live, work, and produce in certain ways; and sometimes he had to die in order to enforce the strenght of the state.“ (ebd.) Foucault nennt die staatlichen Mittel und Apparaturen zur Kontrolle der Bürger/innen *Disziplinen*, damit ist die Regulierung der Menschen in

staatlichen Institutionen wie Schule, Militär, Gefängnis etc. gemeint (vgl. Ruoff 2009: 149).

Im 19. Jahrhundert verschiebt sich das Interesse/das Ziel der Macht erneut. Macht befasst sich nun nicht mehr mit dem Körper, sondern mit dem Leben der Menschen – das Recht, sterben zu machen oder leben zu lassen, wird durch eine neue Macht ergänzt und verändert, durch die Macht, leben zu machen und sterben zu lassen (vgl. Foucault 1992: 28). Das gesellschaftliche Kollektiv rückt in den Vordergrund der staatlichen Kontrolle. Die Biomacht ist geboren. Seit Mitte der 1970er Jahre spricht Michel Foucault den Begriff der Biomacht in seinen Vorlesungen und später auch in einigen Publikationen an. Trotzdem existiert keine eindeutige Definition der Biomacht. Es handelt sich vielmehr um Interpretation (vgl. Dreyfus, Rabinow 1982: 119), um einen historischen Prozess, der sich langsam aus gesellschaftlichen und vor allem staatlichen Strukturen heraus entwickelt.

Foucault sieht Biomacht als eine Frage der Produktion von Wahrheit und die Wahrheit selbst als ein Ding dieser Welt – gebunden an staatliche Apparaturen (vgl. Rabinow, Rose 2003: ix). Die Biomacht ist die Verstaatlichung des Biologischen, Lebendigen (vgl. Bundschuh 2000: 30). „Auf dem Felde der politischen Praktiken und der ökonomischen Beobachtungen stellen sich die Probleme der Geburtenrate, der Lebensdauer, der öffentlichen Gesundheit, der Wanderung und Siedlung; verschiedenste Techniken zur Unterwerfung der Körper und zur Kontrolle der Bevölkerung schießen aus dem Boden und eröffnen die Ära einer Bio-Macht.“ (Foucault 1983: 135) Biomacht wird nicht mehr durch Tötung sichtbar sondern vielmehr durch Regulierung und Kontrolle.

Während eine Macht, die sterben macht, sich erst durch den Tod zeigt, entzieht sich das Subjekt bei einer Macht, die sterben lässt, mit dem Tod der Machtausübung. Der Tod ist nun das *Ende* der Macht, daher spricht Michel Foucault auch von der Biomacht als eine Macht, die sterben lässt (vgl. Foucault 1992: 28).

2.2 Vom Individuum hin zur Bevölkerung

Der/die Bürger/in ist im Zuge der Biomacht eine Staatsangelegenheit, die reguliert werden soll. Da der/die einzelne Bürger/in immer das *letzte Glied* der staatlichen Machtausübung bildet, findet eine Individualisierung in der Gesellschaft statt. Der Charakter, das Auftreten, das Aussehen: Der Körper trägt die soziale Rolle, den Status jeder Person nach außen und spiegelt ihren jeweiligen Platz in der Gesellschaft wider. „[...] the types of body

we possess (old/young, male/female, gorgeous/needs some work) mark us as particular types of individuals (desirable, invisible, disgusting, irrelevant).“ (Danaher, Shirato, Webb 2000: 133f) Das Individuum wird aufgrund bestimmter Eigenschaften bewertet, übernimmt als *kleinste Einheit* der Bevölkerung eine *passende* Aufgabe, eine soziale Rolle und wird schließlich einer gesellschaftlichen Gruppe zugeschrieben (oder schreibt sich dieser selbst zu). „An der aktuellen Form der Kontrolle scheint mir die Tatsache charakteristisch, dass sie über jedes Individuum ausgeübt wird: eine Kontrolle, die uns eine Identität verfertigt, indem sie uns eine Individualität aufzwingt.“ (Foucault 1974: 71) Foucault spricht über aufgezwungene Individualität, über aufgezwungene Rollen – denn nicht die Person formt die Rolle, vielmehr formt die Rolle die Person (vgl. Danaher, Shirato, Webb 2000: 33). Jede Rolle ist mit sozialen und gesellschaftlichen Verhaltenserwartungen und -normen behaftet und alle Rollen stehen in bestimmten Machtverhältnissen zueinander. Diese Machtverhältnisse entstehen und existieren aufgrund der staatlichen Einteilung. Sie ermöglichen es schließlich, die Gesellschaft von oben (also vom Staat) und von unten (den Bürgerinnen und Bürgern selbst) aus zu kontrollieren (siehe 4.1.1). Denn durch das Wissen darüber, dass wir bewacht werden, bewachen wir uns selbst – aufgrund des Unwissens darüber, wo und wer der/die Bewacher/in ist (vgl. Berger 2006: 81). Jede/r Staatsbürger/in handelt so gesehen (ob nun bewusst oder unbewusst, gewollt oder ungewollt) zum Wohle des *größeren Ganzen* – der Gesellschaft. Das individuelle Wohlbefinden realisiert sozusagen das Wohlbefinden, die Gesundheit des Kollektivs – denn nur darauf kommt es an (vgl. Gehring 2006: 221). Das Individuum tritt in den Hintergrund, der „Körper mit den vielen Köpfen“ (Foucault 1992: 33) – die Bevölkerung – ist relevant. „Keeping in mind that the term ‚nation‘ is etymologically derived from *nascere* (to be born), health statistics, in a sense, establish the birthmarks of the national body.“ (Pálsson 2007: 114)

Michel Foucault versteht unter „Bevölkerung“ einen großen Gesellschaftskörper, der, ähnlich wie ein Individuum, bestimmte Eigenschaften besitzt. „Die Bevölkerung ist eine Gruppe, die nicht einfach nur aus vielen Menschen besteht, sondern aus Menschen, die von biologischen Prozessen und Gesetzen durchdrungen, beherrscht und gelenkt sind. Eine Bevölkerung hat eine Geburtenrate, eine Alterskurve, eine Alterspyramide, eine Sterblichkeitsrate und einen Gesundheitszustand. Eine Bevölkerung kann zugrunde gehen oder sich entwickeln.“ (Foucault 1976b: 231) Um die Eigenschaften einer Bevölkerung zu erfassen, benötigt es die Kontrolle der Menschen, die diese Bevölkerung bilden. Biomacht beschäftigt sich mit eben dieser Kontrolle, oder besser: Biomacht ist diese Kontrolle. Es

handelt sich um staatliche Überwachung der Bevölkerung; um biologische, medizinische Bevölkerungspolitik; um Krankenversicherung, Alterssicherung, Hygieneregeln, Schulpflicht, Geburtenkontrolle etc. „Zum ersten Mal in der Geschichte reflektiert sich das Biologische im Politischen.“ (Foucault 1983: 138)

Der Körper wird medikalisiert und reguliert. Expertinnen und Experten stellen Diagnosen zum Wohle der kollektiven Gesundheit. „Es geht darum, das Leben zu optimieren.“ (Foucault 1992: 34) Statistiken und Wahrscheinlichkeiten werden gebildet. Begrifflichkeiten wie die *gesunde Norm* in Form von den *Durchschnittsbürgerinnen* und *Durchschnittsbürgern* (siehe 5.2) sowie die *krankte Abnorm* in Form von jenen, die nicht der genormten Statistik entsprechen³, werden festgesetzt. Vorhersagen, statistische Schätzungen und globale Messungen werden zu wichtigen Methoden: Es geht darum Phänomene zu modifizieren, Morbidität zu senken, das Leben zu verlängern und Natalität zu stimulieren (vgl. ebd.: 33). Das Individuum spielt folglich einerseits eine sehr wichtige Rolle bezüglich Gesellschaft und Kollektiv – denn es trägt das Kollektiv. Andererseits ist es gewissermaßen austauschbar, denn „im Einzelnen verschlechtert oder verbessert sich das Ganze“ (Gehring 2006: 13).

Ein *gut funktionierendes* Subjekt ist gut für die Gesellschaft. Ein Subjekt, das *schlecht funktioniert*, schadet der Gesellschaft – und ist somit nicht im Interesse des Staates (vgl. Dreyfus, Rabinow 1982: 139). Diese Aussage klingt hart und endgültig, doch im Endeffekt ist es eine sehr vereinfachte Grundaussage der Biomacht: „Die guten ins Töpfchen die schlechten ins Kröpfchen“ (Grimm 1857, zit. in Seidl 1991: 32)

2.2.1 Sexualität: Die Nahtstelle zwischen Individuum und Kollektiv

„The two poles of bio-power – control of the body and control of the species – which had developed separately in the eighteenth century, were brought together in the nineteenth century preoccupation with sex.“ (Dreyfus, Rabinow 1982: 140) Sexualität bildet die Brücke zwischen Individuum und Kollektiv. Michel Foucault beschreibt die Entwicklung von dem Zeitalter der *Kunst der Erotik* (Ars Erotica) über eine Phase der Repression zurück zu einem liberaleren Zugang der Lust bis zur heutigen sogenannten *Wissenschaft der Sexualität* (Scientia Sexualis).

³ Auf Norm und Abnorm gehe ich im Folgenden noch genauer ein.

Die Phase der Unterdrückung, der Repression, setzt laut Foucault im 17. Jahrhundert ein (vgl. Foucault 1983: 23). Während mensch Sexualität zu Zeiten der *Ars Erotica* noch lustvoll auslebt, wird Lust während der Repression ausnahmslos weggesperrt. Sexualität wird zu einem Tabuthema und Sex soll ausschließlich der Reproduktion dienen (vgl. ebd.: 14).

Bis zum 18. Jahrhundert wird Sexualität durch absolute Transparenz reguliert und verwaltet, und durch eine *Politik der Sünde* überwacht – Foucault spricht von der „Pastoralmacht“. Diese Pastoralmacht soll „die Individuen dazu bringen, ihre eigene ‚Kasteiung‘ in dieser Welt zu bewerkstelligen“ (Foucault 1979: 203). Es handelt sich dabei um eine Macht, die vom Christentum ausgeht und die durch eine weit in das menschliche Leben hineinreichende Kontrolle für die Individualisierung der Gesellschaft ausschlaggebend ist (vgl. Ruoff 2009: 161f). Der politische Führer bildet sozusagen den *Menschenhirten*, der seine Schäfchen durch Selbstkasteiung und eine Politik des Leidens und der Sünde überwacht (vgl. Foucault 1979: 196).

Im 18. Jahrhundert wird Sexualität wieder befreit – doch nicht in Form einer neuen *Ars Erotica*, sondern vielmehr in Formen von vorsichtigem *Drüber-Reden* bis hin zum pathologischen *Drüber-Reden-Müssen*. „Alles in allem sind wir die einzige Zivilisation, in der eigene Aufseher dafür bezahlt werden, daß sie jedem zuhören, der sich ihnen über seinen Sex anvertrauen will: Der Wunsch, vom Sex zu sprechen, und der Nutzen, den man sich davon verspricht, haben offenbar ein Ausmaß angenommen, das über die Möglichkeiten des Anhörens weit hinausgeht – weshalb bestimmte Leute schon ihre Ohren vermietet haben.“ (Foucault 1983: 15)

Bis heute haben *wir*⁴ uns noch immer nicht zur Gänze von der Repression befreit. Sexualität ist ein Thema, worüber viel gesprochen wird, das paradoxerweise aber gleichzeitig als Sünde gilt (vgl. ebd.: 71): Die perversen Lüste werden therapiert, der Körper der Frau wird hysterisiert, die kindliche Sexualität wird pädagogisiert und das Fortpflanzungsverhalten sozialisiert (vgl. ebd.: 103) – Sexualität wird genormt. *Wir* leben im Zeitalter der *Scientia Sexualis* in dem eine „Desexualisierung der Lust“ (Foucault 1982b: 304) geschah und geschieht. Durch das gezwungene *Drüber-Reden* und die

⁴ „wir (früher von Herrschern: *Wir*); wir alle, wir beide; wir bescheidenen Leute; wir Armen; wir Deutschen od. wir Deutsche.“ (Duden 2006: 1124) *Wir* im Zuge dieser Arbeit einzugrenzen ist geographisch wie sozial schwierig. Wie anfangs erläutert, konzentriere ich mich in dieser Arbeit auf Österreich, in folgenden Punkten wird jedoch klar, dass die österreichische Gesellschaft weder homogen noch von der Außenwelt abgeschieden ist. Darum scheint es mir sinnlos *wir* konkret als die österreichische oder gar westliche Gesellschaft – Europa und Nordamerika – zu definieren, da *wir* rein individuell konstruiert ist. Mit *wir* und *uns* beziehe ich mich daher immer auf „wir alle“ (ebd.) und lasse somit bewusst Raum für subjektive Interpretation der Leserinnen und Leser.

dadurch entstandene Transparenz der Sexualität ist die Lust verschwunden. Sexualität wurde entzaubert, Sex als lust- und geheimnisvoller Akt verurteilt und schließlich zum Wohle der Gesellschaft genormt. Diese Verlagerung der Macht führt zu einer Steigerung der individuellen Selbstkontrolle (vgl. Ebers 1995: 239). In der Folge resultiert die Loslösung der Sexualität von der Macht nicht in einer *machtfreien* Sexualität, sondern vielmehr ermöglicht eben diese Loslösung einen weitaus tieferen Einblick in das menschliche Sexualverhalten und somit eine umfassendere, selbstregulierende Kontrolle. Sexualität ist heute ein Gebiet der Wissenschaft, das es zu erforschen und dessen Eigenschaften es zu erheben gilt. Komponenten wie Geburten- und Sterberaten, die „Fruchtbarkeit des Gesellschaftskörpers“ (ebd.: 104) bilden die Brücke, die Nahtstelle zwischen Individuum und Kollektiv. Denn Sex als fleischlicher, körperlicher Akt ist eindeutig etwas Persönliches, während Geburten- und Sterberaten mehr aus bevölkerungspolitischer Sicht heraus relevant sind. Hier wird der Mensch zur Statistik, Fruchtbarkeit wird administriert. Sexualität betrifft somit durch ihren Zeugungseffekt nicht nur das Individuum, sondern auch die Bevölkerung (vgl. Foucault 1992: 39).

2.2.2 Die Norm

Wie schon erwähnt, zielt die Biomacht nicht auf die/den Einzelne/n, sondern auf das Kollektiv ab. „Macht, die nicht individualisierend ist, sondern massenkonstituierend wirkt, die nicht auf den Körper-Menschen, sondern auf den Spezies-Menschen gerichtet ist.“ (Foucault 1992: 30) Bei der Biomacht geht es darum, Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede herauszuheben, um dann auf dieser Grundlage Gruppen und Subgruppen bilden zu können. Die staatlichen Apparaturen und Disziplinen konzentrieren sich auf die individuelle Verschiedenheit der Menschen, um all jene, die *gleich verschieden* sind, zu je einer Gruppe zusammenzufassen. Es ist also ein Irrglaube, dass jeder Mensch gleich ist – im Gegenteil: *Wir* sind weder gleich noch gleich mächtig (vgl. Dreyfus, Rabinow 1982: 136; Beck, Beck-Gernsheim 2001: 39).

Die Norm bildet in einer Gesellschaft, in einem Staat, das Wünschenswerte: Gesunde Bürgerinnen und Bürger, die sich *korrekt* verhalten. In der Regel bildet die Mehrheitsbevölkerung diese Normalisierungsgesellschaft. „Die Normalisierungsgesellschaft ist eine Gesellschaft, in der sich gemäß einer orthogonalen Verknüpfung die Norm der Disziplin und die Norm der Regulierung miteinander verbinden.“ (Foucault 1992: 40) Auf der Grundlage einer Norm, einer Vorstellung darüber,

was *normal* und gleichzeitig *gut* ist, baut das allgemein akzeptierte Menschenbild auf. Michel Foucault greift hier auf Gouvernmentalität zurück – erweitert diese jedoch. Gouvernmentalität bedeutet für Foucault nämlich nicht nur die einseitige Wechselbeziehung zwischen Staat und Subjekt: Er betrachtet nicht allein den Staat als Autorität, der den/die Staatsbürger/in regiert und verwaltet, sondern fokussiert sein Interesse auf die Vielfalt der *beteiligten Parteien* (vgl. Rabinow, Rose 2003: x). Macht ist für ihn ein Bündel von Beziehungen, sie ist beweglich und *gehört* je nach Situation einer anderen Partei (vgl. Berger 2006: 39). Biomacht ist sozusagen ein Zusammenspielen von Mikromächten, die einer gemeinsamen Normvorstellung unterliegen. Aus diesem Grund zwingt sich die Gesellschaft selbst Gesetze und Grenzen einzuhalten, Regelverstöße zu rechtfertigen und Normen zu entsprechen (vgl. Rabinow, Rose 2003: x).

Doch wie sieht diese Norm aus? Hat ein *normaler* Mensch zwei Paar Gliedmaßen und eine gesunde Verdauung? Handelt es sich um eine/n steuerzahlende/n Staatsbürger/in, der/die zweimal täglich Zähne putzt, oder um ein heterosexuelles, verheiratetes Paar mit zwei Kindern (einem Mädchen, einem Buben), wohnhaft in einem 140m² großen Haus in einer Wiener Vorstadt? Wer stellt die Norm auf? Wer entspricht dieser Norm? Und vor allem: Was passiert mit der *unheilbaren Anti-Norm*?

Die Norm ist ein *Idealbild*. Menschen, die diesem Idealbild nicht entsprechen, werden stigmatisiert und ausgeschlossen, oder durch Machteinwirkung *umgepolt*, normalisiert, angepasst. Die oben aufgeworfenen Fragen stelle ich, um die Komplexität und die Schwierigkeiten des Konzepts der Normalisierungsgesellschaft vorzuzeigen. Denn, vor allem im 21. Jahrhundert ist die Norm von der Realität oft weit entfernt. „Die Menschen sind so notwendig wahnsinnig, dass es auf eine andere Art Wahnsinn wäre, nicht wahnsinnig zu sein.“ (Pascal o. J. zit. in Foucault 1961: 7)

Biomacht presst Staatsbürger/innen in „Körperphantasmen“ (ebd.: 74), in Durchschnittswerte, die dem realen Menschen fern sind: „Zeige dich nackt ... aber sei schlank, schön und gebräunt!“ (ebd.: 76)

2.2.3 „Widernatur“ (Foucault 1983: 43), „Mischfigur“ (ebd.: 109), „Regelabweichung“ (Berger 2006: 77): Die Abnorm

Um überhaupt zu existieren, benötigt die Norm die Abnorm. Sie braucht *imperfekte* Minderheiten, die von der Mehrheit ausgegrenzt werden und gesellschaftliche Subgruppen bilden. Die Biomacht braucht diese Abnorm, um Töten zu legitimieren. Es muss eine

Unterscheidung zwischen dem, was leben darf, und dem, was sterben soll, getroffen werden (vgl. Foucault 1992: 41f). Durch eine Differenzierung und eine Wertung in *gute* und *schlechte* Eigenschaften erfindet die Biomacht den „biologischen Mehrwert“ (vgl. Gehring 2006: 10). Die Schaffung einer Norm geht somit immer mit der Schaffung einer Abnorm einher. Hauptsächlich dient die Medizin dazu, in normal und abnormal einzuteilen (vgl. Foucault 1976a: 82). Wenn ein Mensch nicht der Norm entspricht, wird er weggesperrt, um ihn in einer entsprechenden Anstalt zu korrigieren und später in die Normalisierungsgesellschaft zu reintegrieren (vgl. Bundschuh 2000: 26). Durch eine, von Expertinnen/Experten gestellte Diagnose, die anhand aktueller Normvorstellungen getätigt wird, entscheidet sich der *Grad der Normalität* einer Person. Je nach Ausmaß der „Regalabweichung“ (Berger 2006: 77) ist mensch somit noch Teil der Norm oder schon Teil der Abnorm.

Ich spreche von einer *aktuellen Normvorstellung*, weil sich die Norm (gleichzeitig mit der Abnorm) im Laufe der Geschichte verändert. Eigenschaften, die vielleicht einmal als Norm galten, zählen heute zur Abnorm – und umgekehrt. In diesem Sinne sind *wir* alle Kinder unserer Zeit (vgl. Dreyfus, Rabinow 1982: 122) – so auch Michel Foucault. Er beschreibt die Biomacht vor der heutigen Weltordnung, vor den aktuellen medizinischen und gentechnischen Möglichkeiten und vor allem vor den neuen Reproduktionstechnologien (vgl. Rabinow, Rose 2003: xiii). Seit Foucault hat sich die Norm mit der Abnorm verändert. Soziales wie biologisches Anderssein *versteckt* sich mit dem Fortschritt der Mikrobiologie und der Genforschung zunehmend *im Körper*. Das hat zur Folge, dass die Bewertung und Differenzierung der Menschen genauer wird. Immer diverser werden die Gruppen der „Mischfiguren“ (Foucault 1983: 109). Biomacht wird somit an die Spitze getrieben – denn *Mischfigur* ist so gesehen wohl schon jede/r. „Gesundheitstests dienen dazu, Unterschiede zu machen. Sei es gegenüber Angehörigen, Arbeitgebern, Versicherern, Ausbildern, Angestellten oder Kunden. Wo man also in einem wie immer ganz oder teilöffentlichen Sinne testet – auf Schwangerschaft, Vaterschaft, Krankheit, Infektionen, erbliche Merkmale und ‚Risikofaktoren‘ ganz allgemein – werden durch das medizinische Verfahren soziale Unterschiede untermauert. Ein Status wird objektiv. Vor- und Nachteile werden festgeschrieben oder neu verteilt.“ (Gehring 2006: 64)

Gesellschaftliche Abnormalität wird z. T. auch erst im *Ausbleiben* gewisser sozialer Komponenten sichtbar. Foucault nennt hier das Beispiel des „legitimen, sich fortpflanzenden Paares: [...] es (das Paar Anm. der Autorin) macht das Gesetz. Es setzt sich als Modell durch, es stellt die Norm auf [...]. Wo aber das Unfruchtbare

weiterbestehen und sich zu offen zeigen sollte, erhält es den Status des Anormalen und unterliegt dessen Sanktionen.“ (Foucault 1983: 11) Die nicht vorhandenen Kinder zeugen von der Abnormalität des Paares. Im 21. Jahrhundert geben die neuen Reproduktionstechnologien kinderlosen Paaren eine *Chance* auf Anpassung und Reintegration.

2.3 Biomacht heute

„By the start of the 21st century, hopes, fears, decisions and life-routines shaped in terms of the risks and possibilities in corporeal and biological existence had come to supplant almost all others as organizing principles of a life of prudence, responsibility and choice.“ (Rose 2001: 18)

Seit Michel Foucault und *seiner* Biomacht hat sich *die Welt*⁵ und *ihre* Biomacht erheblich verändert. Paul Rabinow und Nikolas Rose sprechen von einer „neuen Weltordnung“ (Rabinow, Rose 2003: xiii, Übersetzung der Autorin). Politische, technische und soziale Veränderungen kennzeichnen diese neue Weltordnung: Der Fall der Berliner Mauer, Terrorismus, Barack Obama, Globale Erwärmung, Internet, Mobiltelefone, Gentechnik, neue Reproduktionstechnologien, Alternativtourismus, Singlehaushalte, allein erziehende Mütter/Väter, Patchworkfamilien usw. diese Liste von Schlagwörtern⁶ ist endlos und endlos divers. „We have entered the age of vital politics, of biological ethics and genetic responsibility.“ (Rose 2001: 22)

Biomacht heute ist eine Wirklichkeit, konstruiert aus Wahrscheinlichkeiten, Statistiken und Durchschnittswerten (vgl. Desrosières 1986, Ewald 1993, zit. in Gehring 2006: 15). Der Fokus der Kontrolle verschiebt sich wieder mehr in Richtung Subjekt – somit steigt die staatsbürgerliche Eigenverantwortung. Die Abnorm scheint definierter und gleichzeitig *unerwünschter*. Die Techniken, sie auszugrenzen, wegzusperren oder gar zu verhindern, werden folglich immer weiter in die *gesellschaftliche Akzeptanz* eingeführt und teilweise sehr unreflektiert angewandt. „Selbstbestimmung als Gegensatz zu Zwang erfordert Richtlinien als Orientierungshilfe. Vorbilder helfen dabei. Ob ein gesunder Volkskörper oder individuelle Fitneß angestrebt wird, ist ein Detail am Rande. Die Richtlinien werden

⁵ Mit *die Welt* beziehe ich mich auf die sog. westliche Gesellschaft – und damit im weitesten Sinne auf Europa sowie Nordamerika (obwohl die sogenannte neue Weltordnung wohl den gesamten Globus betrifft).

⁶ Es handelt sich hierbei um beliebig ausgewählte Beispiele.

zu Geboten, die Vorbilder zur Norm. Die Grenze zwischen der Norm und ihrem Gegenbild wird zur unüberbrückbaren Kluft.“ (Weikert 1998: 178)

Heute passt sich die Gesellschaft nicht mehr ihren Bürgerinnen und Bürgern an, sondern die Bürgerinnen und Bürger orientieren sich an ihrer Gesellschaft. „Was bleibt, ist zu untersuchen, welchen Körper die derzeitige Gesellschaft braucht.“ (Foucault 1975: 77) Der *gebrauchte* Körper wird weiterhin durch die Norm, durch das vom Staat angestrebte Ideal dargestellt.

Weiters hat sich auch das staatliche Interesse verschoben. Nicht mehr das gesellschaftliche Wohlbefinden steht im Vordergrund, vielmehr werden nun ökonomische Absichten ins Zentrum gestellt, denn kranke Bürgerinnen und Bürger kosten mehr (vgl. Rose 2001: 5). Folglich scheint es staatsbürgerliche Pflicht zu sein, sich bestimmten Regeln und Normen zu unterwerfen und sich *unauffällig* in das große Ganze einzufügen. „Soll ich gentechnisch hergestellte Medikamente nutzen oder nicht? Wo genau beginnt bei vorgeburtlichen Qualitätstests während der Schwangerschaft die Zone bedenklicher Auswahlentscheidungen? Welcher Versichertengruppe werde ich aufgrund meiner biomedizinischen Daten zugeordnet werden? Vielleicht einer ‚Risikogruppe‘? Oder einer besonders gesunden Gruppe, der dann Privilegien zustehen? Nehmen wir an, letzteres sei der Fall: Nutze ich diese Privilegien dann?“ (Gehring 2006: 7) Diese Fragen müssen von jeder betroffenen Person subjektiv beantwortet werden. Die Antworten sollen dabei einerseits mit den jeweiligen, individuellen, andererseits mit den gesellschaftlichen Moralvorstellungen korrespondieren. Obwohl die Entscheidung rein individuell getroffen werden muss, ist sie geprägt von gesellschaftlichen Werten, Normen und Vorstellungen. Insofern ist es bestimmt staatsbürgerliche Pflicht, hier den *besten* Mittelweg zu finden, andererseits wird dem/der Bürger/in aufgrund der aktuellen Biologisierung des Alltags und der Genetisierung des Körpers auch viel an Pflicht und Selbstverantwortung genommen (vgl. Novas, Rose 2005: 441).

Vererbte genetische Hintergründe, Gene und Eigenschaften der Vorfahren gewinnen im Zuge der Biomacht immer mehr an Bedeutung. Gewisse Eigenschaften *liegen einfach in der Familie* und dort wo früher das Blut relevant war sind es heute die Gene; denn es ist wichtig zu wissen: *Wer ist genetisch mit mir verwandt?* Gute Gene sind das Um und Auf für ein *gutes* Leben. Es scheint, als sei bereits im Mutterleib (oder im Reagenzglas) über gute oder schlechte Charakterzüge, über ein gesundes oder krankes Leben, über eine glückliche oder unglückliche Zukunft entschieden. Folglich möchten verantwortungsvolle

und liebende Eltern nur die besten Gene für ihr Kind (vgl. Bock von Wülfigen 2007: 262).

Um den zukünftigen Generationen gute Gene zu garantieren, spielt mensch Göttin oder Gott⁷ und greift in Form von „soft eugenics“ regulierend in das eigene Leben ein. „Soft eugenics sind kleine – vorzugsweise biomedizinische – Angebote wie vorgeburtliche Merkmalsauswahl auf genetischer Basis, ‚personalisierte‘ Medikation, selektive Techniken der Lebensverlängerung.“ (Gehring 2006: 182) Soft eugenics sind möglich aufgrund von technischem Fortschritt. Einem Fortschritt, der massiven Eingriff in das menschliche Erbgut vor allem in Form von Stammzellenforschung und deren Folgen zulässt.

2.3.1 Biomacht heute: Technischer Fortschritt

Technischer Fortschritt seit Michel Foucault bedeutet im weitesten Sinne *neues Wissen* in jeglicher Hinsicht: Medizinisch, gentechnisch, medial, transport- und rüstungstechnisch, etc. Humantechnologien sind ein Teil dieses Wissens und Teil der *modernen* Biomacht.

Durch fortschrittliche biotechnologische Mittel eröffnen sich neue Wege, die Bevölkerung zu kontrollieren. Biomacht hat sich diese Mittel zu Nutze gemacht, sie sich einverleibt und ist sozusagen eine Weiterentwicklung des Wohlfahrtsstaates, der sich (zum Wohle der Gesellschaft) an die aktuellen technischen (medizinischen, biotechnologischen) Errungenschaften anpasst. „Alles, was Biotechniken möglich machen sollen – vom genveränderten Medikament bis zum erbgutverbesserten Embryo – ist eng verflochten mit der Gesundheits- und Sozialpolitik des Wohlfahrtsstaates. Die neuen Möglichkeiten korrespondieren mit dem Innovationsbedarf von Wissenschaft und Wirtschaft wie auch mit Konsuminteressen der Individuen.“ (Gehring 2006: 8) Biomacht ist also nichts anderes als die *logische* Antwort des Staates auf die stetige Entwicklung der naturwissenschaftlichen Forschung.

Die gegenwärtige Kontrolle basiert auf der Angst vor der Abnorm – oder besser der Angst, Teil der Abnorm zu sein. Biomacht heute baut auf Risikofaktoren auf, auf Wahrscheinlichkeiten, auf die Gefahr, *nicht normal zu sein* (siehe 5.5.2). „[...] the threat that new biological practices of control will coerce, restrict and even eliminate those whose biological propensities are believed – by doctors, parents or perhaps even by political authorities – to be defective.“ (Rose 2001: 2)

⁷ Oder: Allah; Buddha; Brahma, Shiva, Vishnu etc.

Die Zerstückelung des Körpers, die Foucault mit der Folter und dem Mord Damians darstellt, wandert von der Justiz in die Wissenschaft. Heute wird der Körper in andere Teile zerstückelt; in Organe, Zellen, Gene usw. (vgl. Martin 1989: 38). Die Forschung an Stammzelle⁸, Keimzelle⁹ und Embryo¹⁰ eröffnet der Biomedizin, vor allem bezüglich Gewebs- und Organtransplantation aber auch für die Behandlung von Stoffwechselkrankheiten und HIV, neue Möglichkeiten. Konkret im Hinblick auf diese Arbeit bedeutet technischer Fortschritt die neuen Reproduktionstechnologien¹¹ (NRT): Das sind „[...] sämtliche Verfahren, bei denen in den Fortpflanzungsprozeß von Menschen, Tieren und Pflanzen eingegriffen werden kann“ (Weikert 1998: 71)¹².

NRT ermöglichen es, Leben pränatal zu manipulieren, um somit die *besten Voraussetzungen* für ein gesundes und langes Dasein zu bieten. In der Zukunft wird die natürliche „Do-It-Yourself Zeugung (DIY)“, also „Befruchtung, die nicht im Labor stattfindet“ (Bock von Wülfigen 2007: 20) durch verschiedene, neue Möglichkeiten der Fortpflanzung ersetzbar sein (vgl. ebd.: 130).

Mit dem Eingriff in die *Grundsubstanz* des menschlichen Lebens eröffnen sich neue Fragen und Kontroversen: Wann beginnt Leben, wann endet es (vgl. Kaufmann, Morgan 2005: 318)? Hat ein Embryo Rechte? Welches Leben ist lebenswert – welches nicht? Und vor allem: Wer besitzt das Recht, über die Qualität von Leben zu urteilen? Gesetzliche Regulierungen bezüglich dieser relativ neuen Verfahren galoppieren hinterher (vgl. Weikert 1998: 143). Menschen werden mit Technologien konfrontiert, die sich zu einem Großteil in gesetzlicher Grauzone (siehe 5.4) befinden und z. T. jegliche (wissenschaftliche wie soziale) Fantasien überschreiten, denn: „[...] hängt unser Herstellungsvermögen nicht schon lange unser Vorstellungsvermögen ab“ (vgl. Anders 1986, zit. in ebd.)?

⁸ Stammzellen sind undifferenzierte Zellen die sich zu sämtliche Zelltypen (z.B. Hautzellen, Nervenzellen, etc.) spezialisieren können (vgl. Gelbart, Griffiths, Lewontin, Miller, Suzuki, Wessler 2005: 547).

⁹ Keimzellen (oder Gameten) sind sog. haploide Zellen, also Zellen mit dem halben Chromosomensatz (23 Chromosomen) sie entstehen nach der Meiose (der doppelten Zellteilung). Eizelle und Spermium sind Keimzellen. Wird die Eizelle von einem Spermium befruchtet, entsteht eine sog. diploide Zelle, eine Zelle mit dem ganzen Chromosomensatz (46 Chromosomen) (vgl. ebd.: 93).

¹⁰ Der Embryo ist das Ergebnis der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle (vgl. Angermann, Vogel 2001: 209/Band 1).

¹¹ Auf diese gehe ich im Kapitel „neue Reproduktionstechnologien“ detaillierter ein.

¹² Wobei ich mich ausschließlich auf NRT in Bezug auf den Menschen konzentriere.

2.3.2 Biomacht heute: Soziale Akzeptanz

Das traditionelle Familienverständnis der Kernfamilie Mutter-Vater-Kind wurde von neuen Familienstrukturen abgelöst bzw. *ergänzt*. Patchworkfamilien sind mittlerweile eine weit verbreitete Form des Zusammenlebens¹³ (vgl. Beck, Beck-Gernsheim 2001: 85). NRT kreieren eine neue Form der Patchworkfamilie: Verwandtschaftsbeziehungen, die auf natürlichem Wege nicht auftreten können. Ein Kind kann somit theoretisch bis zu fünf Elternteile haben: Zwei Väter (einen biologischen und einen sozialen Vater) und drei Mütter (eine gebärende, eine genetische und eine soziale Mutter)¹⁴ (vgl. Spiewak 2002: 12). „Biologically and socially the old assumption has broken down that in the beginning there must have been two, who once had sex, and to whom the baby was born.“ (Bowlby 2007: 11f)

Gleichgeschlechtliche Partnerschaften sind neben der Patchworkfamilie eine weitere Familienstruktur, die sich immer mehr im Gesellschaftskörper etabliert. Doch die sogenannte *Homo-Ehe* ist in Österreich noch sehr umstritten. Österreich ist betreffs der rechtlich anerkannten gleichgeschlechtlichen Partnerschaft ein Nachzügler. Die gleichgeschlechtliche Partnerschaft wird hier erst 2010 anerkannt trotzdem haben homosexuelle Menschen in Österreich gegenwärtig noch keine Gleichstellung mit heterosexuellen Menschen erfahren (vgl. Brickner 2009).

Verglichen mit jenen über die *Homo-Ehe* gehen öffentliche Diskurse über *durch NRT zusammengestückelte Familien* eher unter. Auch hier befinden wir uns in einer Grauzone – einer Grauzone des Wissens. NRT sind eine sich schnell und ständig weiterentwickelnde Technik. Ähnlich wie bei anderen Konsumartikeln ist das *Designerbaby* von heute übermorgen schon Schnee von gestern, so dass Susi/Otto Normalverbraucher/in gar nicht erst die Möglichkeit hat, diesbezüglich immer auf dem aktuellsten Wissenstand zu sein.

Ich stelle das Thema der gleichgeschlechtlichen Partnerschaft dem der Familienplanung mit NRT gegenüber, um aufzuzeigen, dass, obwohl es sich bei beiden um aktuelle gesellschaftspolitische Themen handelt, die Gesellschaft das *Problem* der *Homo-Ehe* mehr beschäftigt oder auch irritiert als jenes der NRT. Den Grund dafür sehe ich in der Sichtbarmachung von Abnormalität. Ein homosexuelles Paar entspricht offensichtlich

¹³ Hier ist zu beachten, dass es sich um das westliche Bild der Kernfamilie handelt, traditionelle Familien in anderen Ethnien setzen sich nicht unbedingt gleich zusammen.

¹⁴ Die juristische Elternschaft wäre eine weitere Rolle die neben den sozialen, biologischen und genetischen Eltern bestehen könnte – in den meisten Fällen sind jedoch die sozialen Eltern auch die juristischen Eltern.

nicht den (österreichischen) Normvorstellungen (siehe 5.2), während eine mit Hilfe von NRT gegründete Familie nicht unbedingt abnormal aussieht.

Die wachsende soziale Akzeptanz bezieht sich so gesehen auf Familienstrukturen, die einerseits von der Kernfamilie in Form von Patchwork abweichen, andererseits nicht den Rahmen des Natürlichen sprengen. „So lange IVF¹⁵ nur bei ‚normalen‘ unfruchtbaren Ehepaaren mit einem ‚natürlichen‘ Verlangen nach Fortpflanzung angewandt wurde, feierte man die Möglichkeiten der Reproduktionstechnologie als eine willkommene Lösung eines medizinischen Problems. [...] Erst der Einsatz von IVF [...] bei Lesben oder bei Frauen ohne Partner, die ein Kind haben wollten, lösten die kontroversen Diskussionen aus.“ (Van Dyck 1996: 41)

Gleichgeschlechtliche Partner/innen können auf natürlichem Wege kein Kind bekommen; ein dunkelhäutiges heterosexuelles Paar kann auf natürlichem Wege kein hellhäutiges Kind bekommen; eine 60 jährige Frau kann auf natürlichem Wege kein Kind bekommen ... (vgl. ebd.: 116). Und endgültig *verwerflich* ist der Wunsch nach behindertem Nachwuchs (zum Beispiel blinde Eltern, die sich ein blindes Kind wünschen). Soziale Akzeptanz (und Toleranz) endet dort, wo Überschreitungen der natürlichen Grenzen sichtbar werden. Denn obwohl sterile, heterosexuelle Normalbürger/innen sich auf natürlichem Wege auch nicht fortpflanzen können, scheint der Eingriff in die Natur in diesem Fall aufgrund der *normkonformen* Handlung gerechtfertigt. „Neue Fortpflanzungstechnologien bedeutet also nicht nur wie, sondern vor allem wer oder was fortgepflanzt wird.“ (Weikert 1998: 95)

Die Biomacht des 21. Jahrhunderts diskriminiert auf der Basis von Alter, Hautfarbe, Familienstatus, Geschlecht, sexueller Neigung usw. Diese Diskriminierung wird legitimiert durch Norm, durch Gene, durch Natürlichkeit. Obwohl die neuen Reproduktionstechnologien nur künstliche Fortpflanzung bedeuten, die Technik selbst also nichts mehr mit Natürlichkeit zu tun hat, wird sie damit (mit der Natürlichkeit) fundiert.

2.3.3 Biomacht heute: Globalisierung

Globalisierung ist ein sehr schwammiges Wort. Banal dargestellt bedeutet es die Möglichkeit, jeden erdenklichen Ort der Welt zu erreichen, um dort Coca-Cola zu trinken und sich mit den Anrainern in Englisch über Arnold Schwarzenegger zu unterhalten.¹⁶

¹⁵ IVF ist die Abkürzung für In-Vitro-Fertilisation (siehe 3.3.2).

¹⁶ Dieses metaphorische Beispiel würde wohl auch mit Red Bull und Michael Jackson, McDonalds und Queen Elizabeth II. oder ev. sogar mit Guinness und Adolf Hitler funktionieren.

„Die Globalisierungstheorie geht weitgehend davon aus, dass globale Kräfte letztlich auch die entferntesten ‚Ecken‘ des Globus beeinflussen werden.“ (Ritzer, Stillman 2003: 46) Das Gros der Definitionen des kulturellen Phänomens der Globalisierung beinhaltet die Wörter *weltweit* und *Vernetzung*. Letztlich wird allerdings immer die Möglichkeit, sich mit der *ganzen Welt* auszutauschen, beschrieben. Denn die Welt wird kleiner – die sogenannten weißen Flecken auf der Landkarte sind verschwunden und jegliche Art von Austausch, ob politischer, wirtschaftlicher, wissenschaftlicher etc. verbindet die einzelnen Nationen miteinander. Globalisierung: „[...] that is, the worldwide dissemination of certain cultural forms and social institutions because of colonialism, trade, missionary activity, technological change and the incorporation of tribal peoples into states and large-scale systems of exchange.“ (Eriksen 2001: 294)

Die Kultur- und Sozialanthropologie steht der Globalisierung aufgrund der Auffassung, dass globale/translokale Prozesse die lokalen Traditionen verdrängen und somit kulturelle Heterogenität verloren geht (vgl. Sklair 1991, Klein 2000, zit. in Smart, Smart 2003: 266), eher skeptisch gegenüber. Darum ist es auch schwer, Globalisierung konkret zu definieren. Denn was ist wirklich global? Einerseits sind die wenigsten Aktivitäten, ob individuell oder national uneingeschränkt, global. Sie reichen wohl über die eigene Staatsgrenze hinaus, decken jedoch selten die *ganze Welt* ab (vgl. ebd.: 265). Andererseits lebt niemand mehr in einer kulturellen Enklave und mensch wird von überstaatlichen Ereignissen und konstanter globaler Veränderung beeinflusst und geformt.

Universalität wurde von Globalität abgelöst, Biomacht wurde zur standardisierenden Praktik (vgl. Bundschuh 2000: 82), die der Welt erklärt, wie staatliche Bevölkerungskontrolle funktioniert. Während „McDonaldisierung“ (Ritzer, Stillman 2003: 48ff) im engsten Sinne bedeutet, dass mensch (fast) global Hamburger essen kann, bezeichnet es im weitesten Sinne die Standardisierung des menschlichen Lebens, kurz: Den *Lebensstandard*. Diese Vernetzung der Welt bedeutet jedoch keine endgültige Vereinheitlichung der Menschen, vielmehr findet eine Vermischung zwischen globalen sowie lokalen Prozessen statt. „[...] people do not become ‚the same‘ just because they engage in increased contact with each other. People’s lives are neither wholly global nor wholly local – they are glocal.“ (Eriksen 2001: 302)

Gegenwärtig hat jeder Mensch theoretisch die gleichen Möglichkeiten. Theoretisch kann jede/r überall hinfahren um sich Coca-Cola schlürfend in Englisch über die *wichtigen Dinge des Lebens* zu unterhalten. Praktisch sieht das anders aus. Globale Flexibilität ist

immer noch ein Privileg des wohlhabenden Westens¹⁷. Dasselbe gilt für die neuen Reproduktionstechnologien, auch sie sind ein Privileg, das mensch bezahlen können muss. Weiters ermöglicht Globalisierung Konsumentinnen und Konsumenten der NRT lokale Verbote zu umgehen (vgl. Bock von Wülfigen 2007: 149). Durch internationalen Wissensaustausch wird das gleiche Produkt global angeboten. Wenn sich ein Staat gegen den Gebrauch dieses Produkts entscheidet, heißt das nicht, dass dessen Nachbarstaat das auch so praktiziert. Dank des Reproduktionstourismus ist es folglich möglich, dass Frau X schwanger aus dem Urlaub zurückkommt (vgl. Pichlhofer 2000: 33).

Die beiden vorangegangenen Punkte der „Biomacht heute“: Technologischer Fortschritt und soziale Akzeptanz werden im Grunde auch von globalen Entwicklungen vorangetrieben, denn Wissen überwindet in Form von Forschungsergebnissen und Anwendungsmöglichkeiten nationale Grenzen – das beschleunigt die Technologieentwicklung und bewegt die Wissenschaft (vgl. Bock von Wülfigen 2007: 148). Globalisierung ermöglicht es Staatsbürgerinnen und Staatsbürgern somit einerseits, dem eigenen gesetzlichen Raum zu entfliehen, andererseits eröffnet es den einzelnen Staaten eine Kontrolle der Bürgerinnen und Bürger die viel weiter in das Leben, in die einzelnen Organismen hineinreicht als vor dem *Zeitalter der Gene*. Globaler Datenaustausch in Form von digitalisierten Stammzell-Linien *entzaubert* das *Wunder Leben* endgültig. Die genetische Information ganzer Populationen wird mittlerweile erhoben und zum Wohle der Wissenschaft als globales Forschungsmaterial verwendet. Die erfassten Daten finden in Form von digitalen Datenbanken immer öfter ihren Weg in das World Wide Web und sind dort halböffentlich abrufbar¹⁸ – halböffentlich, weil die Handhabung des erhobenen Materials der einzelnen Nationen enorm variiert. Während einige Länder sehr liberal mit genetischen Datenbanken und mit der Stammzellenforschung umgehen und sich bezüglich der Gen- und Biotechnologie als Vorreiter rühmen, legen andere Länder keine genetischen Datenbanken ihrer Bevölkerung an und bilden aufgrund von sehr restriktiven Regelungen die Schlusslichter in Sachen Stammzellenforschung – so auch Österreich (vgl. Mitchell, Waldby 2006: 65).

Der Schwerpunkt der *Biomacht heute* aus globaler Sicht ist eine Politik der Angst und des Risikos, *wir* leben in einer sogenannten Risikogesellschaft in der mensch negative

¹⁷ Wohlhabend ist allerdings nicht gleich wohlhabend. Arm in Österreich ist ev. reich in den sog. Entwicklungsländern und reich in Entwicklungsländern wäre ev. *mittlere/untere Einkommensschicht* in Österreich usw. Arm in Entwicklungsländern bedeutet hingegen wohl *globale Armut*.

¹⁸ Ein Beispiel für eine online Datenbank ist das „Book of Icelanders“ abrufbar unter: www.islandingabok.is. Es ermöglicht jeder registrierten Isländerin und jedem registrierten Isländer ihre/seine Verwandtschaftsbeziehungen zu anderen Isländerinnen und Isländern abzurufen (vgl. Pálsson 2007: 74).

Gefährdungen zu verhindern sucht. „Es kommt von der Gemeinsamkeit der Not zur Abwehr von Hunger zu einer Gemeinsamkeit der Angst zur Abwehr globaler Gefährdungen.“ (Ebers 1995: 279)

Obwohl Globalisierung Biomacht definitiv beeinflusst, existiert so etwas wie eine *einheitliche, globale Biomacht* nicht. Vor allem Michel Foucaults Definition der Biomacht ist keine globale Definition – denn Foucaults Blick ist sehr eurozentrisch, er sieht keinen anderen Weg der modernen staatlichen Führung von Bevölkerung als den der *westlichen* Biomacht (vgl. Inda 2005, zit. in Pálsson 2007: 91). Biomacht heute hat sich im Zuge der Globalisierung jedoch insofern verändert, als dass sich die Kontrolle nun auf einer globalen Ebene abspielt. Globale Entwicklungen sowie lokale Regulierungen beeinflussen jede/n Einzelne/n. Der nächste Schritt Richtung globaler Biomacht ist der zu weltweit einheitlichen Normvorstellungen – ein globales Ideal und folglich eine genetisch homogene Menschheit: gesund, unfehlbar und selbstregulierend. „Die Biomacht, die nach der Disziplinarmacht den Menschen auf den Pelz rückt und unter die Haut fährt, zwingt jede und jeden in abstrakte Verhältnisse, damit die Menschen selbst auf teilweise freiwillige Weise die Entfernung ihrer Körper und die Zerstörung ihrer Wahrnehmung betreiben.“ (Kamper 2001: 157) Wie weit *wir* von solch einer Entwicklung noch entfernt sind, ist fraglich. Die ersten Schritte in diese Richtung sind u. a. in Form von global angelegten Erhebungen des menschlichen Genoms¹⁹ (so z. B. das „International Haplotype Map Project“²⁰ und das „Human Genome Diversity Project“²¹) definitiv schon getan.

2.4 Ausblick

Michel Foucault beschreibt mit der Biomacht eine staatliche Kontrolle durch eine Macht die über das Leben der Menschen verfügt. Biomacht beschäftigt sich mit Lebensführung, reguliert und kontrolliert diese durch die Festlegung von Idealen und Normen. Die Aufgabe der Bürgerinnen und Bürger ist es, diesen Normen bestmöglich zu entsprechen, Abnorm zu korrigieren und im Idealfall gänzlich zu vermeiden.

Aus der Macht, „sterben zu machen und leben zu lassen“ wurde die Macht, „leben zu machen und sterben zu lassen“ (Foucault 1992: 28). Der Tod, einst Inbegriff staatlicher

¹⁹ *Genom* ist die Bezeichnung für den gesamten Komplex von Genen einer Spezies (in diesem Fall die des *Homo sapiens*) (vgl. Duster 2003: 129).

²⁰ International Haplotype Map Project

²¹ Human Genome Diversity Project

Machtausübung, ist nun das Ende der Macht, der *Ausweg*; ja, sogar eine Möglichkeit (wohl die einzige) sich der Biomacht zu entziehen. Gleichzeitig löst der Tod heute, zumindest in der *westlichen Welt*, Angst und Schrecken aus (vgl. Beck, Beck-Gernsheim 2001: 153). Altern und Tod werden mithilfe medizinischer Eingriffe weitestmöglich hinausgezögert, die Gesellschaft träumt von „Wohlstand und lebenslanger Gesundheit“ (Weß 1998: 9) und geht mit diesem Ziel vor Augen wohl auch über Leichen (und das nicht ausschließlich im metaphorischen Sinne).

In Hinblick auf aktuelle biomedizinische Entwicklungen erspart mensch sich zunehmend die *Last* der Abnorm. Neue Reproduktionstechnologien fungieren als Werkzeug, um *defekte* Embryonen frühzeitig zu erkennen und zu verhindern. Auf die Macht, „leben zu machen und sterben zu lassen“ (Foucault 1992: 28) folgt die Macht „leben zu machen und in den Tod zu stoßen“ (Thüring 2003: 30). Immer größer scheint diesbezüglich die Macht der Einzelnen/des Einzelnen. Denn heute liegt es an der Entscheidung der schwangeren Frau, ob ein Kind (behindert oder nicht) geboren wird oder nicht – ob Leben *gemacht* oder in den Tod gestoßen wird. Bevorzugt wird meist ein gesundes Leben.

NRT bedeuten jedoch nicht ausschließlich pränatale Selektion, sondern u. a. auch die Möglichkeit, sterilen Paaren den Kinderwunsch zu erfüllen. Leben wird *gemacht* – jedoch nur für jene, die den (österreichischen²²) Normvorstellungen entsprechen: jung, heterosexuell, bevorzugt verheiratet.

Biomacht individualisiert aufgrund der zunehmenden Entscheidungsfreiheit, über die jede/r verfügt, v. a. jedoch aufgrund der Einteilung der Menschen in Gruppen und Subgruppen, was einerseits individuelle Eigenschaften heraushebt, andererseits wiederum einen massenkonstituierenden Effekt hat. Aus staatlicher Sicht steht das Kollektiv im Vordergrund, *gute* Staatsbürger/innen handeln ebenfalls – zum Wohle des größeren Ganzen. Die Moderne wurde zur Tradition, die reflexive Moderne bricht diese Traditionen (vgl. Beck 2007: 210) und bewirkt eine Verschiebung traditioneller Normen und Werte.

Biomacht heute hinsichtlich NRT bedeutet eine Bewertung von Leben und v. a. von Lebensqualität. So gesehen scheint manches Leben lebens(un)werter als anderes. „Each life has a value [...] some lives have less value than others.“ (Rose 2001: 3)

²² Da die rechtlichen Regelungen bezüglich NRT international sehr differieren, beschreibe ich hier nur die *österreichische Normvorstellung*.

3 Neue Reproduktionstechnologien (NRT)

„Wenn mein Arm auf dem Tisch ruht, werde ich nie auf den Gedanken kommen, zu sagen, er liege neben dem Aschenbecher, so wie der Aschenbecher neben dem Telefon steht. Der Umriss meines Leibes bildet eine Grenze, die von gewöhnlichen Raumbeziehungen unüberschritten bleibt.“

(Merleau-Ponty 1966, zit. in Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 135)

Humantechnologien und somit auch die neuen Reproduktionstechnologien (NRT) sind medizinisch-biotechnologische Errungenschaften des späten 20. Jahrhunderts (vgl. ebd.: 7). „Sie greifen mit unterstützenden, ergänzenden oder ersetzenden Maßnahmen in den menschlichen Körper ein, um ‚Urwünsche‘ des Menschen – Kinder zu haben, den eigenen endgültigen Tod möglichst weit hinauszuschieben – zu erfüllen helfen.“ (ebd.)

Humantechnologien sind eine sehr kurzweilige und schnelllebige Wissenschaft. Beinahe täglich findet mensch in diversen Medien Berichte über die neuesten biotechnologischen Errungenschaften. Schlagwörter wie „Stammzellmaus“ (Kupferschmidt 2009: o. S.), „künstliches Sperma“ (Online Standard 2009: o. S.) oder aus Fruchtwasser gezüchtete Körperteile (vgl. krone.at 2009: o. S.) erinnern schnell an Frankenstein's Monster und geben dieser Wissenschaft meist einen etwas negativen Beigeschmack (vgl. Hagner 1995: 7).

Allgemein ist die Stammzellenforschung ein sehr umstrittenes Thema, da sie auf die Forschung mit dem Embryo – mit potenziellem Leben – aufbaut. Die NRT ermöglichen es, das *Wunder der Fortpflanzung* zu beeinflussen, „in der Folge entscheidet die Natur nicht mehr allein, ob und wann Befruchtung klappt und wie das Resultat aussieht. Die Reproduktionsmedizin kann Zeitpunkt, Paarkonstellation und Ergebnis der Zeugung manipulieren“ (Spiewak 2002: 12).

Im folgenden Kapitel beschreibe ich, basierend auf Foucault, die *Wahrheit der Reproduktion*, die mich zur „*Diagnose: Unfruchtbar*“ und den aktuellen Möglichkeiten der NRT, diesem Schicksal entgegenzuwirken, führt. Ich betone, dass die NRT nur einen Bruchteil der Humantechnologien bilden – nur einen der *Urwünsche des Menschen* behandeln.

Meinen Fokus lege ich auf jene Technologien der NRT die sich mit Qualitätswertung und -bewertung der menschlichen Keimzellen und des Embryos beschäftigen – eine Wertung und Bewertung, die in einer neuen Form von Eugenik resultiert und Staatsbürgerinnen und Staatsbürger vor unmögliche Entscheidungen stellt. Denn *Entscheidung* bedeutet bezüglich dieser Techniken oft sich für oder gegen die Geburt eines Kindes festzulegen.

Meine Argumentation führt mich schließlich zum Konstrukt der biologischen Staatsbürgerschaft und zur Darlegung, wie NRT, obwohl weitgehend als medizinische Behandlung verstanden, weit ins Soziale hineinreichen. „Die Reproduktionsmedizin befasst sich mit der Schaffung neuen Lebens, d.h. eines Menschen, der einmal als ganzheitliches, soziales Wesen tätig sein wird. Dies bedeutet, dass das Resultat der Hilfe zur Fortpflanzung weit über die Ebene der Zelle hinausführt und bis ins Zentrum gesellschaftlichen Lebens reicht.“ (Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 26)

3.1 Wahrheit

Ein (wenn nicht der) Grundbegriff Michel Foucaults Definition der Biomacht ist „Wahrheit“ (siehe 2.1).

Wahrheit steht immer im Zusammenhang mit Wissen, welches durch Fortschritt gewonnen und durch wiederholtes Überprüfen zur Wahrheit wird. Wahrheit bekommt somit allgemeine Gültigkeit, wird anerkannt und in *unsere* Lehrbücher, *unser* Weltverstehen, *unser* Wertesystem, aufgenommen. „Whichever explanations ‚won‘ became knowledge – and therefore ‚truth‘. And our knowledge wasn’t necessarily better than that of other ages – just different.“ (Danaher, Schirato, Webb 2000: 2) So entwickelte sich die Wahrheit von der Erde als Scheibe hin zur Wahrheit des Globus, die Wahrheit von Eva und Adam zur Wahrheit der Evolution, die Wahrheit von der Rassengesellschaft zur Wahrheit der Klassengesellschaft/Schichtengesellschaft zur Wahrheit der individualistischen Gesellschaft (vgl. Beck, Beck-Gernsheim 2001: 39) etc.

Auch die Wahrheit über die menschliche Fortpflanzung, über den weiblichen Zyklus sowie über den Schwangerschaftsverlauf verändert sich mit zunehmendem Wissen und der Transparenz bezüglich dieser Prozesse. Während Aristoteles die Auffassung prägte, „dass der Samen des Mannes das Menstruationsblut der Frau zu einem Embryo gestalte und der

Vater damit den alleinigen kreativen Anteil an der Zeugung besäße“ (Mense 2004: 153), weiß mensch heute besser über die eigene Reproduktion Bescheid.

Die Entwicklung von Wahrheit bedeutet stetiges Herausfinden, Überprüfen und Bestätigen oder Widerlegen bestehender Theorien. Welche Wahrheit den/die Allgemeinbürger/in erreicht, bestimmt der Staat. Dieser verfügt über die finanziellen Ressourcen, welche es ermöglichen, Forschung (jeglicher Art) in eine gewisse Richtung zu lenken. (Somit erhalten *relevantere* Forschungsprojekte höhere staatliche Unterstützung als andere.) Mithilfe staatlicher Institutionen (z. B. Schule) wird das neu gewonnene Wissen in die Gesellschaft integriert. Mittlerweile *lockern* die Medien dieses eher einseitige Verhältnis Staat–Bürger/in auf. Der/die Bürger/in kann sich mithilfe von Zeitung, Fernsehen, Internet etc. jegliches Wissen selbst aneignen. Wahrheit wird somit zwar subjektiver, doch gleichzeitig zunehmend schwieriger fassbar.

Das maßlose Angebot von neuem Wissen führt zu einem *Informationsoverkill* – mensch wird von der medialen Masse erschlagen. Schließlich stellt sich die Frage: *Was ist wirklich wahr?* Aufgrund dieses Overkills gewinnt die staatlich übermittelte Wahrheit wiederum an Glaubwürdigkeit und wird somit zu einem der Hauptwerkzeuge der Bevölkerungsregulierung.

3.1.1 Die Wahrheit der menschlichen Reproduktion

„Man nehme einen Faden, binde ihn um den linken Hoden und schnüre ihn fest zu. So vorbereitet kann der Mann nach dem Beischlaf damit rechnen, der Vater eines Jungen zu werden.“ (vgl. Anaxagoras 500-428 v. Chr. zit in Spiewak 2002: 182)

Mit steigender Popularität der NRT verändert sich die Wahrnehmung der eigenen Reproduktion. Das heranwachsende Lebewesen im Mutterleib wird immer sichtbarer, immer greifbarer und entfernt sich gleichzeitig zunehmend von der Frau, die es eigentlich austrägt. „While twenty years ago, childrearing manuals focused on telling parents to enhance their child’s environment, modern guides tell parents there’s little they can do – ,it’s all in the genes‘. “ (Andrews 2001: 12)

Die schwangere Frau spürt ihr Befinden (und das ihres Kindes) nicht mehr, sondern bekommt es von Expertinnen/Experten via Befund vermittelt (vgl. Dreyfus, Rabinow 1982: 202; Weikert 1998: 116). Das Vertrauen in den eigenen Körper geht mit der Medikalisierung des Menschen verloren. Das „Baby da im Bauch“ lässt sich, obwohl es so

nah ist, nicht kontaktieren, „das hat kein Handy, das schreibt auch keine Mail. Das ist ganz nah und unglaublich weit weg. Man hat keinen Einfluss“ (Kaller 2009: 16).

Heute wissen *wir*, dass der Embryo aus der Verschmelzung von Eizelle und Spermium entsteht und das Ungeborene (im Idealfall) neun Monate lang im Mutterleib ist. *Wir* wissen, dass sich in den Eierstöcken jeder fruchtbaren Frau rund 250.000 bis 400.000 unreife Eizellen befinden, wovon pro Zyklus (welcher in der Regel drei bis vier Wochen dauert) ca. zwei Dutzend für die Reifung zur Verfügung stehen. Von diesen gelangt schließlich ein Eibläschen²³ zur vollen Reife (vgl. Feichtinger, Stanzl 2009: 168; Spiewak 2002: 44). *Wir* wissen, dass von vielen Millionen Samenfäden nur einige hundert an ihrem Bestimmungsort eintreffen. Schließlich wird auch nur einer benötigt, um die Eizelle zu befruchten. Dieser muss jedoch im optimalen Zeitfenster (am Tag nach dem Eisprung und an den 48 Stunden davor) sein Ziel erreichen (vgl. ebd.: 45). *Wir* können Befruchtung verhindern sowie herbeiführen, Embryonen abtreiben, Kinder ab der 22./23. Schwangerschaftswoche außerhalb des Mutterleibs am Leben erhalten (vgl. Ganten 2002: 30; Spiewak 2002: 165), das Geschlecht des Ungeborenen bestimmen (vgl. Hadolt 2009: 4), Keimzellen spenden, Keimzellen einfrieren (vgl. Bentley, Mascie-Taylor 2000: 32), Mutter- und Vaterschaft spalten (vgl. Spiewak 2002: 159) usw. *Wir* wissen nicht nur über die Komplexität der *einfachsten Sache der Welt* Bescheid, sondern können auch aktiv eingreifen und mitgestalten. „Aus dem Halbdunkel intimer Zweisamkeit wurde der Zeugungsakt in die Helle des Labors verlegt. Statt neun Monate lang weltabgewandt und dem Zugriff anderer entzogen, wächst der Fötus nun sichtbar gemacht und kontrolliert heran.“ (ebd.: 223)

Unser Wissen und das daraus resultierende Können wurde durch stetiges Beobachten, wiederholtes Forschen, Versuchen und Überprüfen zur aktuellen Wahrheit der menschlichen Reproduktion. Seit dem Aufkommen der NRT befindet sich diese Wahrheit in stetigem Wandel: „[D]ie Grundregeln der Fortpflanzung, die mehr als 100.000 Jahre gültig waren, haben ihre Ausschließlichkeit verloren [...]“ (ebd.: 12) In der Gesellschaft fand (und findet) eine „Verschiebung der Denkbarkeit“ (Bock von Wülfigen 2007: 20) statt. Denn während die Alten Reproduktionstechnologien (ORT²⁴) (vgl. Wolf 2006: 222) primär Sexualität ohne Fortpflanzung bedeuten, ermöglichen die NRT Fortpflanzung ohne

²³ Jene Eizelle, die über die meisten Rezeptoren für das follikelstimulierende Hormon (FSH) verfügt, gelangt zur vollen Reife. Die anderen sterben ab (vgl. Spiewak 2002: 44).

²⁴ Ich verwende hier die Abkürzung ORT nach dem Englischen „Old Reproductive Technologies“, da ART nicht „Alte Reproduktionstechnologien“ sondern „Assisted Reproductive Technology“ (vgl. Spiewak 2002: 74; Hadolt 2009: 41) bedeutet und das Gegenstück zu DIY (Do It Yourself)-Zeugung bilden.

Sexualität (vgl. Weikert 1998: 61) – ein Kinder-Machen nach der Baukastenmethode (vgl. Hadolt, Lengauer 2003: 95; Spiewak 2002: 12). „Zeugung ist die Ingangsetzung von Leben durch Samen- und Eizelle.“ (vgl. Wellmann zit. in Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 100) Entkoppelt von Sexualität bedeutet Zeugung somit nicht mehr Geschlechtsverkehr, sondern rein die Verschmelzung von weiblicher und männlicher Keimzelle. Diese Verschmelzung kann – ob nun zu zweit im Bett oder zu dritt im Labor – in unterschiedlichster Umgebung auf unterschiedlichste Weise stattfinden. „[...] die Welt der Schwangerschaft; sie driftet [...] vom unverfügbar Bio-logischen ins Techno-logische hinüber.“ (Mieth 2001: 52) Die Wahrheit der menschlichen Reproduktion wurde zur kontrollierten Wahrheit der Wissenschaft, DIY zunehmend von ART (Assistierte Reproduktionstechnologien) abgelöst. „Der Zeugungsakt selber ist für mich, und das hat sich ja in den letzten dreißig Jahren auch nicht geändert, das ist für mich eine faszinierende Sache. Wir wissen viel zu wenig davon. Gucken Sie, ich bin gelernter Biochemiker, wenn ich mir überlege, wie wenig wir über das wissen, was wir letztendlich hier machen, kann ich sagen, eigentlich bin ich ein Höhlenbewohner, der einen Chagall oder Picasso beschreiben soll.“ (Hagemann zit. in Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 104)

3.2 Diagnose: Unfruchtbar

Das menschliche Unvermögen, eigene Kinder zu bekommen, hat mehrere Namen: unfruchtbar, steril, infertil, ungewollte/ungeplante/ungewünschte Kinderlosigkeit usw. Laut der World Health Organisation ist ein Paar unfruchtbar, wenn es nach zwölf Monaten ungeschütztem Geschlechtsverkehr zu keiner Schwangerschaft kommt. Insgesamt dürften weltweit ca. 50–80 Millionen Menschen ungewollt kinderlos sein (vgl. WHO 2010: o. S.). Die Ursache für Kinderlosigkeit liegt dabei zu ca. 40 % beim Mann, zu 40 % bei der Frau und zu 20 % bei beiden (vgl. Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 139). Über Definitionen und Statistiken bezüglich Unfruchtbarkeit lässt sich streiten, denn global differiert beides erheblich. Dessen ungeachtet ist mensch sich in einem einig: Unfruchtbarkeit ist eine Krankheit (vgl. ebd.: 64), die sich immer weiter ausbreitet und mittlerweile nicht mehr ausschließlich die Betroffenen, sondern ganze Staaten bedroht. Ziel ist es, dieser Bedrohung entgegenzuwirken. „Zu allen Zeiten sind Menschen gegen ihren eigenen Willen kinderlos geblieben und haben ihre Unfruchtbarkeit als Quelle von

Unglück, Diskriminierung und Leid erfahren. Zu allen Zeiten haben sie diesen Zustand auch nicht einfach hinnehmen wollen, sondern mehr oder weniger kreativ versucht, ihn zu beeinflussen und zu beenden.“ (Orland 2001: 2)

NRT bieten ungewollt kinderlosen Paaren eine Möglichkeit auf genetischen Nachwuchs, sie bieten einen Weg aus der „Sperma-Krise“ (Diedrich, Kunz 2005: 22) und der sinkenden Eizellen-Qualität (vgl. Spiewak 2002: 52) hin zum eigenen „Repro-Kind“ (Diedrich, Kunz 2005: 83).

Wird Unfruchtbarkeit einmal diagnostiziert, gibt es in der Diagnose selbst noch unterschiedliche Abstufungen. So ist ein Mensch „subfertil“, wenn sie/er eingeschränkt zeugungsfähig ist (vgl. Spiewak 2002: 18). Paare, bei denen kein ausreichender Grund für ihre Sterilität gefunden werden kann, werden als „idiopathisch steril“ diagnostiziert (vgl. Spiewak 2002: 33; Weikert 1998: 83). Es gibt primäre Sterilität – wenn die Frau noch nie schwanger war – und sekundäre Sterilität – wenn bereits eine Geburt oder Fehlgeburt eingetreten ist (vgl. Hadolt, Lengauer 2003: 64). Eine Frau gilt als infertil, wenn eine Schwangerschaft in einem Abort endet, ein Mann, wenn er zeugungsunfähig ist (vgl. ebd.: 63).

3.2.1 „Morgen, Kinder, wird’s euch geben“ (Gärtner 2010: 146): Die *top zwei* Gründe für Unfruchtbarkeit heute

Die medizinischen Gründe für Unfruchtbarkeit sind vielfältig und von Paar zu Paar unterschiedlich. Ein oft genannter Hauptgrund für die steigende Unfruchtbarkeit *unserer* Zeit (vgl. Spiewak 2002: 49) ist das steigende Alter, in dem Paare Eltern werden – oder zumindest Eltern werden möchten (vgl. Diedrich, Kunz 2005: 20). „[...] wenn der Kopf endlich Ja sagt, sagt der Körper zunehmend Nein. Viele Frauen denken erst an die Familiengründung, wenn es die Natur kaum noch vorgesehen hat.“ (Spiewak 2002: 50) *Kinderkriegen* kommt in der Lebensplanung zunehmend nach Ausbildung, Karriere, Beziehung, Sicherheit, Wohlstand etc. und wird weit bis über das 30.²⁵ Lebensjahr hinaus verschoben. Mensch möchte sich die eigenen Kinder leisten können. Doch wenn es dann soweit ist, dass diese Idealbedingung eintritt, macht die *Diagnose unfruchtbar* häufig einen Strich durch die Rechnung. Der durchdachte Lebensplan scheitert am ausbleibenden Kinderglück. „Unfruchtbarkeit ist eine medizinische Diagnose – ihre Folge, die ungewollte

²⁵ Die Fruchtbarkeit sinkt bis 30 Jahre langsam, bis 35 etwas stärker und danach geht es jährlich steiler bergab (vgl. Spiewak 2002: 119).

Kinderlosigkeit, jedoch ein soziales und seelisches Problem.“ (ebd.: 103)

Weitere Faktoren, die die menschliche Fruchtbarkeit beeinträchtigen, sind wachsende Umweltverschmutzung und -verseuchung (vgl. Weikert 1998: 81). Die Aufgabe der NRT ist es nun, die Fruchtbarkeit auf das sich verändernde Umfeld anzupassen und einzustellen – nicht das Umfeld wird verändert, sondern die Bürger/innen. „Es muß betont werden, daß mittels der Neuen Fortpflanzungstechnologien eine nicht ungefährliche Behandlung an (gesunden) Personen vollzogen wird, die bis auf die Diagnose ‚Unfruchtbarkeit‘ – welcher Ursache auch immer, organisch oder psychisch – für eine derartige Behandlung keine weitere Indikation aufweisen.“ (ebd.: 76)

3.3 Die neuen Reproduktionstechnologien – Techniken im Detail

Unter Reproduktionstechnologien versteht mensch Technologien, die zu jeglicher Regulierung der (menschlichen) Fortpflanzung dienen.

In meiner Arbeit unterscheide ich zwischen ORT: Alten (Old) Reproduktionstechnologien, DIY: Do-It-Yourself-Zeugung, NRT: Neuen Reproduktionstechnologien und ART: Assistierte Reproduktionstechnologien.

Unter ORT verstehe ich einerseits jene Technologien, die Sexualität ohne Fortpflanzung ermöglichen, also vorrangig geburtenverhindernde, aber auch geburtenfördernde Technologien (vgl. Wolf 2006: 222); jedoch nur jene, die die Fortpflanzung nicht von der Sexualität trennen, also bei denen die Befruchtung DIY stattfindet. DIY bedeutet *natürliche* (vertraute) Fortpflanzung: Frau und Mann und Sex (vgl. Bock von Wülfigen 2007: 20). Dem gegenübergestellt sehe ich ART – die assistierte Reproduktion (vgl. Spiewak 2002: 74; Hadolt 2009: 41). Aus der Zusammenstellung: *Frau und Mann und Sex* wird: *Frau und Mann und Ärztin/Arzt* oder gar: *Eizelle und Spermium und Ärztin/Arzt*. „[...] procreation can happen without sex.“ (Bowlby 2007: 7) Bei den ART handelt es sich also um jene Technologien, die Fortpflanzung von Sexualität trennen, Fortpflanzung ohne Sexualität ermöglichen. ART sind eine Unterkategorie der NRT, denn bei ART handelt es sich nur um assistierte Zeugung, jedoch nicht um pränatale Diagnostik. NRT ist der Begriff für alle Verfahren der neuen Reproduktionstechnologien, also jene der Befruchtung sowie der Qualitätskontrolle, entweder in Kombination oder unabhängig voneinander. NRT trennt Fortpflanzung nicht unbedingt von Sexualität (in Form der ART ist dies jedoch natürlich der Fall). Sie (die NRT) umfassen also Methoden, die auch von werdenden Eltern

in Anspruch genommen werden können die DIY praktizierten. Beide, ART und NRT sind Prozesse betreffs der menschlichen Fortpflanzung, die ohne Expertinnen/Experten und außerhalb des Labors nicht durchführbar sind.

NRT ermöglichen es, in das menschliche Erbgut einzugreifen, es zu verändern, zu *verbessern*, etwaige Mutationen auszuschließen und in der Folge einen *gesunden* Genotypus²⁶ und einen *schönen* Phänotypus²⁷ zu schaffen.

In den folgenden Punkten beschreibe ich einige neue Reproduktionstechnologien. Ich beschränke mich hier (aufgrund des zahlreichen Angebots) auf die Qualitätstests – also auf Methoden, die dazu dienen, pränatal Keimzellen, Embryo und/oder Fötus zu testen. Da einige dieser Methoden – vor allem die Präimplantationsdiagnostik (PID) – bestimmte andere Verfahren der ART voraussetzen, werde ich auch diese erklären.

An dieser Stelle betone ich, dass ich, da es sich bei meiner Arbeit um eine kultur- und sozialanthropologische und nicht biotechnologische handelt, bezüglich der Beschreibung der einzelnen Techniken nicht in medizinische Details gehe (wobei das, meines Erachtens, für die Darlegung meiner Argumentation ausreicht). Eine technisch detailreichere Ausführung kann in den angegebenen Quellen nachgelesen werden.

3.3.1 Künstliche Insemination

„Die Insemination ist das artifizielle Einbringen von Samen in den weiblichen Genitaltrakt“ (Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 43) mit dem Ziel, das Sperma zum optimalsten Zeitpunkt so nahe wie möglich an die weibliche Eizelle heranzubringen. „Das heißt, die Strecke wird etwas abgekürzt und nur eine ausgewählte Mannschaft auf den Weg geschickt.“²⁸ (Spiewak 2002: 82)

Die künstliche Insemination gilt, technisch betrachtet, als relativ einfach, da sie nach Beschaffung des nötigen Katheters, mit dessen Hilfe der Samen in den Uterus eingeführt wird, von der Frau selbst und zu Hause vorgenommen werden kann (vgl. Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 43; Weikert 1998: 73).

Je nach Herkunft des Samens unterscheidet mensch zwischen zwei Arten der Insemination.

²⁶ Der Genotypus ist die genetische Anordnung der Zellen, sozusagen das Innenleben der Zellen (vgl. Gelbart, Griffiths, Lewontin, Miller, Suzuki, Wessler 2005: 9).

²⁷ Der Phänotypus ist das Resultat des Genotypus. Das genetische Innere zeigt sich im Aussehen des Menschen: dem Phänotypus (vgl. ebd.).

²⁸ Genauere Ausführungen zur Selektionsmethoden siehe 3.3.5.

3.3.1.1 Homologe Insemination:

Die homologe Insemination wird dann angewandt, wenn bei einem Paar der Mann subfertil ist, also bei dessen Sperma Störungen bezüglich Menge, Form, Beweglichkeit etc. vorliegen (vgl. Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 43). Die Befruchtung (falls eine zustande kommt) findet also mit dem Samen des Partners der Frau statt.

3.3.1.2 Heterologe Insemination:

Bei der heterologen Insemination wird, weil der Mann entweder steril, Träger einer schweren genetischen Krankheit oder nicht existent ist (im Falle von alleinstehenden Frauen oder homosexuellen Paaren mit Kinderwunsch), Spendersamen verwendet. Das kryokonservierte²⁹ Sperma eines Spenders wird aufgetaut und anschließend in den Genitaltrakt der Frau eingebracht (vgl. ebd.: 44).

Der homologen sowie der heterologen Insemination geht gegebenenfalls eine hormonelle Behandlung der Frau sowie eine Selektion des männlichen Samens voraus (vgl. ebd.: 43f).

3.3.2 In-vitro-Fertilisation (IVF)

„Die Reagenzglas-Befruchtung öffnet theoretisch wie praktisch einer Fülle von Anwendungen das Tor, sie lädt zum Basteln ein – auf der Basis des einfachen Modells einer im Prinzip freien Kombinatorik von Kern plus Kern plus Hülle.“ (Gehring 2006: 22) IVF wird verwendet, wenn aufgrund der Eizellen- und/oder Spermienqualität von Frau und/oder Mann nur eine geringe Chance der Schwangerschaft besteht. Sie öffnet der Reproduktionsmedizin zahlreiche neue Tore, unter anderem die Möglichkeit, gespendete Eizellen zu verwenden, die eigenen Embryonen von einer Leihmutter austragen zu lassen, Erbkrankheiten vorzubeugen, homosexuellen Paaren den Kinderwunsch zu erfüllen usw. „Erst die künstliche Befruchtung ließ Embryonen außerhalb des Mutterleibes entstehen. Seitdem können Mediziner sie beobachten und auswählen. Paare können sie spenden oder verwerfen und Wissenschaftler mit ihnen forschen oder sie manipulieren. Ob

²⁹ Kryokonservierung ist eine Technik, die es ermöglicht, menschliches Gewebe (unter anderem Keimzellen und Embryonen) einzufrieren, somit haltbar zu machen und über Jahre hinweg aufzubewahren (vgl. Hummel, Winkler 1994: 97). Leben kommt durch Kryokonservierung zum Stillstand, stirbt aber nicht ab (vgl. Spiewak 2002: 136).

Sameninjektion oder Präimplantationsdiagnostik, Stammzellenforschung oder Klonen: Die in-vitro-Fertilisation war die Voraussetzung für fast alle Kontroversen um die Biomedizin [...].“ (Spiewak 2002: 14)

In-vitro-Fertilisation bedeutet die Befruchtung der Eizelle außerhalb des Mutterleibes – also in-vitro. IVF ist, speziell für die Frau, ein sehr komplizierter Eingriff (vgl. Weikert 1998: 73). Um eine sogenannte Superovulation, also die Reifung mehrerer Follikel, zu bewirken, werden die weiblichen Eierstöcke durch tägliche Hormongaben (entweder mittels Tabletten oder Spritzen) stimuliert. Gleichzeitig wird der Zyklus durch regelmäßige Ultraschall-, Blut- und Urinuntersuchungen bewacht (vgl. Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 44). Der Eisprung wird schließlich, wenn die Follikel die richtige Größe erreicht haben, durch eine weitere Hormonspritze, die sogenannte Auslöserspritze, verursacht (vgl. Diedrich, Kunz 2005: 92). Nun können die Eier *geerntet* werden (vgl. Spiewak 2002: 65). „Prinzipiell gilt: Je mehr Eizellen heranreifen, umso besser.“ (Weikert 1998: 74) Die *Eierernte* passiert mithilfe der Vaginalen Ultraschallpunktion (vgl. Hadolt, Lengauer 2003: 73). Bei diesem Verfahren wird eine Punktionsnadel begleitet von einem stabförmigen Ultraschallkopf zum Eierstock geführt, um dort, durch die Scheidenwand hindurch die Follikel anzustechen und die Flüssigkeit mitsamt der Eizellen abzusaugen. Während der Punktion ist die Frau gar nicht, teil- oder vollnarkotisiert (vgl. Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 44). Zeitgleich masturbiert der Mann im sogenannten Masturbatorium der Klinik (so Cappy Rothman, Direktor einer Sperma-Bank in *Frozen Angels* 2005, Übersetzung der Autorin). „Etwa zwei bis vier Stunden nach der Eizellenentnahme kommt es dann zur eigentlichen IVF: Dabei wird das aufbereitete Sperma im Inkubator mit den Eizellen zusammengebracht, wobei pro Eizelle um die 100.000 bewegliche Spermien verwendet werden.“ (Hadolt, Lengauer 2003: 75) Der nächste Schritt bleibt ganz der Natur überlassen: *die Zeugung*. Nun müssen die *Eier im Glas* von dem *selektierten Sperma* befruchtet werden. Im Grunde bedeutet IVF also Zeugung durch Operation für die Frau und Masturbation für den Mann anstelle von Geschlechtsverkehr (vgl. Diedrich, Kunz 2005: 93). „Der eine liegt im Bett, halb betäubt von der Narkose und der andere blättert lustlos in einer Zeitung herum. Ich weiß nicht, was das für ein Zeugungsakt ist.“ (Wellmann zit. in Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 100)

Findet eine Befruchtung statt, können die Embryonen frühestens nach 24 Stunden (sie befinden sich dann im Zwei- bis Vierzellstadium) in die Gebärmutter transferiert werden. Es wird jedoch eine längere Wartezeit bevorzugt, da zu einem späteren Zeitpunkt (bei

einer in-vitro-Entwicklung bis ins Blastozystenstadium) das Entwicklungspotenzial der einzelnen Embryonen bereits erahnbar ist und somit nur die *besten* für den Transfer ausgesucht werden können (vgl. Hadolt, Lengauer 2003: 75f).

Anschließend wird je nach gesetzlichen, gesellschaftlichen und/oder persönlichen ethischen Vorstellungen eine bestimmte Anzahl an Embryonen transferiert (vgl. Weikert 1998: 75). Die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft steigt mit der Anzahl der transferierten Embryonen. Gleichzeitig steigt damit jedoch auch das Risiko einer Mehrlingsschwangerschaft, die für Mutter und Kind(er) gefährlich sein kann (vgl. Spiewak 2002: 130f; Weikert 1998: 75).

Mittlerweile feierte Louise Brown, das weltweit erste Retortenbaby, ihren 31. Geburtstag³⁰ (vgl. Mense 2004: 149; Spiewak 2002: 59; Weikert 1998: 85), IVF wurde zu einer Routinebehandlung der NRT (vgl. Bentley, Mascie-Taylor 2000: 24) und Voraussetzung für zahlreiche Folgebehandlungen und -untersuchungen. Trotzdem handelt es sich noch immer um ein risikoreiches Verfahren mit zahlreichen möglichen Nebenwirkungen für Patientin und (potenzielles) Kind³¹.

3.3.3 Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

In der Reproduktionsmedizin geht es primär um die Befruchtung, um das Eindringen der Samenzelle in die Eizelle und um deren Verschmelzung (vgl. Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 99).

Das *berühmte* Bild, auf dem mit einer Nadel die Schale der Eizelle durchdrungen wird, um ein Spermium in sie zu injizieren – *das* zeigt ICSI. ICSI verkörpert anhand dieser Illustration die NRT in den Medien und prägt zunehmend *unser* Verständnis von Befruchtung, Verschmelzung, Zeugung – von dem möglichen Beginn von Leben.

Der Behandlungsvorgang ist einschließlich der Punktion ident mit jenem der IVF. Der einzige Unterschied besteht darin, dass nur ein Spermium mittels einer Mikropipette durch die äußere Eihülle direkt in die Eizelle injiziert wird, anschließend findet der Embryotransfer statt (vgl. ebd.: 46). „ICSI ist die am wenigsten natürliche Form der Zeugung. Es wird diskutiert, ob durch den direkten Eingriff in die Natur komplizierte Wechselbeziehungen und die biologische Selektion außer Kraft gesetzt wird.“ (Diedrich,

³⁰ Louise Brown wurde am 25. Juli 1978 von ihren Eltern Lesley Brown und Gilbert Brown und ihren Ärzten Patrick Steptoe und Robert Edwards *geboren* (vgl. Spiewak 2002: 58; Weikert 1998: 85).

³¹ Zu den möglichen Nebenwirkungen zählen unter anderem: Infektionen, Unfruchtbarkeit, vaginale Blutungen, Überstimulation der Eierstöcke usw. (vgl. Pichlhofer 2000: 30).

Kunz 2005: 67) Aufgrund der gezielten Auswahl eines *guten* Spermiums schaltet ICSI die natürliche Auslese aus (vgl. Spiewak 2002: 144), bietet jedoch sterilen Männern eine Möglichkeit, sich trotz ihrer Krankheit fortzupflanzen (vgl. Bentley, Mascie-Taylor 2000: 24). Dennoch müssen die Frauen die langwierigen Behandlungen von Hormonspritzen etc. über sich ergehen lassen, um ICSI zu ermöglichen.

Derzeit verkörpert IVF in Verbindung mit ICSI das *Nonplusultra* der NRT und scheint jede und jeden – wie unfruchtbar auch immer – zu biologischen Elternteilen zu machen (vgl. Hadolt, Lengauer 2003: 130).

3.3.4 „Willst du mit mir Gen?“ (Weber 2010: 122) Kreuze an: Ja / Nein / Nur in-vitro!

Bevor der potenzielle Mensch gedacht wird, stehen die potenziellen Eltern auf dem biologischen Prüfstand. Sie sind die Patientinnen und Patienten der NRT. Sie sind unfruchtbar, ihre Körper sind unfähig sich fortzupflanzen, ihre Keimzellen sind von unzureichender Qualität oder schlichtweg alt. Wenn die Eltern in spe aufgrund ihrer medizinischen oder sozialen Situation auf Spendereizelle und/oder Spendersamen und/oder Leihmutter angewiesen sind, soll die benötigte Keimzelle oder Gebärmutter nicht einfach nur irgendeine Keimzelle oder irgendeine Gebärmutter sein. Spenderin und Spender sollen die allerbesten genetischen Voraussetzungen für den zukünftigen Nachwuchs bieten und wollen daher überlegt ausgewählt sein. „Die Zerstückelung des Menschen entsprechend seiner zum Fortpflanzungsprozeß nötigen Funktionen greift tief. Nicht Ei- oder Samenzellen sollen für die Art und Weise des Nachwuchses verantwortlich sein, sondern die Gene schlechthin werden zum Maßstab der Qualität von Leben. Eine Qualität, die das gesamte Leben, von der Geburt bis zum Tode, betrifft und beeinflusst.“ (Weikert 1998: 95) Das „bewusste menschliche Selbstdesign“ (Radiosprecher und Direktor einer Leihmütter- und Eizellenspenderinnenagentur Bill Handel in *Frozen Angels* 2005, Übersetzung der Autorin) beginnt mit einer sorgfältig durchdachten Selektion der Spender/innen – die natürliche Selektion wird zur *verstaubten* DIY Methode. „Natürliche Selektion betreibt der Mensch, seit er existiert – indem er seine Sexualpartner wählt. Doch heute nehmen wir unsere Evolution auf eine Weise selbst in die Hand, wie es nie zuvor der Fall war: durch Präimplantationsdiagnostik, Genmanipulation und die Verschmelzung von Mensch und Maschine.“ (Breuer 2009: 79)

Wie schon erwähnt, kann ein Kind heute bis zu fünf Elternteile haben (siehe 2.3.2). Die

gespaltene Elternschaft kommt durch die Spende von Körpersubstanzen oder die Vermietung von Körperteilen (im Falle einer Leihmutterschaft) zustande. So kann es eine gebärende Mutter³², eine genetische Mutter³³ und eine soziale Mutter³⁴, einen genetischen Vater³⁵ und einen sozialen Vater³⁶ geben. Prinzipiell suchen die Konsumentinnen und Konsumenten der NRT Spenderinnen und Spender, die ihnen ähneln, um ein äußerlich wie auch charakterlich kompatibles Kind zu bekommen. Am Ende gewinnt jedoch immer der/die attraktivere Spender/in (vgl. Frozen Angels 2005).

„Donor 11422 must have stepped out of some girl’s dream! Sensitive, generous, and intellectual, his personal ambitions focus on creating a loving family and he describes himself as a genuinely happy person.“³⁷

„[...] Donor 2445 is already working as a physicist [...]. In danger of being called an egghead for his tall forehead, this donor is competitive in dancing, rowing, and ultimate Frisbee, and enjoys backpacking, cooking, and foreign travel. He’s 5’10/153 Ibs, with curly brown hair. His heredity is German, Scottish, Irish, and Welsh.“³⁸

Angefangen bei Haarfarbe, Haartextur, Augenfarbe, Hautfarbe, Körpergröße über Blutgruppe, Abstammung, ethnischer Ursprung, Ausbildung bis hin zur Religion reichen die Kriterien bei dem online „advanced search“³⁹ nach dem passenden Samenspender auf der Homepage der California Cryobank – der weltweit größten Spermbank (vgl. Frozen Angels 2005).

„Die Fremdsamenspende ist das einfachste, preiswerteste und älteste reproduktionsmedizinische Verfahren von allen.“ (Spiewak 2002: 190) Im Unterschied dazu sind Eizellen nicht so einfach verfügbar, da die Herausgabe von Eizellen immer mit einem medizinischen Eingriff und physischen wie psychischen Risiken für Spenderin und Empfängerin einhergeht (vgl. Pichlhofer 2000: 30).

„Cute, cute, cute, C comes from an active family and you’ll have to run to catch up with her. Her parents are very educated and she shows academic skills as well. C is self assured

³² Die gebärende Mutter trägt das Kind aus, ist also biologisch, jedoch nicht genetisch mit ihm verwandt. Die gebärende Mutter ist keine Leihmutter im eigentlichen Sinne. Wenn die Frau nicht genetisch mit dem Kind verwandt ist, sondern es nur austrägt, nennt man das Leihschwangerschaft, während eine Leihmutter auch genetisch mit dem Kind verwandt ist, also gleichzeitig die Eizelle spendet.

³³ Die genetische Mutter spendet die Eizelle und ist somit genetisch mit dem Kind verwandt.

³⁴ Die soziale Mutter hat keine biologische Verbindung zu dem Kind, zieht es jedoch auf.

³⁵ Der genetische Vater spendet den Samen.

³⁶ Der soziale Vater hat, wie die soziale Mutter, keine biologische Verbindung zum Kind, sondern zieht es nur auf.

³⁷ California Cryobank: Donor 11422

³⁸ California Cryobank: Donor 02445

³⁹ California Cryobank: advanced search

and loves to do volunteer work. She has a great wit and laughs a lot...can you laugh too much? Amiable, approachable, with a touch of eccentricity. C is a person who would rather give than get.“⁴⁰

C ist eine Eizellenspenderin, ein *Engel* des Egg Donor Programs von Shelley Smith, Leiterin einer Agentur für Eizellenspende und Leihmutterschaft in den USA⁴¹. Hier werden Spenderinnen und Empfängerinnen zusammengebracht. Basierend auf online abrufbaren Kurzprofilen in Verbindung mit körperlichen Merkmalen und einem strategisch gutem Foto können sich mögliche Kundinnen und Kunden eine Spenderin aussuchen, um später mit ihrer Hilfe schwanger zu werden.

„People give clothes to good will. People give cars to charity. I – give eggs.“ (Eizellenspenderin in *Frozen Angels* 2005) Der karitative Gedanke, dem die Eizellenspende grundsätzlich unterliegt, wird zunehmend von ökonomischen Faktoren verdrängt. Angeblich können schöne, große, blonde Studentinnen einer Eliteuniversität bis zu 50.000 Dollar (pro Spende!) mit ihren Eiern verdienen. Eine Gage, die die üblichen 5.000 Dollar um einiges übertrifft (vgl. Pichlhofer 2000: 32) und gleichzeitig aber auch den Engpass an Eizellen zeigt, denn die Nachfrage steigt schneller als das Angebot. „Are you the kind of woman that could make another woman pregnant?“ (Edwards 1999: 55) Mit solchen Werbeslogans versuchen „Kinderwunsch-Zentren“ (Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 89) Frauen zur Eizellenspende zu rekrutieren.

Ähnlich begehrt sind Leihmütter. Eine Leihmutter vermietet ihre Gebärmutter für den Zeitraum der Schwangerschaft, um das Kind eines unfruchtbaren Paares (oder der unfruchtbaren Frau/des unfruchtbaren Mannes) auszutragen. „A surrogate mother has the opportunity to be pregnant again, as well as the chance to do something that will make a difference to the lives of a couple. A difference that will last beyond all our lifetimes.“⁴²

Ganz nach dem Credo: „Mein Bauch gehört dir“ (Spiewak 2002: 178) bewohnt für eine Miete von rund 15.000 bis 30.000 Dollar⁴³ (vgl. Leihmutter in *Frozen Angels* 2005) ein *fremdes Kind* den Uterus der Leihmutter – wobei das Kind nur bedingt fremd ist, denn oft ist die Leihmutter auch die Eizellenspenderin.

Samenspender, Eizellenspenderinnen und Leihmütter werben für sich und werden von den potenziellen Eltern ihrer Keimzellen umworben. Während diese nach den perfekten Genen

⁴⁰ The Egg Donor Program: DonorID 24480 – diese Homepage ist nur mit gültigem Usernamen und Passwort abrufbar.

⁴¹ The Egg Donor Program: about us

⁴² Center for Surrogate Parenting, Inc.: Surrogate Mother; Welcome to CSP

⁴³ vgl. Center for Surrogate Parenting, Inc.: Surrogate Mother; Financial Considerations

für ihre Nachkommen suchen, suchen die Spenderinnen und Spender nach den besten Eltern für ihre Gene. „Aus der Sorge um den Stammbaum wurde die Besorgnis um die Vererbung.“ (Foucault 1983: 122) Schließlich wird nach einer gründlichen Prüfung der jeweiligen Fortpflanzungspartnerin/des jeweiligen Fortpflanzungspartners entschieden, wer mit wem *GENt*.

3.3.5 Qualitätstests: Pränatale Diagnostik (PND)

„So wie die Natur Missstände schafft, indem sie auf ungerechte Weise Menschen mit unterschiedlichen Qualitäten ausstattet, so gibt sie uns auch die Möglichkeit an die Hand für Gerechtigkeit zu sorgen und diese Ungerechtigkeit auszugleichen.“ (Stock 2000, zit. in Bock von Wülfigen 2007: 142) Diese Möglichkeit heißt Pränataldiagnostik.

Prinzipiell gilt, dass sich werdende Mütter und Väter nicht *nur* ein Kind, sondern ein gesundes Kind wünschen. Dieser Wunsch ist nachvollziehbar: Welche Eltern wünschen sich kein gesundes Kind? Auch Eltern die DIY schwanger wurden, sind Konsumentinnen und Konsumenten der PND und oft bleibt das Kind, bis seine Qualität nachgewiesen ist, zur Disposition gestellt (vgl. Weikert 1998: 114).

Falls ein Befund unzureichende Qualität des Ungeborenen diagnostiziert, dieses evtl. behindert auf die Welt kommen könnte, besteht die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs. „The medical shaping of pregnancy surveillance today involves prenatal diagnostics, which permit eugenic-genetic selection and the elimination of a foetus diagnosed as disabled or defective up until the moment of birth.“ (Wolf 2006: 230) Bei Kinderwunschpatientinnen und Kinderwunschpatienten entsteht hier ein merkwürdiger Widerspruch. Einerseits ist das Verlangen nach eigenem Nachwuchs so groß, dass mensch sich z. T. gesundheitsschädlichen Behandlungen unterwirft. Andererseits wird das Kind, sollte es der Norm nicht entsprechen, meist nicht geboren. Lässt es sich mit der menschlichen Würde vereinbaren, ein Leben erst zu zeugen, um es nach einer genetischen Untersuchung für existenz- und entwicklungsunwürdig zu erklären (vgl. Kollek 2000, zit. in Habermas 2001: 40)?

Oft lassen unfruchtbare Paare die Qualität ihres (möglichen) Kindes nicht nur pränatal sondern auch präkonzeptiv testen (wobei an dieser Stelle erwähnt werden muss, dass bestimmte Tests automatisch von der Klinik durchgeführt werden – die Konsumentinnen und Konsumenten hierauf also keinen Einfluss haben). Voraussetzung für präkonzeptive Qualitätskontrollen sind ART. „Gleich nach deren Gewinnung findet die erste Beurteilung

der Keimzellen statt. Die Qualität der Follikelflüssigkeit sowie des Spermas wird vor der Befruchtung im Labor geprüft.“ (Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 45) Einerseits ist diese Selektion der *besseren Zellen* ein *logischer* medizinischer Vorgang, denn „[d]ie Hauptrolle dafür, ob eine Frau schwanger wird, spielt der Embryo selbst. Ist er von sehr guter Qualität, liegt die Chance auf ein gesundes Baby wesentlich höher als die durchschnittlichen Raten“ (Diedrich, Kunz 2005: 72). Doch oft steckt mehr als bloße medizinische Logik hinter der Auswahl. Pränatale Tests bewerten nicht ausschließlich die biologische Qualität, sondern auch die *Lebensqualität* der Zellen: Welches Erbmateriale verspricht ein gesundes, erfolgreiches, glückliches Leben? „Gesundheit ist nicht mehr die bloße Abwesenheit von Krankheit, sondern heißt Glück und Erfolg. Der Umkehrschluß lautet, ohne Gesundheit gibt es keines von beiden. Kranke können nicht glücklich sein oder werden, womit ihnen der Erfolg versagt bleibt.“ (Weikert 1998: 169)

In der Folge stelle ich einige Qualitätstests vor. Alle diese Verfahren finden pränatal statt. Ich teile die Methoden in jene, die in-vivo (also im Mutterleib) stattfinden – und diese wiederum in nicht-invasive Untersuchungen, die außerhalb des Uterus der Frau durchgeführt werden, und invasive Untersuchungen, die das Öffnen der Fruchthöhle erfordern (vgl. Wagner 2009: 27) – und in jene, die in-vitro, entweder vor der Konzeption oder vor der Implantation, *im Glas* stattfinden.

3.3.5.1 PND in-vivo

3.3.5.1.1 Nicht-invasive Methoden:

Die Ultraschalluntersuchung⁴⁴ ist eine nicht-invasive in-vivo Methode der PND, die heute einen festen Bestandteil der routinemäßigen Schwangerschaftskontrolluntersuchung bildet (vgl. Wagner 2009: 27; Weikert 1998: 106). Das sogenannte „Baby-Fernsehen“ (Wagner 2009: 28) „dient [...] nicht unbedingt der genauen Diagnose eines Befundes, sondern vielmehr der Bestätigung der Schwangerschaft, der Lagebestimmung von Baby und Plazenta sowie der Suche nach Auffälligkeiten als Indikation für weiterführende Untersuchungen“ (vgl. Rösner 1999, zit. in ebd.).

Ultraschall ermöglicht unter anderem die Nackenfaltenmessung, eine weitere nicht-invasive Methode. Von einer vergrößerten Nackenfalte des Fötus kann auf Chromosomanomalien und andere Fehlbildungen geschlossen werden (vgl. Spiewak 2002:

⁴⁴ Neben der üblichen Ultraschalluntersuchung gibt es noch andere Arten wie z. B. den Feinultraschall (Organscreening), die Doppelsonographie und den 3D- und 4D-Ultraschall (vgl. Wagner 2009: 29f).

215; Wagner 2009: 28).

Auch mittels einer Blutuntersuchung kann die Wahrscheinlichkeit einer Behinderung des Fötus erhoben werden. Basierend auf bestimmten Hormonwerten des mütterlichen Blutes im Zusammenhang mit weiteren Informationen wie die Schwangerschaftsdauer etc. wird rechnerisch das individuelle Risiko einer Anomalie des Kindes ermittelt (vgl. Wagner 2009: 31; Weikert 1998: 111).

3.3.5.1.2 Invasive Methoden:

Invasive Methoden bedeuten im Unterschied zu den nicht-invasiven Methoden einen für Mutter und Kind wesentlich riskanteren Eingriff. Nicht selten ist der Eingriff allein bereits ausschlaggebend für gesundheitsgefährdende Folgeerscheinungen oder eine Fehlgeburt (vgl. Wagner 2009: 45).

Eine der gängigsten invasiven Methoden ist die Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung). Dabei wird „mit einer Punktionsnadel unter örtlicher Betäubung durch Bauchdecke und Uterusmuskulatur gestochen, um etwa 20 bis 25 ml Fruchtwasser abzusaugen“ (Weikert 1998: 108). Seit den 1970er Jahren wird dieses Verfahren routinemäßig vor allem bei *älteren*⁴⁵ Schwangeren durchgeführt (vgl. Wagner 2009: 35). Die Amniozentese ermöglicht es, anhand der Chromosomenanalyse die Struktur und Anzahl der Chromosomen zu ermitteln und somit Geschlecht sowie eventuelle Anomalien festzustellen (vgl. ebd.). Zwischen der Untersuchung und der Vorlage des Befunds liegt ein Zeitraum von ca. zwei bis drei Wochen (vgl. Institut für Humangenetik. Amniozentese, 2009 zit. in ebd.: 35).

Bei der Chorionzottenbiopsie oder Chorionbiopsie wird eine Gewebeprobe aus der Plazenta entnommen (vgl. Spiewak 2002: 213). Sie liefert so wie die Amniozentese Hinweise über mögliche Chromosomenveränderungen (vgl. Wagner 2009: 37).

Die Nabelschnurpunktion (Needling) ist eine invasive Methode, die nur selten angewandt wird, weil sie technisch anspruchsvoll und sehr risikoreich ist. Bei diesem Verfahren wird der Frau unter örtlicher Betäubung eine Nadel durch die Bauchdecke gestochen, um dem Fötus eine Blutprobe entweder aus der Nabelschnur oder aus der Herzkammer zu entnehmen (vgl. Wagner 2009: 39f; Weikert 1998: 112). Sie soll Hinweise auf etwaige Chromosomenveränderungen sowie auf eine mögliche Infektion, Blutanämie oder Blutgruppenunverträglichkeit liefern (vgl. Wagner 2009: 40).

⁴⁵ Älter bedeutet hier ab dem 35. Lebensjahr der werdenden Mutter oder ab einem gemeinsamen Alter beider Elternteile von über 70 Jahren (vgl. Wagner 2009: 35).

Schließlich erwähne ich noch die Fetoskopie oder Embryoskopie. Hierbei wird durch Endoskop, Lichtquelle und Mikrooptik Licht ins Dunkel der Gebärmutter gebracht. Die Geräte werden mithilfe einer Hohlnadel durch die Bauchdecke der Frau eingeführt und dienen der Betrachtung des Ungeborenen aus nächster Nähe, um bestimmte Hautkrankheiten feststellen oder eine Blutentnahme durchführen zu können (vgl. Wagner 2009: 41; Weikert 1998: 111).

Eine PND in-vivo kann von allen werdenden Müttern (von jenen die DIY sowie von jenen die durch ART schwanger wurden) in Anspruch genommen werden. Generell sind die nicht-invasiven Methoden für das ungeborene Kind ungefährlicher als die invasiven. Einen sicheren Befund können weder die einen noch die anderen geben. „Zwar erlaubte auch die (genetische) Pränataldiagnostik (PND) die Unterscheidung zwischen ‚erwünschten‘ und ‚unerwünschten‘ Embryonen/Föten und damit deren Selektion und ‚Verhinderung‘ von Behinderung. Die Testmöglichkeiten und die Aussagekraft der Befunde bleiben jedoch zunächst auf einige wenige Krankheiten/Behinderungsformen beschränkt.“ (Hadolt 2009: 10)

Die Diagnosen reichen von gesund über Erkrankungen, die bereits pränatal behandelbar sind, zu Fehlbildungen, die sich postnatal korrigieren lassen, zu Fehlbildungen, die postnatal therapier-, aber nicht heilbar sind, sowie zu Chromosomenveränderungen, die nicht therapierbar sind, bis schließlich zu Fehlbildungen oder Chromosomenveränderungen, die das Leben postnatal nur kurz erlauben (vgl. Wagner 2009: 42). Dabei handelt es sich aber durchgehend nur um Schätzungen. Denn die PND in-vivo baut lediglich auf Erfahrungswerten, Statistiken und Wahrscheinlichkeiten auf – sicher ist eine PND also nie. Daher ist es fragwürdig, ob sie die Gefährdung von Mutter und Kind überhaupt rechtfertigt.

3.3.5.2 PND in-vitro: Die Präimplantationsdiagnostik (PID)

PID ist eine Diagnostik der Keimzellen oder des Embryos, die es erlaubt, dessen genetische Eigenschaften vor dem Transfer in die Gebärmutter zu untersuchen (vgl. Hadolt 2009: 1). Sie ermöglicht Kinderwunschpatientinnen und Kinderwunschpatienten einen Abort in-vitro (vgl. Bentley, Mascie-Taylor 2000: 34), falls die Zellen bzw. die Gene der gewünschten Qualität nicht entsprechen.

Während Spermien zur Qualitätskontrolle meist einfach durch die Masturbation des

Mannes gewonnen werden können⁴⁶, müssen sich Frauen für die Eizellgewinnung immer einer Hormonbehandlung und einer anschließenden Punktion unterziehen (vgl. Weikert 1998: 73). Im Labor kann die Untersuchung vor dem Embryonentransfer entweder vor der Befruchtung (also präkonzeptiv) oder danach durchgeführt werden.

3.3.5.2.1 Präkonzeptionstechniken:

Weibliche und männliche Keimzellen lassen sich schon im Vorkernstadium⁴⁷ auf ihre Qualität testen (vgl. Spiewak 2002: 126).

Immer schlechter steht es heutzutage um die männliche Fruchtbarkeit⁴⁸ (vgl. Weikert 1998: 80). Die „Sperma-Krise“ (Diedrich, Kunz 2005: 22) ist mittlerweile schon weit fortgeschritten und „[...] Wissenschaftler finden immer weniger Spermien, die richtig geformt sind und sich auch schnell fortbewegen können“ (Weikert 1998: 80).

Um in-vitro mobiles von trägem Sperma zu trennen, gibt es die sogenannte „Swim-up-Methode“ (Hadolt, Lengauer 2003: 74). „Dafür wird der gewonnene Samen ‚gewaschen‘, also von allen anderen Sekreten befreit. Um die immobilen Spermien auszusondern, wird das gereinigte Ejakulat anschließend in einem Kulturmedium zentrifugiert. Nur die beweglichen Samenfäden schwimmen nach oben und können abgesaugt werden.“ (Spiewak 2002: 82)

Weitere Verfahren zur Spermaselektion sind die Percoll-Dichtegradientenzentrifugation, das Sperm-select-Verfahren oder die Glaswollfiltration. Wie die Swim-up-Methode dienen sie alle der Aufbereitung des Ejakulats für eine anschließende Insemination, IVF oder ICSI (vgl. Hadolt, Lengauer 2003: 74).

Die Polkörperdiagnostik ist eine präkonzeptionelle Diagnostik, die die Eizelle betrifft. Die Eizelle stößt im Zuge der Reifeteilung beim Eisprung einen Chromosomensatz ab. Diese sogenannten Polkörper haben keine Funktion mehr und sind Abfallprodukte, die an der Außenhaut der Zelle gelagert werden. Sie tragen die gleiche genetische Information wie

⁴⁶ Wenn das nicht möglich sein sollte, kann eine MESA (mikrochirurgische epididymale Spermienaspiration) oder TESE (testikuläre Spermienextraktion) durchgeführt werden. MESA ist eine operative Methode, bei der unter Vollnarkose mithilfe einer Nadel Spermien aus Hoden oder Nebenhoden gesaugt werden. Bei TESE wird unter Betäubung ein Stück Hodengewebe herausgeschnitten. Es sind dies die einzigen Methoden, bei denen sich der Mann einem operativen Eingriff unterziehen muss (vgl. Diedrich, Kunz 2005: 67 sowie Spiewak 2002: 92). Falls gewünscht (und gesetzlich zugelassen) können diese Eingriffe auch in einem gewissen Zeitraum postmortal stattfinden (vgl. Frozen Angels 2005).

⁴⁷ Im Vorkernstadium sind die Zellkerne von Ei- und Samenzelle noch nicht vereint (vgl. Spiewak 2002: 126).

⁴⁸ „Während vor 60 Jahren noch die durchschnittliche Spermazahl bei 100 Millionen pro Milliliter und vor 20 Jahren bei 60 Millionen lag, gelten seit den späten 80er Jahren schon 40 Millionen als Norm.“ (Weikert 1998: 80)

die Eizelle und werden daher auf ihre genetischen Eigenschaften hin untersucht (vgl. Hadolt 2009: 3; Spiewak 2002: 176).

Bei der Polkörperdiagnostik entstehen keine ethischen Probleme, da anstelle des Embryos das Abfallprodukt (die Polkörper) untersucht wird. Ihr Nachteil ist jedoch, dass lediglich die Gene der Mutter geprüft werden, nicht die des Vaters (vgl. Hadolt 2009: 3). Deshalb wird die Polkörperdiagnostik nur in Ländern angewandt, in denen PID nach der Befruchtung verboten ist.⁴⁹

3.3.5.2.2 PID des Embryos:

Grundsätzlich gilt ein späterer Transferzeitpunkt des Embryos als günstiger, da sich dabei bereits ein gewisser Entwicklungstrend bei ihm abschätzen lässt.

Für die befruchteten Embryonen gibt es eine Punktetabelle. Pluspunkte sammeln kann ein Embryo aufgrund von äußeren Aspekten (Größe und Symmetrie, Zahl der Zellen, Brüche in der Struktur, Dicke der Haut und Schutzschicht um den Embryo) (vgl. Diedrich, Kunz 2005: 108) und inneren Aspekten (Gentest).

Bei der Blastozystenbiopsie werden die inneren Aspekte erhoben. Dabei wird dem befruchteten Embryo im Blastozystenstadium eine Zelle abgesaugt, um deren genetische Information auf Anomalien zu testen (vgl. Hadolt 2009: 3; Spiewak 2002: 162). Schließlich gewinnt der Embryo mit den meisten Punkten einen Platz im Uterus (vgl. Diedrich, Kunz 2005: 108).

Diese Form der PID ist medizinisch aussagekräftiger als die Polkörperdiagnostik, weil das Erbgut von Mutter *und* Vater untersucht wird (vgl. Hadolt 2009: 3). Im Unterschied zu pränataler Diagnostik, die in-vivo stattfindet, ist die PID zwar genauer und transparenter betreffs des Befindens des Ungeborenen, keinesfalls jedoch eine Garantie für ein gesundes oder krankes Kind. Die PID ist nicht perfekt (vgl. Zwischen Klapperstorch und Retorte 2007).

3.3.5.3 PND positiv: Wenn Wahrscheinlichkeit über Leben und Tod entscheidet

Mittlerweile gehört „Pränataldiagnostik zur Schwangerschaft wie der Geburtsvorbereitungskurs und das Einrichten des Kinderzimmers“ (Spiewak 2002: 12f). PND und PID sind trotzdem mit äußerster Vorsicht zu genießen, da die Diagnosen keine gesicherten Befunde stellen, sondern nur eine Wahrscheinlichkeit, ein Risiko aufzeigen.

⁴⁹ So u. a. in Österreich (vgl. Hadolt 2009: 8) (siehe 5.4.2).

„Absolute Sicherheit für ein gesundes Kind gibt es nicht, bestenfalls Wahrscheinlichkeiten, ausgedrückt in Prozentzahlen.“ (Weikert 1998: 115) Basierend auf Anomalien von äußeren und inneren Eigenschaften der Keimzellen und/oder des Embryos kündigen Expertinnen und Experten eine mögliche Krankheit an. Ob und wann im Leben des potenziellen Menschen diese auftritt, ist ungewiss.⁵⁰ „Even when a gene sequence is identified that makes it certain that an individual will develop a disease, there is no certainty as to when it will manifest itself, or with what severity.“ (Rose 2001: 12)

PND (oder PID) positiv – also wenn die genetische Veranlagung für eine Krankheit spricht – bedeutet in den meisten Fällen Abtreibung. Diese geschieht größtenteils unreflektiert, weil die Entscheidung für oder gegen das *eventuell kranke* Kind nach der Diagnose sehr schnell getroffen werden muss, da eine frühe Abtreibung medizinisch *einfacher* und ethisch vertretbarer scheint (vgl. Bentley, Mascie-Taylor 2000: 34).

Eltern möchten die *Bürde* eines behinderten Kindes nicht auf sich nehmen. Die Option, diese Last noch in-vitro auszuschließen, scheint darum immer lukrativer, vor allem, weil die Entscheidung gegen ein *krankes Kind* paradoxerweise für dieses Kind getroffen wird, um dem Kind, das „zu einem schrecklichen Leben verurteilt wäre oder innerhalb weniger Jahre sterben müsste“ (Gotter 1990, zit. in Weikert 1998: 99), *dieses Leben zu ersparen*.

PND und PID stellen den Wert, ja sogar die Berechtigung des Lebens von kranken und behinderten Menschen in Frage (vgl. Hadolt 2009: 38). „Solange der Wert des Lebens diskutiert wird, bleibt die Lebensqualität auf der Strecke. Mit dem Fortschritt der medizinischen Technik sind Menschen mit Behinderung wieder gezwungen, ihre eigene Existenz zu rechtfertigen.“ (Primig 2004, zit. in ebd.)

Krankheit und Behinderung bedeuten in *unserer* Gesellschaft immer Schaden und Leid – Leid, das mensch niemandem mehr zumuten möchte und in jedem Fall verhindert werden *muss*. Doch hier stellt sich die Frage, ob Krankheit und Behinderung zum Teil nicht für die Betroffenen, sondern für die Mitmenschen verhindert wird. Denn, was ist schlimmer: Behindert zu sein oder Behinderung sehen zu müssen? „Mitleid wird zum Selbstmitleid, das jeweilige Leiden des anderen für einen selbst unerträglich. Also nicht das Leiden des anderen entpuppt sich als eigentliches Problem, sondern daß es für einen selbst unerträglich wird. Aber was für den einen unerträglich ist, muß für den anderen nicht gleichermaßen sein.“ (Weikert 1998: 154)

Infolge von Qualitätstests und den darauf folgenden Selektionsverfahren der NRT urteilen

⁵⁰ Keine Diagnose ist endgültig, nicht einmal jene von scheinbar *eindeutigen Chromosomenanomalien* wie z. B. Trisomie 21 oder das Fragile X-Syndrom.

Expertinnen und Experten gemeinsam mit den potenziellen Eltern über das Wohlbefinden des ungeborenen Kindes. Doch Wohlbefinden ist immer (!) ein individuell empfundener Zustand (vgl. Bock von Wülfigen 2007: 251). Wie kann mensch für andere entscheiden, ob es ihr/ihm gut geht – ob ihr/sein Leben lebenswert ist?

Potenzielles Leben wird vorsichtshalber prophylaktisch krank gemacht, Krankheit somit vorgebeugt, und das basierend auf einer Wahrscheinlichkeit. „Das den erwünschten Gütekriterien nicht entsprechende Un-Normale kann nun, ganz im Gegensatz zu den Euthanasie-Exzessen früherer Zeiten, völlig unspektakulär und klinisch sauber mittels molekularbiologischer Selektion oder pränataler Eingriffe entsorgt, beziehungsweise durch die bereits praktizierten neuen Reproduktionstechnologien vermieden werden.“ (Mattner 2001: 28f)

PND und PID kann aber auch *positive Selektion* bedeuten. Das heißt, dass nicht nur jene Embryonen, die sich qualitativ schlechter entwickeln, sondern auch jene, die sich besonders gut entwickeln, identifiziert werden können (vgl. Kollek 2000, zit. in Spiewak 2002: 168). Folglich werden die *besonders guten* Eizellen und Spermien für die Befruchtung verwendet, um damit *besonders gute* Embryonen zu zeugen. Die *besten* davon werden in den Uterus der Frau transferiert, um die *optimalsten Voraussetzungen* für eine Schwangerschaft zu bieten. Hier entscheiden Wahrscheinlichkeiten für Leben.

Positive Selektion kann auch Genetic Engineering bedeuten. Dabei wird das „Repro-Kind“ zum Konsumgut oder gar zum „Kunstprodukt“ (ebd.: 142) mit Geschlecht, Haar- und Augenfarbe ganz nach den Vorstellungen der werdenden Eltern. *Positive Selektion* wird somit zu (*positiver*) *Eugenik*, zu merkmalsverändernden genetischen Eingriffen. Wobei es sich nur dann um positive Eugenik handeln würde, wenn die Eingriffe mit einem Heilungsvorsatz durchgeführt werden (vgl. Habermas 2001: 93). Maßnahmen, die den Phänotypus des Ungeborenen verändern, haben in dem Sinn nichts mit positiver Eugenik zu tun.

3.4 Endlich schwanger!

Die NRT garantieren keine Schwangerschaft. Im Gegenteil: Die Erfolgsraten der IVF etwa schwanken weltweit zwischen fünf und 55 Prozent. Eine widersinnige Angabe (vgl. Weikert 1998: 76), die Konsumentinnen und Konsumenten der NRT sehr im Dunkeln stehen lässt.

Sollte eine Kinderwunschpatientin nach etlichen Hormonspritzen, regelmäßigen Besuchen bei der Frauenärztin/dem Frauenarzt, unzähligen medizinischen Eingriffen sowie emotionalen Höhen und Tiefen dann doch mit einer Schwangerschaft belohnt werden, garantiert diese kein Kind (bei ICSI – dem Nonplusultra der NRT – liegt die Wahrscheinlichkeit einer Zeugung bei 30 Prozent, die einer Geburt ebenfalls bei 30 Prozent) (vgl. Zwischen Klapperstorch und Retorte 2007). Jetzt ist es Aufgabe der schwangeren Frau, sich normkonform zu verhalten, um das Kind in ihr auch zu behalten.

Sie sollte nicht rauchen, sich richtig ernähren, weder Alkohol, Kaffee, Soja noch Schwarztee konsumieren und Stress vermeiden (vgl. Diedrich, Kunz 2005: 35ff). Das individuelle Recht auf Gesundheit und auf gesunde Kinder wird zur gesellschaftlichen Pflicht zur Gesundheit (vgl. Bock von Wülfigen 2007: 22f). Verantwortungsvolle Schwangere halten sich an die Gebote der Schwangerschaft und suchen regelmäßig ihre Ärztin/ihren Arzt auf, die/der ihren/seinen Pflichten nachgeht und nach erfolgter Einnistung des Embryos beginnt, nach möglichen Behinderungen des Kindes zu suchen (vgl. Spiewak 2002: 215). Die Frau kann sich gedankenlos zurücklehnen, denn jetzt ist es Aufgabe der Gynäkologin/des Gynäkologen, den normalen Ablauf der Schwangerschaft zu bestätigen und Gesundheit zu garantieren (vgl. Cussins 1996: 583).

Auf der Suche nach Behinderung kann die Ärztin/der Arzt auch eine andere Entdeckung machen: Mehrlinge. Sie sind ein *Nebenprodukt* der IVF. Im Zuge einer IVF ist es üblich, mehrere Embryonen in die Gebärmutter zu transferieren, um die Chancen einer Schwangerschaft zu erhöhen. Das kann, wenn sich mehr (oder alle) Embryonen einnisten, in einer multiplen Schwangerschaft resultieren (vgl. Weikert 1998: 75). „Mehrlingsschwangerschaften sind Hochrisikoschwangerschaften, die – wenn nicht alles optimal läuft – das Leben von Paaren und Kindern mit einer schweren Hypothek belasten können. Fehl- und Frühgeburten, Gesundheitsrisiken für Mutter und Behinderungen der Kinder, finanzielle Engpässe und soziale Isolation, Stress bis zur totalen Erschöpfung – und lang anhaltende Depressionen, wenn die Entscheidung fällt, einen Teil der Kinder abzutreiben, damit die anderen eine Überlebenschance haben [...]“ (Spiewak 2002: 131) sind mögliche Folgen.

Die „euphemistisch 'Mehrlingsreduktion' genannte Technik“ (ebd.: 133) der sogenannte Fetozyd ist eine Technik, um überzählige Embryonen mithilfe einer tödlichen Spritze ins Herz abzutreiben (vgl. Weikert 1998: 76). Kinder, die erst durch langwierige medizinische Behandlungen gezeugt wurden, werden nun – zum eigenen Wohle (oder zumindest zum Wohle der Geschwister und Eltern) – *reduziert*.

Mit der Diagnose einer Mehrlingsschwangerschaft und der Möglichkeit des Fetozid spielt die Ärztin/der Arzt den Ball wieder zurück an die werdenden Eltern. Jetzt liegt es an ihnen, eine Entscheidung zu treffen. Für eine Reduktion oder dagegen / für eine Selektion oder dagegen? „Wäre, hätte, würde – der Fetozid stellt Menschen vor Entscheidungen, die niemand treffen kann.“ (Spiewak 2002: 135) Der Fetozid stellt Menschen also vor ein unausweichliches Dilemma. „Suffering must be weighed up against suffering, life against life and abstract statistics or probabilities must be translated into existential judgements (to terminate or continue a pregnancy, to decide what is likely to happen and to whom).“ (Beck, Beck-Gernsheim 2001: 148) Entscheiden sich Eltern für das Leben aller Föten, gefährden sie mit dieser Entscheidung gleichzeitig das Leben der Frau und ihrer ungeborenen Kinder. Entscheiden sich Eltern für den Fetozid, hat das eine Abtreibung eines (oder mehrerer) ihrer Wunschkinder zur Folge.

„Eltern haben eine Verpflichtung gegenüber ihrem Kind, es vor Krankheiten und Widrigkeiten im Leben zu schützen.“ (Bock von Wülfigen 2007: 121) Kann dieser Verpflichtung in diesem Fall nachgekommen werden?

Die Methode des single-embryo-transfers würde dieses Dilemma verhindern, setzt jedoch eine Entwicklung des Embryos bis ins Blastozystenstadium und somit eine Selektion in-vitro voraus (vgl. Spiewak 2002: 136).

Die Schwangerschaft ist insofern ein Warten und Hoffen auf ein (oder mehrere) gesunde(s) Kind(er). Erst mit der Geburt ist der *Fluch der Kinderlosigkeit* überwunden. Erst dann ist die Familie komplett und ganz normal. „Wenn das Kind dann da sei, sei es sowieso egal, wie die Befruchtung zustande gekommen sei, dann wäre es das gleiche, als wenn es ‚normal gezeugt‘ worden wäre.“ (Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 105) Wäre, hätte – würde ein krankes Kind zur eigenen Existenz „nein“ sagen (vgl. Habermas 2001: 118)?

3.5 Konsumentinnen- und Konsumenteneugenik: *Eltern kaufen ein*

Die NRT gehen mittlerweile weiter als nur bis zur Erfüllung des Kinderwunsches. Sie richten sich zunehmend nach den Konsumentinnen und Konsumenten und erfüllen in der Folge nicht nur den Wunsch nach eigenem genetischem Nachwuchs, sondern berücksichtigen auch individuelle Vorlieben im Hinblick auf bestimmte Eigenschaften dieses Kindes. Jene Eigenschaften, die bei DIY aufgrund der natürlichen Selektion der

Sexualpartnerin und des Sexualpartners lediglich erhofft werden können, sind nach ART z. T. in-vitro bestimmbar.

Macht die Kinder etwas größer, etwas dünner, etwas intelligenter (so Bill Handel in *Frozen Angels* 2005, Übersetzung der Autorin), was spricht dagegen? „It’s like going into a supermarket and taking a baby off the shelf, putting it in the trolley, wheeling it to the cashier, paying the cashier and walking off with the child.“ (Edwards 1999: 100)

Anfangen bei der Auswahl der perfekten Spenderin/des perfekten Sponsors (siehe 3.3.4) über sex selection⁵¹ bis hin zur Aussortierung der ungewünschten Eigenschaften: Eltern möchten Aussehen und Charakter⁵² ihres zukünftigen Kindes immer weniger dem Schicksal überlassen. „Wenn die Medizin dazu übergeht, Wünsche zu behandeln statt Krankheiten, gibt es dann noch einen Grund warum Ärzte sich sträuben sollten, auf die Wünsche von Eltern einzugehen, die lieber ein Mädchen möchten als einen Jungen, lieber ein blondes Kind als ein rothaariges, lieber ein Genie als einen Trottel?“ (Ramsey zit. in Spiwak 2002: 64) Das Angebot fördert die Nachfrage und umgekehrt – je größer das Verlangen der Konsumentinnen und Konsumenten, ihren Nachwuchs zu *perfektionieren*, desto ausgereifter die Techniken, Menschen zu *designen*. Das Designerbaby ist *geboren*, mit ihm die Konsumentinnen- und Konsumenteneugenik.

Die Eugenik ist eine „Erbgesundheitslehre“ (Duden 2006: 384) und bedeutet eine „[...] Steigerung der Fortpflanzung der sogenannten Tüchtigen (positive Eugenik) und die Vermeidung jener der sogenannten Minderwertigen (negative Eugenik) [...]“ (Weikert 1998: 21). „Die ‚positive‘ Eugenik zielt darauf ab, die Auslese der sogenannten Tüchtigen zu fördern; die ‚negative‘ Eugenik soll die Geburt sogenannter Minderwertiger verhindern.“ (Bauer 2010: o. S.) In diesem Sinne bieten die NRT beides: Positive Eugenik, indem sie die besten Keimzellen auswählen und damit eine Befruchtung herbeiführen; negative Eugenik, indem sie verhindern, dass sich Menschen mit genetisch vererbaren Defekten reproduzieren und Embryonen mit (Gen-)Defekten (in-vivo oder in-vitro) selektieren. Neu an dieser Form der Eugenik ist, dass sie von unten, von den Konsumentinnen und Konsumenten der NRT ausgeht. „[S]ie (die neue Eugenik Anm. der Autorin) präsentiert sich nicht mehr gewaltvoll, mit Zwang und Gesetzen, sondern als einzuforderndes Recht.“ (Weikert 1998: 146)

⁵¹ Sex selection bedeutet, dass nur jene Embryonen des (von den Eltern) gewünschten Geschlechts in den Uterus transferiert werden.

⁵² Obwohl aktuell (trotz wiederholter Widerlegung) noch immer nach genetischen Erklärungen für Charaktereigenschaften gesucht wird, existiert bis dato kein Beweis dafür (vgl. Duster 2003: 132). Es scheint vergessen, dass neben Nature auch Nurture eine wichtige Rolle spielt.

Menschen zwingen sich selbst so sehr der Norm zu entsprechen, dass sie Eugenik denken, Eugenik handeln, Eugenik leben. „Eugenics has come into the backdoor of private individuals of making their children“, so die Anwältin Lori Andrews (Frozen Angels 2005).

Diese selbst gewählte und selbst geformte Eugenik hängt auch mit bestimmten Erwartungshaltungen zusammen, die das Kind, wenn einmal geboren, erfüllen *soll(te)* (vgl. Habermas 2001: 90). Noch mehr als bei DIY gezeugten und geborenen Kindern *soll* dieses Kind gesund sein; es *soll* blaue Augen und braune Haare haben und es *soll* besonders sportlich/intelligent/kreativ sein. Denn wenn die gewünschten Eigenschaften nicht auftreten, haben die NRT ihre Dienstleistung nicht erfüllt – außer, dass sie den unfruchtbaren Eltern zu Nachwuchs verholfen haben. „Die begriffliche Grenze zwischen der Prävention der Geburt eines schwer kranken Kindes und der Verbesserung des Erbguts, also einer eugenischen Entscheidung, ist nicht mehr trennscharf.“ (Kuhlmann 2001, zit. in Habermas 2001: 41f)

Ab wann wird Manipulation unmoralisch? Wie weit kann mensch die Entscheidung gegen ein *gewünschtes Kind*, das jedoch nicht den individuellen Vorstellungen entspricht, vertreten? Ist es gerechtfertigt, ein Wunschkind abzutreiben, sollte es das *falsche Geschlecht* haben? Und vor allem: Wie geht es einem Designerbaby, sollte es als Erwachsene/r einmal erfahren, dass an ihr/ihm „verbessernde eugenische Eingriffe“ (ebd.: 109) durchgeführt wurden, um den Vorstellungen der Eltern zu entsprechen?

„The Quest for the perfect Baby“ (Buchanan, Brock, Daniels, Wikler 2000: 2) endet in einer ethischen Sackgasse voll unmöglicher Entscheidungen und mit der Frage nach dem Lebenswert. Denn jede Entscheidung für oder wider ein Kind mit Trisomie 21, Alzheimer, Asthma oder braunen Augen im Zuge der PND oder PID ist eine eugenische Entscheidung, der eine Bewertung von Leben vorausgeht. „Wo kämen wir hin, wenn Frauen einmal wissen wollen, ob ihr zukünftiges Kind gegen Blütenpollen allergisch sein wird, jetzt, da der vermeintliche Genabschnitt dafür ausgemacht scheint! Wo wird die Grenze zwischen sogenannten seriösen und unseriösen Wünschen gezogen?“ (Weikert 2006b: 9)

Dem Recht auf Wissen muss das Recht auf Nichtwissen gegenübergestellt werden; Nichtwissen muss neben dem Informationsüberfluss auch eine Option darstellen. Denn nur das Nichtwissen eröffnet die Möglichkeit, ein Kind – und zwar *nur ein Kind* – ohne PND, PID, ART etc. zu gebären (ob weiblich oder männlich, blond oder brünett, gesund oder krank oder *genetisch vorbelastet*). Fraglich ist jedoch, ob Wissen nicht mehr bloß Recht, sondern vielmehr Pflicht ist und Nichtwissen somit als verantwortungslos und verpönt gilt

(vgl. Weikert 1998: 126). „In einer Informationsgesellschaft ist es ein Wert an sich, Informationen zu haben. Informationen, auch über Gene, erscheinen als Angebot an aufgeklärte, selbstbestimmte Menschen. Allzuleicht wird dabei übersehen, daß Wissen, etwa über sogenannte genetische Risiken, auch unfrei machen kann. Handlungszwang geht mit der Informiertheit Hand in Hand: Zwang, Verantwortung zu übernehmen; Zwang Entscheidungen zu treffen. Wer sich nicht informiert, muß sich den Vorwurf anhören, er oder sie hätte es ja besser wissen können – und müssen.“ (Bertrand 1994: 124) Wissen ist somit mehr Last als Macht und resultiert in gesellschaftlichen Zwängen und Pflichten für (verantwortungsvolle) Staatsbürgerinnen und Staatsbürger (siehe 2).

3.6 Ausblick

Die Zukunftsvisionen der NRT wirken auf mich abschreckend. *Wir* gehen einen Weg, oder besser, wir werden einen Weg entlanggeführt, den *wir* meiner Meinung nach nicht gehen wollen (sollten). Genetik wird zum neuen Werkzeug für Diskriminierung, das die Gesellschaft in „genetic haves and have-nots“ (Frozen Angels 2005) spaltet.

„Kränkeln und leiden ist out“ (Weikert 1998: 164), DIY-Zeugung auch – denn jede/r hat das Recht, gesund geboren zu werden. An ein Recht auf unmanipuliertes genetisches Erbe (vgl. Habermas 2001: 45) wird nicht gedacht.

In Zukunft wird Sterilität erwünscht sein – Frauen und Männer werden sich ihre Keimzellen in ihren *fruchtbarsten Jahren* entnehmen und sich dann sterilisieren lassen, um die Freiheit des lustvollen Sex zu genießen. Wenn sie dann im Alter von 30, 40, 60 ... Jahren für Nachwuchs bereit sind, warten die jungen Keimzellen kryokonserviert auf der *Keimzellenbank ihres Vertrauens*. Die Befruchtung erfolgt in-vitro und falls die Frau das Kind nicht selbst austragen möchte, kann sie sich eine junge Leihmutter mieten (vgl. Bock von Wülfigen 2007: 145).

In Zukunft können Menschen nach ihrem Tod Eltern (im Falle der postmortalen Spermientnahme ist dies bereits heute schon möglich) werden und weibliche abgetriebene Föten dienen als „lebenslange Ovarreserve [...]“. Sollten daraus Kinder entstehen, müssten diese jedoch erfahren, dass ihre genetische Mutter nicht leben durfte – weil ihre biologische Mutter sie bereits vor der Geburt getötet hatte.“ (Spiwak 2002: 206)

Manuelle Reproduktion mutiert zunehmend zu einem fehlerhaften Prozess, der zum *Wohle der Menschheit* verändert werden muss. Die NRT handeln meines Erachtens allerdings

nicht zum Wohle der Menschheit, sondern im besten Fall zum Wohle der Wissenschaft. Denn inwieweit sind diffuse Verwandtschaftsbeziehungen und ein zerrüttetes Werteverständnis aufgrund von positiver Eugenik gut für die Menschheit?

„All genetic disease studies have at least an eugenic touch in the sense that their aim is to neutralize or eradicate particular genetic disorders or characteristics.“ (Wikler 1999, zit. in Pálsson 2007: 119f) Der Blick der Wissenschaft richtet sich rein auf behinderte und kranke Menschen, deren Leid das Horrorszenario von Leben darstellt (vgl. Zwischen Klapperstorch und Retorte 2007). Die eigentlichen Betroffenen werden aus der Diskussion gänzlich ausgeschlossen – geht es doch immerhin um deren Verhinderung. Behindertes Leben wird somit eindeutig als weniger wert eingestuft als gesundes Leben. Das Gleiche gilt für ein behindertes Kind. Fälle von wrongful birth⁵³ und wrongful conception⁵⁴ in Österreich zeigen diese Bewertung eindeutig. Während bei einem prinzipiell gewollten, jedoch behinderten Kind der Schadensersatzforderung der Eltern vom OGH stattgegeben wurde, war das bei einem ungewollten, gesunden Kind nicht der Fall (vgl. Wagner 2009: 13ff).

Diesen Entscheidungen zufolge ist ein behindertes Kind im Unterschied zu einem gesunden zumindest in rechtlichem Sinne ein Schaden. Die Ärztin/der Arzt hat unqualifiziert gehandelt, weil sie/er ihre/seine Patientin/Patienten nicht ausreichend über den Zustand des Ungeborenen und die Option der Abtreibung informiert hat.

„Wie fühlen sich Behinderte, wenn die Beseitigung von Behinderungen durch die Verhinderung von Behinderten geplant wird?“ (Mieth 2001: 52) Doch die NRT gehen noch weiter: Nicht mehr ausschließlich die Unterscheidung zwischen gesund und krank legitimiert pränatale Qualitätstests, sondern auch jene zwischen gewünschten und ungewünschten Eigenschaften des Kindes. Das Lebewesen der Zukunft ist plan- und designbar. Die einzige Frage, die sich dabei noch stellt, ist: Welches Lebewesen möchten *wir* haben (vgl. ebd.: 55)? Ist es bald normal, sich Geschlecht, Augen-, Haar- und Hautfarbe des potenziellen Kindes auszusuchen? Unabhängig davon: *Brauchen wir diese Technologien wirklich?* „Es gibt aber Leute, die inniger an den Fortschritt glauben, als je ein Heiliger an Gott, und diese werden mit Recht darauf hinweisen, daß Hunderte von Millionen, die im kommenden Nuklearkrieg umkommen werden, an der Beulenpest nicht

⁵³ Rechtliche Ansprüche der Eltern, die dadurch entstehen, wenn aufgrund eines ärztlichen Fehlverhaltens planwidrig ein behindertes Kind zur Welt kommt (vgl. Wagner 2009: 6).

⁵⁴ Schadenersatzforderung, die bei der Geburt eines gesunden oder kranken, jedoch ungewollten Kindes entstehen, verursacht durch ein ärztliches Fehlverhalten (etwa nach einer Vasektomie, nach der der Mann eigentlich unfruchtbar sein sollte, aber dennoch ein Kind zeugt (vgl. ebd.).

hätten sterben können, denn die haben wir überwunden. Eine wissenschaftliche Biene saugt Honig selbst aus den Leichen von Hiroshima.“ (Chargaff 1986, zit. in Weikert 1998: 180)

4 Biologische Staatsbürgerschaft

„What happens in the end is not that you die but that medicine stops working.“

(Beck, Beck-Gernsheim 2001: 153)

Selbstachtung, Selbstbewusstsein, Selbstdarstellung – der moderne Mensch ist Egoistin/Egomane mit sich selbst als Lebensmittelpunkt und dem Drang dazu, einzigartig zu sein. „Each of our bodies is understood as our own property, our own project, our own business“ (Fowler 2004: 3). *Ich bin schön, ich bin intelligent, ich bin gut veranlagt* – ich bin Durchschnitt. Das Individuum von heute scheint im Zuge der zunehmenden Individualisierung in der Masse unterzugehen, denn jede/r ist *schön, intelligent* und *gut veranlagt* – oder zumindest jede/r, die/der (mehr oder weniger) der Norm entspricht.

Wir leben sozusagen in einer Gesellschaft bestehend aus Staatsbürgerinnen und Staatsbürgern, deren Ziel es ist, außergewöhnlich zu sein und vor lauter Außergewöhnlichkeit bleibt jede/r Durchschnitt (vgl. Ebers 1995: 41), gescheitert am Versuch, dem *Ideal* zu entsprechen. Doch das Ideal der perfekten Staatsbürgerin/des perfekten Staatsbürgers ist von Staat und Medien gewünscht – gelebt wird es von niemandem.

Im folgenden Kapitel biete ich meine vorangegangene Darlegung der Biomacht in *unsere* individualistische/egoistische Gesellschaft ein. Ich zeige das Paradox des egoistischen Subjekts im gesichtslosen Kollektiv und verdeutliche, dass mensch *bestenfalls* noch als Abnorm einzigartig wird, denn diese sticht aufgrund zunehmender Stigmatisierung immer mehr heraus.

Das führt mich schließlich zu einer neuen Form von Nationalität: Der biologischen Staatsbürgerschaft – „Biological Citizenship“ (Novas, Rose 2005: 439). Hierbei handelt es sich um Staatsbürgerschaft, die durch biologische Eigenschaften entsteht, die Menschen aufgrund ihrer biologischen Voraussetzungen zur Staatsbürgerin/zum Staatsbürger macht,

oder eben nicht (vgl. ebd.: 440).

Biologische Staatsbürgerschaft bewertet Gesundheit und Leben der Menschen und unterscheidet sich meiner Ansicht nach in folgenden Punkten von der Biomacht: Individualisierung, Eigenverantwortung und frei zugängliches Wissen. Das resultiert in zunehmenden Pflichten und Zwängen gegenüber dem Staat und den jeweiligen Mitbürgerinnen und Mitbürgern. Diese in Verbindung mit den NRT führen zu Entscheidungen, die *gemacht werden müssen*, möchte mensch verantwortungsvolle/r Staatsbürger/in sein.

Biologische Staatsbürgerschaft widerspricht der Biomacht nicht. Im Gegenteil, biologische Staatsbürgerschaft sehe ich vielmehr als Resultat, als Weiterentwicklung und als ein weiteres Werkzeug der Biomacht.

4.1 Be individual like the mass (vgl. Beck, Beck-Gernsheim 2001: 40)!

„There is hardly a desire more widespread in the West today than to lead a life of your own.“ (ebd.: 22) Der moderne Mensch ist autonom und führt ein freies, selbstbestimmtes Leben. „Das moderne universalistische Menschenbild basiert auf den normativen Pfeilern Individualität, Selbstwert und Autonomie.“ (Wahl 1989, zit. in Ebers 1995: 34): *Ich bin meine eigene Frau/mein eigener Herr und gestalte mein Leben so, wie ich es möchte*. Individualisierung ist das Ideal, das durch die vielen Köpfe *unseres* Gesellschaftskörpers geistert. Selbstverwirklichung gilt als das höchstmögliche Ziel des Lebens.

„In it's overall effect it (individualization) is a work of art of labyrinthine complexity, which accompanies us literally from the cradle to the grave.“ (Beck, Beck-Gernsheim 2001: 2) Das Individuum wird an den zunehmenden Möglichkeiten und an der Wahlfreiheit jedoch regelrecht erdrückt (vgl. Ebers 1995: 140) und es scheint immer schwieriger, den *richtigen* Weg zu finden (vgl. Höfer, John, Keupp, Knothe, Kraus, Straus 2004: 236).

Das individualistische Leben ist heute nicht mehr Option sondern Muss für jede/n (vgl. Beck, Beck-Gernsheim 2001: 8) und ermöglicht Menschen zwar einerseits die lang ersehnte Freiheit, stellt sie andererseits aber auch vor Unsicherheit und Zweifel. Individualisierung bedeutet DIY-Entscheidungen, DIY-Beziehungen, DIY-Entwicklungen, DIY-Leben (vgl. ebd.: 98). Leben wird somit individuell formbar – bis zu einem gewissen Grad, denn mit der Freiheit eines autonomen Lebens steigt auch die Selbstverantwortung

und folglich die Gefahr einer Verurteilung, sollte ein *falscher Lebensweg* eingeschlagen, sollten *falsche Entscheidung* getroffen werden: „Your own life – your own failure“ (ebd.: 24). Doch hier stellen sich die Fragen: Wie kann es *falsch* geben, wenn doch in einer „gerechten Gesellschaft“ (Habermas 2001: 13) *alles* toleriert wird? Ist *richtig oder falsch* nicht immer individuelle Auffassung, abhängig von subjektiven Perspektiven, Motiven, Interessen und Absichten (vgl. ebd.: 97)? Kann sich eine Gesellschaft folglich überhaupt gerecht (oder individualistisch) nennen, wenn sie Grenzen setzt und Menschen, die dieser Gesellschaft angehören, sich nur innerhalb dieser bewegen dürfen?

Individualisierung bedeutet in diesem Sinne nicht Emanzipation von den traditionellen Strukturen, sondern Verlust dieser Strukturen, gleichzeitige Standardisierung des Lebens und nur oberflächliche Entscheidungsfreiheit (vgl. Beck o. J. zit. in Bundschuh 2000: 92).

Gegenwärtig findet ein beschleunigter Individualisierungsprozess statt: ein massenhaftes Vereinzeln (vgl. Ebers 1995: 16), das wiederum zu einer Masse in sich führt. Die Masse setzt sich somit aus *gleich heterogenen* (vgl. Beck, Beck-Gernsheim 2001: 40), unzuverlässigen, unkalkulierbaren, bindungslosen, egoistischen und schrankenlosen Individuen zusammen (vgl. König 1988, zit. in Ebers 1995: 19).

„Soziale Differenzierung führt zu zunehmender Vergesellschaftung, die unter anderem gekennzeichnet ist durch eine wachsende Funktionalisierung, Objektivierung, Versachlichung und Rationalisierung der sozialen Beziehungen. Diese Form der Vergesellschaftung bildet wiederum die Grundlage bzw. das Komplement für die zunehmende Individualisierung.“ (ebd.: 81) Damit relativiert sich die Eigenständigkeit des Individuums mit der Gesellschaft, denn Gesellschaft bedeutet soziale Beziehungen: viele *Ichs*, die gemeinsam ein *Wir* bilden (vgl. ebd.: 181); viele *Ichs*, die sich alle in einem gleich sind – im Streben nach Einzigartigkeit.

Um das Zusammenleben in der Gesellschaft zu ermöglichen, benötigen all ihre Bürgerinnen und Bürger vorgegebene Normen und Standards (vgl. Beck, Beck-Gernsheim 2001: 15), an denen sie sich orientieren können. Um in *unserer* Gesellschaft friedlich zusammenleben zu können, brauchen *wir* vorgegebene Normen und Standards, an denen *wir uns* orientieren können (vgl. Welan 2002: 29). Gesellschaft bedeutet somit nicht absolute Freiheit, sondern vielmehr Kompromiss – auch für Egomaninnen und Egomanen. Es entsteht eine sogenannte Dichotomie von Individuum und Gesellschaft (vgl. Beck, Beck-Gernsheim 2001: 22). „Personen sind eine Einheit von Körper und Geist (manche würden hinzufügen: und Seele) und Personen sind zugleich miteinander verbundene Monaden (‘Monaden im Verbund’), die voneinander isoliert sind und doch

notwendigerweise in einer Beziehung zueinander stehen.“ (Barnett, Silverman 1978, zit. in Martin 1989: 33) Ohne Individuum gäbe es keine Gesellschaft und umgekehrt, denn „[e]rst im sozialen Beziehungsgeflecht gewinnt das Individuum soziale Kontur, wird zur Person“ (Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 15).

Die Erkenntnis, dass sich die privaten Individuen in das Gesamtgefüge einpassen müssen, um ein Funktionieren der Gesellschaft zu ermöglichen (vgl. Kant 1783, zit. in Bock von Wülfigen 2007: 115), ist im Grunde so alt wie die Reflexion über Gesellschaft selbst. Neu an der aktuellen Individualisierung ist jedoch die Verschiebung von der „Entweder-Oder-Logik“ hin zur „Sowohl Als Auch“-Möglichkeit (Beck, Bonß, Lau 2004: 19). Ulrich Beck spricht von einer sogenannten „reflexiven Modernisierung“ (Beck 2007: 108), in der sich mensch nicht mehr auf nur eine Option festlegen muss, sondern es diverse Optionen gibt, die anerkannt, akzeptiert, *normal* sind (vgl. Beck, Bonß, Lau 2004: 49). Es handelt sich um nichts anderes als eine „gesellschaftliche Anerkennung von Pluralität und Ambivalenz“ (ebd.: 25), die der/dem Einzelnen einen größeren Handlungsspielraum gibt, wachsende Freiheit zulässt (vgl. Beck 2007: 108) und es dem Staat vereinfacht, seine Bürgerinnen und Bürger zu regulieren. „[...] ein Schlüssel zu Macht ist, die Beherrschten die Herrschaft von innen heraus als Freiheit leben zu lassen.“ (Haug 1987, zit. in Weikert 1998: 166) Das heißt, dass sich auch der unabhängigste Freigeist nicht der staatlichen Macht entziehen kann: Jede/r ist Staatsbürger/in und unterliegt den Regeln, Gesetzen, Pflichten und Zwängen der eigenen Gesellschaft. „Virtually nobody in today’s world can escape citizenship completely, and the state’s power over its citizens is reflected in its double monopoly on taxation and legitimate violence.“ (Eriksen 2001: 298)

4.1.1 Kontrolle durch Selbstkontrolle

Die Führung *unserer* Gesellschaft zielt primär auf Kontrolle durch Selbstkontrolle ab. Die zunehmende Individualisierung und somit wachsende Freiheit, die Staatsbürgerinnen und Staatsbürger genießen, ist nur begrenzt. Trotz der Freiheit sind bestimmte Handlungen und Entscheidungen vom Staat erwünscht, ja sie werden sogar erwartet. Nicht ausschließlich der Staat kontrolliert, ob und wie sich der/die Staatsbürger/in verhält, auch Staatsbürgerinnen/Staatsbürger selbst achten darauf, ob bestimmte Normen und Regeln vom jeweiligen Mitmenschen eingehalten werden (siehe 2.2). Sich selbst überwachende und selbst regulierende Individuen sind das Ziel der Biomacht (vgl. Danaher, Schirato, Webb 2000: 76). Um ein/e gute/r Staatsbürger/in zu sein, beugt sich die Mehrheit den

vorgegebenen Standards. Jene, die es nicht tun und somit negativ auffallen, werden bis zu einem gewissen Grad toleriert, im Falle einer *gravierenden Grenzüberschreitung* jedoch zur Straftäterin/zum Straftäter und in Folge verurteilt. „Because most people don't want to become delinquents, they accept the normative values that are supposed to make them ‚good‘ citizens.“ (ebd.: 60)

Moralisches Urteilen und Handeln wird also vorausgesetzt (vgl. Habermas 2001: 54) und die individuelle Freiheit wird zu Verpflichtung gegenüber der Gesellschaft (vgl. Bock von Wülfigen 2007: 114). „[...] where the so-called ‚optional requirements‘ of society (or subdivisions of it) provide the framework of reference, they are often presented to the outside world simply as the inner happiness of the ego. To apply this happiness there are funnels – known as ‚duties‘ – and institutions for pouring it through these funnels, for purposes of intimidation: schools, courts, marriages, organizations etc.“ (Beck, Beck-Gernsheim 2001: 12) Menschen handeln so gesehen normkonform, weil sie *normkonform handeln möchten*, weil die Norm einerseits die optimalste Option für sie selbst und andererseits auch das Beste für die Gesellschaft zu sein scheint. „[...] der gesellschaftliche Druck wird in der Form von Selbstzwängen des Einzelnen angezuchtet, und diese wirken als automatisierte Gewohnheiten [...].“ (Ebers 1995: 223) Demzufolge ist jede abnormale Entscheidung und Handlung nicht nur schlecht für das entscheidende und handelnde Individuum, sondern auch schlecht für dessen Mitmenschen. Je nach Art der Handlung ist nun der/die Bürger/in selbst schuld und (bestenfalls) zu bemitleiden oder selbst schuld und *maßzuregeln*. Das hängt davon ab, ob *nur* das Individuum oder aber die *ganze Gesellschaft* unter der Fehlentscheidung leidet (vgl. ebd.: 112).

Die individuellen Handlungsspielräume sind in der reflexiven Moderne bestimmt gewachsen, im positiven wie im negativen Sinne (vgl. Bonß, Esser, Hohl, Pelizäus-Hoffmeister, Zinn 2004: 211). Gewachsen sind auch *unser* Wissen und *unsere* Möglichkeiten aufgrund von fortschreitender Forschung. Wissen wird als positiv betrachtet, vor allem wenn mensch aufgrund von Wissen etwaige (individuelle sowie gesellschaftliche) Gefährdungen vorbeugen kann. Falls Wissen jedoch verweigert und Nichtwissen bevorzugt wird, gilt das als unverantwortlich und risikoreich für Subjekt und Kollektiv. „Even choosing not to intervene in living processes becomes a kind of intervention.“ (Rose 2001: 19) Die reflexive Moderne zeichnet sich also nicht nur durch ein Sowohl-Als-Auch (siehe 4.1), sondern vor allem durch die sogenannte Risikogesellschaft aus – durch eine Gesellschaft, die sich auf das Ideal der Sicherheit bezieht (vgl. Ebers 1995: 278). „Das Risikobewußtsein hat sein Zentrum nicht in der

Gegenwart, sondern in der Zukunft. Etwas Nichtexistentes und Fiktives wird zur Grundlage gegenwärtigen Handelns und Erlebens, um Zukünftiges heute zu vermeiden und zu verhindern.“ (ebd.: 276) Bei der Risikogesellschaft handelt es sich um eine Gesellschaft, die zum Wohle der „kollektiven Sicherheit“ (Lau 1991: 248) „nachsorgende Vorsorge“ (Ebers 1995: 275) betreibt. Das Individuum rückt im Zuge der Gefahrenbekämpfung in den Hintergrund, denn auch wenn der etwaige Schaden, die Not oder das Leid stets individuell ist, ist das Risiko immer kollektiv (vgl. Ewald 1991: 296). Die kollektive Angst vor dem Risiko schafft das Recht, das Schlimmste zu verhindern, damit wird z. T. aber das Noch-Schlimmere geschaffen (vgl. Beck 1991: 74). So wird das Risiko *Krankheit und/oder Behinderung* mit dem Werkzeug *Medizinische Vorsorge* bekämpft. Und da Krankheit ebenfalls ein Risiko für den gesamten Gesellschaftskörper darstellt, ist die individuelle, medizinische Vorsorge eine gesellschaftliche Pflicht und wird von jeder *guten* Staatsbürgerin und jedem *guten* Staatsbürger erwartet – womit ich bei der biologischen Staatsbürgerschaft angelangt bin.

4.2 Biologische Staatsbürgerschaft

Das Konstrukt der Staatsbürgerschaft entsteht durch Differenzierung und Abgrenzung. Menschen werden durch bestimmte politische, soziale, religiöse etc. Merkmale zur Staatsbürgerin/zum Staatsbürger gemacht, andere durch eben diese Merkmale ausgegrenzt (vgl. Novas, Rose 2005: 439). Biologische Staatsbürgerschaft unterscheidet aufgrund von biologischen Eigenschaften (vgl. ebd.). Durch Humantechnologien passiert diese Unterscheidung nicht mehr ausschließlich mithilfe von äußerlicher, sondern auch mithilfe von innerlicher Biologie. Zur visuellen Gesundheit kommt die genetische Gesundheit, die Informationen über die jeweilige Person offenbart (vgl. Pálsson 2007: 230). Es ist gesellschaftliche Pflicht jeder biologischen Staatsbürgerin und jedes biologischen Staatsbürgers, durch ein gesundes Leben das eigene Krankheits-Risiko zu minimieren (vgl. Atkinson, Glasner 2007: 4; Duster 2003: 128). Diese Selbstverantwortung wird jedoch durch genetische Krankheiten zunehmend relativiert, denn für die eigene genetische Veranlagung kann mensch nichts (vgl. Novas, Rose 2005: 441). Während noch zu einer Zeit vor genetischen Humantechnologien Gesundheit nur bis zu einem gewissen Grad formbar und Krankheit somit Schicksal war, ist es heute möglich, das jeweilige Schicksal in die eigene Hand zu nehmen (oder zumindest in die Hände von Expertinnen/Experten zu

geben). NRT ermöglichen zukünftigen Eltern die genetische Veranlagung ihres potenziellen Kindes pränatal zu beeinflussen. Ist es Pflicht einer biologischen Staatsbürgerin/eines biologischen Staatsbürgers, das zu tun? „Biology is no longer blind destiny, or even a foreseen but implacable fate. It is knowable, motable, improvable, eminently manipulable.“ (ebd.: 442)

Es ist im ökonomischen Interesse des Staates, dass die Bürgerinnen und Bürger gesund sind, und es ist im ökonomischen Interesse des Staates, dass die Bürgerinnen und Bürger glauben, dies sei in ihrem eigenen Interesse (vgl. Duster 2003: 8). Natürlich ist Gesundheit erstrebenswert, jedoch nur, solange sie nicht zum Zwang wird und somit Krankheit stigmatisiert. Hier stellt sich nicht die Frage, ob sich die Gesellschaft kranke Menschen leisten *kann*, sondern vielmehr, ob sie sich kranke Menschen leisten *will* (vgl. Weikert 1998: 157).

Die individuelle Außergewöhnlichkeit geht weiter in Richtung genetische Einzigartigkeit (vgl. Venkatesan 2007: 178). Der medizinische Fokus liegt verstärkt auf dem menschlichen Genom – Menschen (und deren Krankheiten) werden zunehmend darauf reduziert. „Our subjective selves may well be dictated by our standards for being a good citizen, a good parent, or a good worker. It may be difficult to admit that individual expression is a manifestation of our template of gene expression. This may be a reduction which is too difficult to accept.“ (ebd.: 189) Leben wird somit basierend auf medizinischer, genetischer Logik erklärt. Der soziale Aspekt scheint vergessen sowie die Tatsache, dass nicht ausschließlich die Biologie, sondern vielmehr die Taten einen Menschen ausmachen. „Ich lebe aus spürbarer Erfahrung und nicht aus logischer Erklärung.“ (Bataille o. J. zit. in Kamper 2001: 159)

Biologische Staatsbürgerschaft wirkt gleichermaßen individualisierend wie kollektivierend (vgl. Novas, Rose 2005: 441). Sie schließt Menschen aufgrund ihrer biologischen Merkmale von Gruppen aus und bildet Gruppen aus Menschen, die gleiche biologische Merkmale teilen. „[...] once the apparatus is put in motion, there is a finer and finer differentiation and individuation, which objectively separates and ranks individuals.“ (Dreyfus, Rabinow 1982: 158) Folglich entstehen Mehrheiten und Minderheiten, Normen und Abnormen innerhalb einer Gesellschaft. Trotzdem steht im Gegensatz zur Biomacht das Individuum im Vordergrund, denn die staatliche Regulierung geht viel mehr von der Eigenverantwortung der/des Einzelnen aus. Es sind die eigenen Handlungen und die eigenen Entscheidungen, die zählen, ganz nach dem Motto: Hinter mir die Sintflut (!) ... und *all meine Mitmenschen, die bewerten, ob ich alles richtig mache*. „As modernity gains

ground, God, nature and the social system are being progressively replaced, in greater and lesser steps, by the individual – confused, astray, helpless and at a loss. With the abolition of the old coordinates a question arises that has been decried and acclaimed, derided, pronounced, sacred, guilty and dead: the question of the individual.“ (Beck, Beck-Gernsheim 2001: 8)

4.2.1 „Für mich bist du gar kein Normaler, sondern ein Behinderter wie alle anderen auch“ (Mattner 2001: 13)

Michel Foucaults Biomacht basiert auf der Bewertung von Leben und der Unterscheidung in gute und schlechte/brauchbare und unbrauchbare Körper (siehe 2.2.3). Während Foucault diese Einteilung dichotom betrachtet, es also entweder *schwarz oder weiß* geben kann, gestattet das Konstrukt der biologischen Staatsbürgerschaft auch *Grauzonen*. Wie bereits erwähnt haben Bürgerinnen und Bürger heute größeren Entscheidungs- und Handlungsspielraum als zu Foucaults Zeiten (siehe 4.1). Das „Sowohl-Als-Auch“ (Beck, Bonß, Lau 2004: 19) bezieht sich jedoch nicht ausschließlich auf die Entscheidungs- und Handlungsfreiheiten, sondern auch auf soziale Rollen, die mensch annehmen kann. So muss eine Frau heute z. B. nicht entweder Mutter oder berufstätig sein, sondern kann sowohl Mutter als auch berufstätig sein etc. Die unterschiedlichen Rollen kann mensch sich jedoch nicht immer aussuchen. Während die Entscheidung für oder gegen die soziale Rolle von Mutter oder Vater (meist) selbst getroffen wird, wird einer/einem die Rolle der/des Kranken und/oder Behinderten (meist) unfreiwillig zugeschrieben.

Dank medizinischer Möglichkeiten gibt es bezüglich Krankheit und Behinderung heute auch Grauzonen: Ein Mensch kann sowohl gesund als auch krank sein. Dieser Fall tritt ein, wenn er/sie Träger/in einer genetischen Mutation ist. Diese Mutation kann vielleicht in Zukunft der Auslöser für eine Krankheit sein – muss es aber nicht. Somit ist der/die Träger/in gesund, gleichzeitig jedoch genetisch vorbelastet, also potenziell krank. Potenziell krank wird allerdings meist mit krank gleichgesetzt und die Diagnose der Mutation geht mit einer Zuschreibung in eine bestimmte (Risiko-)Gruppe einher: *vorbelastet* (vgl. Grüber 2000: 7; Rose 2001: 10). „Aus eigentlich Gesunden werden ‚genetisch Kranke‘, wer bestimmte, getestete Genmerkmale nicht trägt, wird zum ‚genetisch Gesunden‘, was nichts über die sonstige Konstitution aussagt. Damit würde die ‚Genetifizierung‘ in der Medizin weiter voranschreiten mit den Gefahren der Diskriminierung.“ (Grüber 2000: 7)

„Sind Sie richtig veranlagt?“ (Weikert 1998: 179) *Richtig veranlagt* ist prinzipiell die Norm. Der/die *normale* biologische Staatsbürger/in ist gesund. Das Idealbild der Norm wird den Menschen von klein auf in unterschiedlichen staatlichen Institutionen angelernt und daher kaum reflektiert oder hinterfragt. „Den körperlichen Idealvorstellungen von Jung und Schlank, wie sie durch Werbung auch für entsprechende Produkte (und vieles andere mehr) vermittelt werden, eifert, ob bewusst oder unbewusst, fast jeder Mann und jede Frau nach, weil sie diese Werte verinnerlicht haben.“ (Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 17f) Es ist normal, gesund zu sein, zwei Beine zu haben und sehen zu können. Genauso normal ist es, Träger/in von 46 Chromosomen (vgl. Gelbart, Griffiths, Lewontin, Miller, Suzuki, Wessler 2005: 83) zu sein, wovon 23 von der Mutter und 23 vom Vater stammen. Darum ist es auch normal, seinen Eltern äußerlich sowie charakterlich zu ähneln, denn *natürlich* geben Gene Eigenschaften weiter (vgl. Gehring 2006: 97f). „[...] Normalität bedeutet zunächst nichts anderes als die Abwesenheit von Abnormalität und umgekehrt.“ (Mattner 2001: 14) So gesehen sind abnormale Menschen relativ einfach zu erkennen: *krank, mit einer unüblichen Anzahl an Gliedmaßen und blind*. Auch ein von der Norm abweichender Genotyp äußert sich im Phänotyp (z. B. im Fall von Down Syndrom; wobei eine Chromosomen-Mutation nicht unbedingt Krankheit und/oder Behinderung bedeutet) (vgl. Gelbart, Griffiths, Lewontin, Miller, Suzuki, Wessler 2005: 482f).

Unterteilung und Hierarchisierung der Staatsbürgerinnen und Staatsbürger in Gruppen und Subgruppen aufgrund ihrer biologischen Eigenschaften und genetischen Voraussetzungen orientiert sich, wie bei der Biomacht, am staatlich vorgegebenen Ideal (siehe 2.2.2). Biologische Staatsbürgerschaft teilt Menschen basierend auf ihrer *biologischen Fitness* bestimmten Gruppen zu (vgl. Danaher, Schirato, Webb 2000: 61). Diese Unterteilung geht wiederum vom Staat aus, lässt sich jedoch nur umsetzen, wenn sich der/die Bürger/in der Einteilung fügt – sich einteilen lässt. So funktioniert die Klassifizierung, weil das Streben nach bester Fitness Bürgerinnen/Bürger dazu führt, sich selbst zuzuteilen. Die Qualität der Population zeigt sich in der Fitness der Staatsbürgerinnen und Staatsbürger, der Fokus staatlicher Gesundheitsvorsorge liegt darum nicht mehr auf der Gesellschaft, sondern auf dem Individuum (vgl. Rose 2001: 12).

Heute hat sich die Idee eines gesunden Lebens so in den Köpfen der Menschen gefestigt, dass sie sich selbst regulieren (vgl. Weikert 1998: 178), Abnorm rechtzeitig erkennen und diese aus freien Stücken *verhindern*. „Citizens, protect yourselves against illness, accident and disability, against germs and viruses! Do it in time, by measuring and weighing

yourself, by getting into shape and having the right jobs, by taking your vitamin pills and drops!“ (Beck, Beck-Gernsheim 2001: 140)

Doch nicht jede/r kann normal sein – lebt doch die Norm nur von der Abnorm. „Norm, Normalität, Normalisierung sind Effekte einer Machtstrategie, die ein Interesse an Abweichungen hat, das heißt an Differenzen, besonders an Alternativen.“ (Kamper 2001: 156) Die Rolle der Abnorm wird im Zuge der Individualisierung immer wichtiger. Es ist *der Wert des Menschen*, der zählt, es ist die jeweilige Fitness, die über Norm und Abnorm entscheidet. So wie mensch sich en vogue kleidet um dazuzugehören versucht sie/er auch bestimmten körperlichen Schönheitsidealen und Gesundheitsnormen zu entsprechen, um sich anzupassen. „We fashion flesh not only so as to change our identity, but so as to belong.“ (O’Neil 2007: 61) Der Wunsch zu passen und zu gefallen (vgl. ebd.: 69) widerspricht dem Individualisierungsdrang, denn Individualisierung bedeutet Verschiedenheit und nicht Anpassung.

Die Richterinnen und Richter, die über Norm und Abnorm entscheiden, befinden sich überall in *unserem* Gesellschaftskörper (vgl. Danaher, Schirato, Webb 2000: 60) – denn schließlich richten *wir alle* (ob bewusst oder unbewusst) basierend auf *unserem* angelernten Wertesystem darüber, was und wen *wir* als normal oder abnormal empfinden. Abnorm im Zuge der biologischen Staatsbürgerschaft bedeutet Krankheit und/oder Behinderung. Kranke und/oder behinderte Menschen werden (falls überhaupt noch geboren) stigmatisiert, ausgegrenzt und z. T. weggesperrt. „Wenn wir krank sind, warum verurteilt man uns dann, warum verachtet man uns?“ (Foucault 1982b: 309) Krankheit und Behinderung werden als Beeinträchtigung verstanden und versucht zu kontrollieren und/oder zu heilen.

4.2.1.1 „Biologically colored“ (Novas, Rose 2005: 445) – wie biologische Staatsbürgerschaft *unsere* Sprache färbt

Einteilung, Hierarchisierung und Stigmatisierung bezüglich biologischer Eigenschaften färbt zunehmend *unseren* Sprachgebrauch. Kranke, Behinderte, Blinde, Taube, Vergewaltigerinnen/Vergewaltigter, psychisch Gestörte, Alkoholikerinnen/Alkoholiker, das Kind mit dem Aufmerksamkeitsdefizit, der HIV-positive Mann, die unfruchtbare Frau⁵⁵ usw.: Mittlerweile findet jede/r, passend zum jeweiligen Krankheitsbild, eine genaue Bezeichnung für die Krankheit sowie Zuflucht in einer Gruppe (vgl. ebd.). „Language is

⁵⁵ Es handelt sich hierbei um beliebig ausgewählte Beispiele.

the site and the medium for creating and caring for the social sphere. We live in language.“ (Beck, Beck-Gernsheim 2001: 168)

Flächendeckende Kommunikationsmöglichkeiten vereinfachen es, dass sich Menschen mit den gleichen *biologischen Mängeln* finden, um Erfahrungswerte auszutauschen. Die einzelnen Bezeichnungen für die unterschiedlichen gesundheitlichen Defizite werden immer selbstverständlicher in *unserer* Alltagssprache gebraucht. Identitäten werden durch medikalisierte Sprache gebildet und geprägt, Menschen identifizieren sich mit *ihrer* Krankheit/*ihrer* Behinderung.

Biologisch gefärbt – „biologically colored“ (Novas, Rose 2005: 445) – nennen Carlos Novas und Nikolas Rose jene Sprache, die biologische Staatsbürgerschaft zunehmend in *unseren* Alltag lässt. Sobald eine Krankheit einen Namen hat, können sich die jeweiligen Betroffenen damit identifizieren. Gleichzeitig entstehen gemeinsame Identitäten, eine sogenannte kollektive Staatsbürgerschaft, basierend auf biologischen/gesundheitlichen Eigenschaften (vgl. Rabinow 1996, zit. in ebd.: 442). Das wachsende Wissen über die verschiedenen Krankheiten, der immer einfachere Zugang zu Wissen (durch Internet etc.) und die zunehmende Vernetzung der Betroffenen führt zu einem größeren Bewusstsein in der Bevölkerung bezüglich der einzelnen Krankheiten.

4.2.1.2 Biovalue

„To give or not to give, to lend, repay or even to buy and sell blood leads us [...] into the fundamentals of social and economic life.“ (Titmuss 1997, zit. in Pálsson 2007: 92) „Biovalue“ (Waldby 2000: 19) nennt Catherine Waldby den Wert von Körpergewebe, das, (meist) gewonnen von Toten, die Gesundheit und Fitness von Lebenden aufwerten/verbessern kann (vgl. Novas 2007: 19). Der/des einen Leid wird der/des anderen Freud. Das neu gewonnene Körpergewebe resultiert in einem Mehrwert für die/denjenigen die/der es bekommt. Für die/denjenigen, die/der es spendet, bedeutet die Spende biologischer Verlust, entweder *nur* im Zuge eines medizinischen Verfahrens, um zu dem gewünschten Gewebe zu gelangen, oder im Verlust des eigenen Lebens. „This surplus value is produced through setting up certain kinds of hierarchies in which marginal forms of vitality – the foetal, the cadaverous and extracted tissue, as well as the bodies and body parts of the socially marginal – are transformed into technologies to aid in the intensification of vitality for other living beings.“ (Waldby 2000: 19) Biovalue konstruiert Hierarchie, indem sie Körper in *schlechtere* und *bessere* einteilt – in jene, die Körpergewebe bereitstellen, und jene, die es erhalten. Theoretisch können somit alle

Körper gebrauchte Ersatzteile liefern (vgl. ebd.: 157). Wie weit unten oder oben mensch in der *Ersatzlieferkette* steht, hängt vom sozialen sowie biologischen Wert der jeweiligen Person ab.

Biovalue macht Leben zu ertragreichem, ökonomischem Wert. Biovalue manipuliert Leben, damit es einen Wert bezüglich Gesundheitssteigerung generiert, und verbindet die Produktion von Wohlstand und Gesundheit mit ethischen Werten (vgl. Novas, Rose 2005: 455). „Tissues that move from bodies to tissue banks to laboratories to other bodies bring with them variously ontological values around identity, affective values around kinship, aging, and death, belief systems and ethical standards, and epistemological values and systems of research prestige, as well as use values and exchange values.“ (Mitchell, Waldby 2006: 34) Der Wert eines Menschen ergibt sich also aus der Qualität ihres/seines Körpers. Sogenannter wissenschaftlicher Rassismus, der Qualität in DNA-Sequenzen sucht (vgl. Rose 2001: 2), errechnet die gesundheitliche Fitness/den Lebenswert eines Menschen. „Der moderne Mensch ist ein Tier, in dessen Politik sein Leben als Lebewesen auf dem Spiel steht.“ (Foucault 1983: 138)

4.2.1.3 Ist dieses Leben lebenswert?

Humantechnologien in Verbindung mit Genetik beurteilen menschliches Leben und dessen Wert (vgl. Rose 2001: 3) – Biovalue sozusagen. NRT arbeiten ebenfalls mit der Fluktuation von Körpergewebe (etwa bei der Keimzellenspende) und der Bewertung dessen Qualität sowie jener der Ungeborenen. „Eltern heute wollen und sollen biomedizinisch gute Kinder haben.“ (Gehring 2006: 98) Die zahlreichen pränatalen Tests, die einer schwangeren Frau zu Verfügung stehen, um ihr ungeborenes Kind zu bewerten, scheinen derzeit noch optional. Frauen, die diese Tests jedoch nicht in Anspruch nehmen, werden zunehmend als verantwortungslos abgestempelt. „It seemed that all my friends wanted to make sure I knew about amniocentesis. Everywhere I went, acquaintances of only a few months would ‚inform‘ me of this device for detecting if my pregnancy were ‚normal‘. At first, I just politely responded that I knew about it, but didn’t want it. Then I started getting angry, because I began to realize what they were implying ... that any sane woman over 35 with an ounce of brains would have amniocentesis. ‚Do you have religious objections?‘ they’d ask. As if being crazy or stupid or religious were my only options.“ (eine schwangere Frau zit. in Duster 2003: 82)

Heute soll eine Frau nicht mehr nur irgendein, sondern ein gesundes Kind bekommen – und, falls notwendig, ein krankes Kind vermeiden (vgl. Spiewak 2002: 12). Falls sie trotz

der zahlreichen medizinischen Möglichkeiten, Krankheit frühzeitig zu diagnostizieren, ein krankes Kind gebärt und das, weil sie diese medizinischen Möglichkeiten bewusst nicht in Anspruch genommen hat, ist das nicht mehr Schicksal, sondern ihre Schuld (vgl. Hubbard 1986, zit. in Duster 2003: 81). Das Neugeborene ist aufgrund einer verantwortungslosen Mutter (oder verantwortungsloser Eltern) krank – jedoch am Leben.

Widerstand gegen die vorgegebenen Gesundheitsstandards in *unserer* eigentlich individualistischen Gesellschaft sowie der Wunsch nach Nichtwissen werden als fahrlässig gegenüber sich selbst, dem ungeborenen Kind und nicht zuletzt gegenüber den Mitmenschen empfunden, ist es doch für *alle* das Beste, wenn ein behindertes Kind ungeboren bleibt. „Frauen müssen eine wachsende Zahl von Pflichtstationen, Messungen, Ultraschall-Checks etc. abarbeiten und ein ausgeklügeltes institutionelles Regime sorgt dafür, dass die künftigen Mütter aus dem System nicht ausscheren – ohne dass je grundrechtsverletzungsverdächtige Gesetze oder ähnliches nötig gewesen wären.“ (Gehring 2006: 28)

Bezüglich der NRT funktioniert die *Kontrolle von unten* (siehe 4.1.1). Zwang und Selbstzwang spielen Staatsbürger/in gegen Staatsbürger/in aus. Das geht so weit, dass es bald „Sünde sein wird, wenn Eltern ein Kind mit schweren Behinderungen zur Welt bringen“ (vgl. Edwards o. J. zit. in Spiwak 2002: 222). Stellen Behinderte doch nur „Ballast-Existenzen“ (Mattner 2001: 29) dar, die dem Staat (und somit den Bürgerinnen und Bürgern) auf der Tasche liegen und wenig bis gar nichts zum Funktionieren der Gesellschaft beitragen (können). „Da die gesellschaftliche Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen wieder zunimmt und ihre soziale Absicherung schlechter statt besser wird, ist es naheliegend, dass das Ergebnis einer pränatalen Diagnose, die eine Behinderung des Kindes voraussagt, die Abtreibung ist.“ (Tolmein 2000: 4)

Das neu zugängliche genetische Wissen informiert zwar über die jeweiligen genetischen Merkmale, bietet jedoch kaum Lösungsmöglichkeiten. Mit der Diagnose: *vorbelastet* wird der/die Merkmalsträger/in alleingelassen. „Die Humangenetiker wirken wie einstmals die Hohepriester des Orakels: Sie sagen ein Schicksal weis, enthüllen aber nicht, wie man sich darauf einstellen oder ob man ihm entgehen kann.“ (ebd.: 3) Prophezeit das Orakel PND eine Behinderung, schrumpft die Entscheidungsfreiheit der schwangeren Frau auf zwei Optionen: entweder für Abtreibung oder gegen Abtreibung (vgl. ebd.: 4). Im ersten Fall entscheidet sie für sich (und die Gesellschaft), im zweiten dagegen. „Alle Paare, ob sie es wollen oder nicht, stehen früher oder später vor dieser schwer entscheidbaren Entscheidung: Sie müssen abwägen, ob ihr Wunsch, Leiden zu verhindern, von dem nicht

sicher ist, ob es auftritt, die bewußte Selektion eines Embryos rechtfertigt und die ‚Zurückweisung‘ derjenigen potentiellen Kinder, die Träger eines wie auch immer identifizierten ‚Risiko-Gens‘ sind.“ (Beck 2007: 15) Welche Entscheidung für das ungeborene Kind ist, ist unklar. Denn obwohl eine Abtreibung zwar bedeutet, dass dieses Kind nie die Möglichkeit hat zu leben, bedeutet eine Geburt eventuell ein leidvolles Leben.

4.2.2 Individuum geglaubt, Kollektiv gelebt

„Geburt und Tod bilden die Schwellen des Lebens: Eintritt und Austritt. Dazwischen liegt das Leben des Menschen. Sozial geformt wird dieses von einer globalisierten Gesellschaft.“ (Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 13) Trotz der wachsenden staatsbürgerlichen Autonomie steht am Ende das Kollektiv an erster Stelle dieser Gesellschaft. Die individuelle Freiheit wird zwar geglaubt, jedoch nicht gelebt.

Vor allem betreffs medizinischer Entscheidungen wird dem/der Staatsbürger/in sehr deutlich gemacht, welche Entscheidung die richtige ist. Richtig bedeutet gleichzeitig normal und bekämpft somit die ungewünschte Abnorm (vgl. Rose 2001: 15). Um eventuellem Risiko vorzubeugen, heißt es: *Im Zweifelsfall notschlachten*. So schneidet mensch einer Trägerin des Brustkrebsgens vorsichtshalber die gesunde Brust ab und gebärt keine Kinder mit Down-Syndrom mehr (siehe 5.5.2) – müssten diese doch sonst ein unglückliches Leben führen (vgl. Tolmein 2000: 3f).

Ein glückliches Leben wird somit mit genetischer Gesundheit gleichgesetzt, biologische Veranlagung zur einzigen relevanten Variable in der Berechnung des Lebenswerts. Die Bekämpfung der Abnorm wird zum Wohle aller legitim. Was bedeuten ein paar (behinderte) Leben verglichen mit dem Gesamtwohl der Bevölkerung? „This is a public health matter; people should not be free to inflict avoidable diseases on their children, especially if we are ever to have an affordable health care system that provides coverage for everyone.“ (Buchanan, Brock, Daniels, Wikler 2000: 2)

Bildet die biologische Staatsbürgerschaft so gesehen nur ein Scheinkonstrukt innerhalb der modernen Biomacht? „Letztlich dreht sich der medizinische Alltag nur bedingt um das Wohlbefinden des einzelnen Patienten. Vielmehr ist es – mit Maßnahmen der Prävention, Verbesserung, Reproduktion – ‚Leben‘, was in der Biomedizin produziert und produktiv gemacht wird.“ (Gehring 2006: 56) Biologische Staatsbürgerschaft dient scheinbar der *sanften* staatlichen Machtausübung. Sie dient scheinbar dazu, der Staatsbürgerin/dem Staatsbürger Pflichten aufzuzwingen, denen sie freiwillig zu unterliegen glauben, sowie

dazu, Normen aufzustellen, denen sie aufgrund von kollektivierenden Zwängen nachgeben (vgl. Ebers 1995: 237). „What we call a life of one's own is thus neither the expression of a bubbling individualism and egoism that has reached epidemic proportions, nor a life in which individuals float free in determining themselves, but rather a life of thorough conformity that is binding on more and more groups within the context of labour markets buffered by the welfare state.“ (Beck, Beck-Gernsheim 2001: 150)

Ist es nun die Pflicht einer schwangeren Frau, die Qualität ihres ungeborenen Kindes zu testen (?), und falls diese unzureichend ist, die Schwangerschaft abubrechen? Wenn sie sich für den Abbruch entscheidet, tut sie das aufgrund von individueller Überzeugung oder gesellschaftlichen Zwängen? Wobei: Ergibt sich die individuelle Überzeugung nicht aus den gesellschaftlichen Zwängen? Sind *wir* nicht alle davon überzeugt, vollkommen unabhängig zu sein?

Wissen ist Macht für den Staat und Pflicht für die Bürgerinnen und Bürger. Information wird somit zu einem Werkzeug für staatliche Kontrolle. Versagen bleibt jedoch trotzdem individuelles Versagen (vgl. ebd.: 24). Ist Krankheit auch Versagen? Im Fall von NRT ist dies bestimmt der Fall, aber es handelt sich dabei nicht um das Versagen der/des Kranken, sondern um jenes der Eltern der/des Kranken, denn sie haben verabsäumt im *richtigen* Moment *richtig* zu handeln. Wissen sie über die Situation ihres ungeborenen Kindes Bescheid, wird von der Gesellschaft eine Handlung erwartet. Doch, was weiß mensch schon? Die Humangenetik ist immer nur ein Blick in die ungewisse Zukunft und die erwartete Handlung somit eine reine Vorsichtsmaßnahme. „Das Wissen, das Menschen derzeit mit Hilfe der Humangenetik anhäufen können, ist gerade keines mehr, das den Menschen, denen es zuteil wird, Macht verheißt. Schon der Begriff des ‚Wissens‘ führt in die Irre, denn gewusst wird tatsächlich wenig.“ (Tolmein 2000: 3)

Wissen heißt Pflicht und (bewusstes) Nichtwissen ist verantwortungslos. Nichtwissen bedeutet, sich auf Risiken einzulassen und sich bewusst mit dem Umgang von Unbekanntem und Unerwartetem auseinanderzusetzen (vgl. Böschen, Lau, Obermeier, Wehling 2004: 147). „Insbesondere Behindertenverbände fordern ein ‚Recht auf Nichtwissen‘, also ein Recht, nicht wissen zu müssen, ob Menschen TrägerInnen bestimmter Gene beziehungsweise Mutationen sind.“ (Grüber 2000: 8)

Lässt die schwangere Frau ihr Ungeborenes bewusst nicht testen, setzt sie sich und ihr potenzielles Kind dem Risiko des Nichtwissens aus und das könnte zu Krankheit und einer damit einhergehenden, gesellschaftlichen Stigmatisierung führen. Die Auslese der *guten* von den *schlechten* Staatsbürgerinnen und Staatsbürgern erfolgt freiwillig und mithilfe der

Wissenschaft *sauber* in-vitro. Die Eugenik von heute benötigt also keinen Zwang von oben mehr, keine Rassentheorie und keine Konzentrationslager, sondern funktioniert aufgrund von sozialem Druck und genetischem Rassismus: Ein Test, eine Diagnose, eine Entscheidung – so *einfach* kann mensch heute Lebenswert beurteilen.

„Der Ausgangspunkt aller ‚ethischen‘ Fragestellungen wird hingestellt als bloßes Faktum, als bloße ‚Information‘: Die Machbarkeit oder der Befund sind da. Im selben Atemzug werden die Gesellschaft oder aber der Patient oder die Patientin zum Subjekt einer Entscheidung gemacht. Und die Entscheidung wird stilisiert als im Prinzip unumgänglich, dann aber doch mehr oder weniger ‚frei‘.“ (Gehring 2006: 121) Inwieweit die Entscheidung für ein genetisch defektes Kind *frei* ist, ist fraglich – wird doch die Urteilkraft der austragenden Mutter hinterfragt und sie selbst (gegebenenfalls auch der Vater) diskriminiert (vgl. Weikert 2006b: 9). Sie hätte(n) es ja eigentlich *besser wissen müssen*.

4.2.3 Standard

Biologische Staatsbürgerschaft steht immer in Verbindung mit gesundheitlichem Befinden und somit mit medizinischen Vorgängen, Forscherinnen und Forschern, Ärztinnen und Ärzten, Patientinnen und Patienten (oder *den Kranken*). Wird ein Mensch zur Patientin/zum Patienten passiert das in der sterilen Umgebung einer Praxis und/oder Klinik. Mensch betritt die ärztliche Institution, erläutert ihr/sein Problem, die Expertin/der Experte stellt eine Diagnose, woraufhin medizinische Schritte eingeleitet werden, um das Problem zu lösen.

Das Verhältnis von Patientin/Patient und Ärztin/Arzt ist ein asymmetrisches (vgl. Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 91), da letztlich nicht das Empfinden der Patientin/des Patienten, sondern immer der Befund der Ärztin/des Arztes zählt, technische Erklärungen für ein Problem also stets über dem subjektiven Empfinden stehen. „The doctor starts from his patient’s sense of how well or ill he feels, although he cannot trust this sense completely. The diagnosis must then give a technical explanation of why the patient feels the way he does, which in turn requires an appeal to examples of what everyone agrees to be a healthy body.“ (Dreyfus, Rabinow 1982: 202) Diese Asymmetrie wird durch den wachsenden Informationsfluss zwischen den Staatsbürgerinnen und Staatsbürgern sowie durch frei zugängliches Wissen geschwächt. „Producing informed citizens also produces epistemic standards.“ (Cussins 1996: 597)

Kollektive Staatsbürgerschaft führt zur Bildung von Selbsthilfegruppen, die ihre Rechte als biologische Staatsbürgerinnen/Staatsbürger einfordern: bessere Behandlungen (vgl. Novas, Rose 2005: 442). Denn die Medizin bietet primär Standards: *Übliche* Vorgehensweisen, *übliche* Ergebnisse, *mögliche* Nebenwirkungen etc. – medizinische Behandlungen sind Eingriffe, die an den Durchschnitt angepasst sind. Das Individuum verschwindet und wird zur gesichtslosen Person mit biologischen Mängeln.

Auch Kundinnen und Kunden der NRT werden zu Patientinnen und Patienten und somit in einen standardisierten Klinikalltag eingegliedert (vgl. Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 94). Ob unfruchtbare Frau oder unfruchtbarer Mann, Eizellenspenderin oder Samenspender, Leihmutter, Embryo, Fötus oder Neugeborenes – alle sind Akteurinnen und Akteure eines standardisierten medizinischen Vorgangs, der ein zentrales Ziel verfolgt: Die Krankheit Sterilität mit einem Baby zu beheben (vgl. ebd.: 92). Jedes Erstgespräch (sogenannte *Kinderwunsch-Sprechstunden*) zwischen Ärztin/Arzt und ungewollt kinderlosen Patientinnen/Patienten dreht sich um die Erhebung derer biologischen Vorgeschichte mithilfe eines standardisierten Fragebogens (vgl. ebd.: 41). Mit Fragen nach Alter, Größe, Gewicht, Operationen in Bauch und Unterleib, Krankheiten, frühere Erkrankungen, Zyklusverlauf, Regelblutung, bisherige Form der Verhütung, vorausgegangene Schwangerschaften und deren Verlauf, Fehlgeburten, Entzündungen der Eierstöcke, der Scheide oder der Hoden/Nebenhoden, der Dauer des Kinderwunsches, der Art und Dauer der bisher durchgeführten Diagnostik und eventuellen Therapien wird der Körper von Frau und Mann medikalisiert (vgl. ebd.). Die Menschen werden zu Körpern mit einer Funktionsstörung, die behoben und/oder umgangen werden muss. Die Ärztin/der Arzt wird gleichzeitig zur Aufseherin/zum Aufseher, die/der im Uterus der abnormalen Frau das Wunschprodukt Baby ermöglichen soll (vgl. Martin 1989: 78).

Da sterile Paare sich schon vor ihrem ersten Gang zum „Kinderwunsch-Zentrum“ (Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 89) mit ihrer Dysfunktion beschäftigen müssen – denn alleine um den Entschluss zu fassen, zu einem Kinderwunsch-Zentrum zu gehen, benötigt es eine ausreichende Auseinandersetzung mit den Themen Kinderwunsch und (möglicher) Unfruchtbarkeit (vgl. Cussins 1996: 582) –, sind sie sogenannte informierte biologische Staatsbürger/innen (vgl. Novas, Rose 2005: 442). Mithilfe von Sachbüchern, wissenschaftlichen Zeitschriften, Selbsthilfegruppen, Internetforen etc. sind sie reichlich informiert und für mögliche Diagnosen, Fachtermini, Behandlungsschritte gewappnet.

Nicht mehr staatliche Autoritäten allein, sondern auch von Krankheiten direkt und indirekt

Betroffene tragen zur biologischen Weiterbildung bei (vgl. ebd.: 445). In der Hoffnung auf medizinische Weiterentwicklung und potenzielle Heilung greift der/die informierte biologische Staatsbürger/in in das Forschungsgeschehen ein (vgl. ebd.). „By acting upon the science of the present to accomplish their hopes and aspirations, patients and the organisations which represent them now play a vital role in the governance of disease by becoming educated about their illness, by coordinating and managing scientific research efforts, and by advocating politically on behalf of their disease.“ (Novas 2007: 22)

In der Hoffnung auf ein Kind fügen sich Kinderwunschpatientinnen und Kinderwunschpatienten standardisierten, unpersönlichen Behandlungsabläufen der NRT. „In Hinblick auf ihre Standardisierung und Routinisierung weisen Reproduktionstechnologien rezept-ähnliche Charakteristiken auf: Anhand der Vorgaben müssen Handlungsschritte in der ‚richtigen‘ Reihenfolge getätigt werden, um ein bestimmtes Ergebnis hervorzurufen bzw. [...] wahrscheinlich zu machen.“ (Hadolt, Lengauer 2003: 304)

Mit von sich gestreckten Füßen und weit geöffneten Schenkeln wartet die NRT-Patientin auf die Standard-Empfängnis (vgl. Spiwak 2002: 21), der Mensch nimmt seine Evolution somit zunehmend selbst in die Hand (vgl. Watson o. J. zit. in ebd.: 13). Das Ergebnis ist genormt. Es ist ein sogenanntes Designerprodukt, programmiert nach den Vorstellungen der Erzeugerinnen und Erzeuger (vgl. Habermas 2001: 77f), der „Hightech-Kinderproduzierer“ (Wellmann zit. in Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 99), die ein gesundes Ideal erschaffen sollen. Positive Medizin wird zu einer reflexiven Medizin transformiert (vgl. Hitzler, Pfadenhauer 1999, zit. in May; 2004: 196). Nicht mehr Leben an sich, sondern die Qualität von Leben, Design, Ideal, Biovalue steht im Hauptaugenmerk der Medizin: „pro life versus pro choice.“ (Habermas 2001: 57)

Zusätzlich zur Standardisierung der medizinischen Vorgänge kommt mit *pro choice* (vermeintliche) Wahlfreiheit der Patientinnen/Patienten, sind sie doch die Konsumentinnen und Konsumenten der Medizin. Pro choice bedeutet somit unter anderem Konsumentenauswahl und macht Medizin zum Konsumgut (vgl. Pálsson 2007: 61). Doch auch pro choice ist durch gesellschaftliche Zwänge der biologischen Staatsbürgerschaft reguliert. Wahlfreiheit bezüglich medizinischer Vorgänge bedeutet, *sich in Grenzen und Kompromissen bewegen zu dürfen, sich normal zu verhalten und die gewünschten/richtigen Entscheidungen zu treffen, um Risiko vorzubeugen*. „Power is exercised only over free subjects, and only insofar as they are free. By this we mean individual or collective subjects who are faced with a field of possibilities in which several

ways of behaving, several reactions and diverse comportments may be realized.“ (Foucault 1982a: 221)

4.3 Biologische Staatsbürgerschaft – ein Werkzeug der Biomacht heute

„Nicht weil sie alles umfaßt, sondern weil sie von überall kommt, ist die Macht überall.“ (Foucault 1983: 94) Biologische Staatsbürgerschaft ist nur ein weiteres Werkzeug, um Staatsbürgerinnen und Staatsbürger zu kontrollieren (vgl. Pálsson 2007: 161). Vor allem die individualisierende Eigenschaft der biologischen Staatsbürgerschaft ermöglicht es der Biomacht, noch weiter in das Leben der/des Einzelnen einzudringen.

Heute ist es Pflicht der Staatsbürger/innen, auf die persönliche Gesundheit zu achten und das eigene Leben ständig zu kontrollieren und zu bewerten, um gesund zu bleiben. Gesundheit ist nichts Gegebenes mehr und nur in Notfällen zu reparieren, sondern bedarf ständiger Kontrolle und Wiederherstellung (vgl. Beck, Beck-Gernsheim 2001: 140).

„Inevitably, the focus on codes and messages brought about by the new genetics has resulted in a shift in the way people talk about health, care for the body, and human responsibility.“ (Pálsson 2007: 214)

Biomacht konzentriert sich also zunehmend auf den einzelnen Körper, überblickt damit aber gleichzeitig die gesamte Gesellschaft (vgl. Strathern 2004, zit. in Pálsson 2007: 125).

Sie arbeitet mit einem tiefgreifenden Wertebild, einer gesellschaftlichen Vorstellung darüber, was normal ist, und kreiert somit selbstverantwortliche Staatsbürgerinnen und Staatsbürger. „Self-realization and self-determination are by no means merely individual goals; they are often also public stopgaps, the reverse side of the problems that all partial systems unload onto citizens by suddenly deeming them mature and responsible.“ (Beck, Beck-Gernsheim 2001: 26) Mit der zunehmenden Individualisierung steigt die Heterogenität der Abnorm, die Norm wird zu einem unerreichbaren Ideal. Jede/r hat ihre/seine Wehwehchen, ob es nun schiefe Zähne sind oder ob es Übergewicht ist, es muss reguliert werden.

Das treibt die Absurdität der Abnormalität so weit, dass es bis zu einem gewissen Grad normal ist, abnormal zu sein (vgl. ebd.: 26). Einzigartigkeit wird somit zu einem normativen Zwang (vgl. Ebers 1995: 41). Jene Menschen, die überdurchschnittlich abnormal sind, überschreiten diesen *gewissen Grad*. Im Rollstuhl, pflegebedürftig, unbrauchbar für den Arbeitsmarkt behindern sie (alleine durch ihre Existenz) die *normal*

Abnormalen. Doch „[...] zu einer Gesellschaft gehören alle – ob behindert oder nicht.“ (Kassel 2001: 37)

Unsere Gesellschaft befindet sich derzeit auf dem Weg Richtung absoluter, biologischer Konsumentinnen- und Konsumenteneugenik. *Freiwillig* werden Entscheidungen gegen Leben getroffen, weil Leben nicht mehr gleich Leben, nicht jedes Leben lebenswert ist. Das Angebot der PND *vereinfacht* die Verhinderung von Behinderung. Menschen, die geboren und aufgrund von anderen (außergenetischen) Umständen behindert oder krank (oder einfach nur alt) sind, werden in sozialen Institutionen betreut und/oder geheilt. Die normalen Abnormalen sperren die abnormalen Abnormalen weg, um sie so normal Abnormal wie möglich zu machen und anschließend wieder in *unsere* Gesellschaft zu integrieren.

Ob und, falls ja, wieviel das mit Menschenwürde, -verstand oder gar *Denkschärfe* zu tun hat, ist zu hinterfragen. „Inmitten der abgeklärten Welt der Geisteskrankheit kommuniziert der moderne Mensch nicht länger mit dem Wahnsinnigen: Auf der einen Seite gibt es den Menschen der Vernunft, der für den Wahnsinn den Arzt abstellt und damit nur durch die abstrakte Universalität der Krankheit einen Bezug zu ihm gestattet; auf der anderen Seite gibt es den Menschen des Wahnsinns, der mit dem anderen allein vermittelt einer ganz ebenso abstrakten Vernunft kommuniziert, welche Ordnung, physischer und moralischer Zwang, anonymer Druck der Gruppe und Forderung nach Konformität ist.“ (Foucault 1961: 8)

Die Biomacht von heute versteckt sich hinter gesellschaftlichen Zwängen und Pflichten. Sie unterteilt Körper bezüglich innerer und äußerer Eigenschaften und aus dem zunehmenden Drang zur Selbstkontrolle entsteht die biologische Staatsbürgerschaft – eine Form der Macht, die Bürger/innen sich selbst kontrollieren lässt. Die Kontrolle basiert auf *freiwilligen Entscheidungen*, die getroffen werden müssen – egal, ob mensch will oder nicht (vgl. Kamper 2001: 159).

„In Rücksicht auf diese Lage hat sich in der Epoche Leben machen und Sterben lassen einiges geändert. Seitdem werden die Menschen nicht nur mit dem Tod, sondern auch mit Leben bedroht. Seitdem haben sich die Strategien menschliche Identität und anthropologische Differenz in Aporien verwandelt. Seitdem stocken die Bewegungen vor dem nächsten Schritt. Die Alternative ist ausweglos geworden. Nicht einmal die Chance des kleineren Übels ist geblieben.“ (ebd.: 159) Individualität ist somit im Grunde unerwünscht, denn die Bürger/innen sollen sich der staatlichen Norm anpassen. Wirklich

individuell sind schließlich nur jene Bürger/innen, die, ob nun gewollt oder ungewollt, von dieser Norm abweichen, die abnormal und unerwünscht (?) sind.

4.4 Ausblick

Jede/r von *uns* ist biologische/r Staatsbürger/in (!) mit Krankenversicherung, E-Card, Hausärztin/Hausarzt und einer genormten Vorstellung davon, wie ein gesunder Körper ausschauen soll. Ob *wir* dieser Norm nun entsprechen oder nicht, ist eine andere Sache – ändert jedoch nichts an der Tatsache der biologischen Staatsangehörigkeit, an Gruppenzugehörigkeit und persönlicher Biovalue.

„A gene is a gene is a gene“ (Rheinberger 2000, zit. in Pálsson 2007: 213) – wirklich? Laut aktuellem genetischem Glauben scheinen manche Gene besser zu sein als andere. Aus diesem Grund ist die Wissenschaft auf der ständigen Suche nach Wegen, Gene zu verändern und zu verbessern, und das nicht mehr ausschließlich im Kampf gegen Krankheit und Behinderung, sondern zunehmend mit dem Ziel, den Körper zu verbessern, gut funktionierende Körper noch besser, schneller, stärker und schöner zu machen (vgl. Beck, Beck-Gernsheim 2001: 143): *A gene ain't a gene ain't a gene ...*

Warum nicht Geld für eine Aufwertung des eigenen Lebens ausgeben? Da sich ein lebenswertes Leben aus Biovalue ergibt, stellt sich die Frage: Wieviel würde mensch für gesundes Körpergewebe/gute Gene zahlen (vgl. Pálsson 2007: 92)? Führt das Streben nach biologischer Aufwertung des Menschen zur Kommerzialisierung des menschlichen Lebens (vgl. de Vries, Hagendijk, Nelis 2007: 31)?

Wie bereits erwähnt dienen Humantechnologien dazu die Urwünschen des Menschen (Kinder und ein langes Leben) zu erfüllen (siehe 3). Botox® beim Frisör und eine Schönheitsoperation in der Mittagspause, um den Schein der Jugend wenigstens äußerlich zu waren, scheinen heute nichts Ungewöhnliches mehr zu sein (vgl. O'Neill 2007: 62). Was spricht also gegen Genetic Engineering in-vitro, um den eigenen Körper vorgeburtlich zu modifizieren?

Das Problem ist jedoch, dass es sich bei vorgeburtlicher Modifikation nie um selbstbestimmte Modifikation handeln kann und Menschen somit zu Designerprodukten werden, die den zeitgenössischen Modevorstellungen der jeweiligen Eltern und/oder Ärztinnen und Ärzten entsprechen. Wie die aktuellste, schönste Mode oder das aktuellste, schnellste Computerprogramm oder das aktuellste, größte Auto gibt es dann die aktuellste,

beste Genkombination für das idealste Repro-Kind (vgl. Frozen Angels 2005). Doch gleichsam wie Mode, Computerprogramme und Autos entwickeln sich auch Genkombinationen weiter und was heute ideal ist, wird morgen alt sein. Jedes ideale Repro-Kind wird somit früher oder später zum veralteten Repro-Menschen mit der Genkombination von vorgestern.

„[...] was ist die Bestimmung des Menschen? Das, was gut für den Körper ist? Nein.“ (Foucault 1979: 208) Genforscher sehen die Bestimmung des Menschen darin, sich selbst neu zu erschaffen, um biologisch unfehlbar und unsterblich zu werden (vgl. Mieth 2001: 58). Dieser Traum wird jedoch immer ein Traum bleiben, „weil Endliches wieder nur Endliches und nicht Unendliches hervorbringen kann“ (ebd.). Der Traum wird vielmehr zu einem Alptraum, einem neuen Weg, Menschen zu klassifizieren und zu diskriminieren, zu kontrollieren und zu unterdrücken. Er führt zu Menschen, die sich für die Jugend unters Messer legen, und zu Eltern, die für genetische Gesundheit ihr Wunschkind abtreiben – freiwillig. „Was uns heute schreckt, halten unsere Kinder für denkbar, unsere Enkel für akzeptabel und unsere Urenkel für normal.“ (Spiewak 2002: 232)

5 Wie neue Reproduktionstechnologien biologische Staatsbürgerschaft in Österreich formen

„Letztendlich geht es darum, wer und was wir selbst sein wollen. In diesem Sinne ist Reproduktionstechnologiepolitik Teil einer Identitätspolitik.“

(Hadolt 2009: 43)

Am 5. August 1982 um 16:25 Uhr erblickte Slatan Jovanovic das Licht der Welt (vgl. Hadolt 2009: 9; Kemeter o. J.: o. S.; Weikert 2006a: 199). Slatan wurde in Zusammenarbeit der Ärzte Adolf Beck, Wilfried Feichtinger, Hubert Janisch, Peter Kemeter, Stefan Szalay, seinen Eltern Jovanka und Ragan Jovanovic *gemacht* und ist somit das erste österreichische IVF-Kind (vgl. Kemeter o. J.: o. S.). Nach diesem nationalen Durchbruch schreiben Wilfried Feichtinger und Peter Kemeter bald internationale NRT-Geschichte. „Zwei Wiener machen’s ambulant“ (ebd.) – gemeint ist die erste ambulante Eizellentnahme der Welt, durchgeführt in Wien (vgl. ebd.). Während Österreich damals noch Vorreiter bezüglich der NRT war, ist die Forschung heute durch

strenge Regelungen und Gesetze sehr eingeschränkt. Vor allem aufgrund *unserer* nationalen Geschichte ist der Umgang mit Stammzellen- und Reproduktionsforschung in Österreich sehr vorsichtig. So bilden *wir* hier heute eines der Schlusslichter.

Das folgende und letzte Kapitel meiner Diplomarbeit will jedoch keinen historischen Rückblick der NRT in Österreich geben, sondern beschreibt vielmehr die aktuellen Auswirkungen der NRT auf den/die einzelne/n Österreicher/in. Ich führe die drei vorangegangenen Kapitel Biomacht, neue Reproduktionstechnologien und biologische Staatsbürgerschaft in Hinblick auf die rechtlichen Regelungen der NRT in Österreich sowie in Bezug auf die österreichische Vorstellung von Norm und Abnorm zusammen und forme sukzessive den/die biologische/n Staatsbürger/in in Österreich.

Während die Biomacht auch in Österreich über jede/n *wacht*, folglich jede/r von *uns* biologische/r Staatsbürger/in ist, betreffen die NRT zunächst nur Menschen/Paare mit unerfülltem Kinderwunsch. Basierend auf bevölkerungspolitischen Statistiken und Durchschnittswerten *kreiere* ich vorerst die *typische* biologische Durchschnittsösterreicherin/den *typischen* biologischen Durchschnittsösterreicher mit all ihren/seinen staatsbürgerlichen Pflichten und forme anschließend die österreichische Durchschnittsmutter. Sie soll veranschaulichen, wie es ist, in Österreich schwanger zu sein, welchen medizinischen Methoden sich frau hier (selbstverständlich) unterwirft, um genormt ein normales Kind gebären zu können.

Trotz oder gerade aufgrund der engen gesetzlichen Regelungen der NRT tragen diese für ihre Konsumentinnen und Konsumenten, aber auch für jene Österreicherinnen und Österreicher, die sich ohne NRT fortpflanzen, einiges bezüglich staatsbürgerlicher Pflichten und Zwängen bei. Wie erwünscht sind behinderte Menschen in Österreich, wie toleriert ist eine werdende Mutter, die bewusst ein behindertes Kind austrägt? Wie groß ist die individuelle Entscheidungsfreiheit der/des österreichischen biologischen Staatsbürgerin/Staatsbürgers, wie wichtig die Gesamtgesellschaft? Am Ende kehre ich zu Michel Foucaults Biomacht zurück, die heute, obwohl unsichtbar und immer weiter hinter der Biomedizin versteckt, wohl mächtiger als je zuvor agiert, beeinflusst und selektiert – und das auch in Österreich.

5.1 Die biologische Österreicherin/der biologische Österreicher

Der/die Österreicher/in soll bestmöglich den österreichischen Normvorstellungen einer guten Staatsbürgerin/eines guten Staatsbürgers entsprechen (siehe 2.2.2).

In Österreich ist die Norm einfach zu erkennen, handelt es sich doch um die Mehrheitsbevölkerung. So hat der/die Ideal-/Normalbürger/in immer vier Gliedmaßen (zwei Arme und zwei Beine), einen Kopf mit zwei Augen und Ohren sowie einer Nase und einem Mund. Auf dem Kopf befinden sich je nach Geschlecht und Alter eine bestimmte Menge und Länge an Haaren (wobei Länge zunehmend geschlechtsunspezifisch wird, so weichen Frauen mit kurzen und Männer mit langen Haaren nicht mehr von der Norm ab). Der Hals verbindet den Kopf mit dem Rest des Körpers. Dieser Rest, der Rumpf sozusagen, sollte die wichtigsten Organe wie Herz, Lunge, Leber etc. beinhalten und weder zu dünn noch zu dick sein (wobei der/die Durchschnittsbürger/in mittlerweile zu einem kräftigeren Körperbau tendiert). Weiters soll der Körper von bestimmter Kleidung bedeckt sein und, um auch normal zu bleiben, in regelmäßigen Abständen bestimmten hygienischen Maßnahmen sowie ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen unterzogen werden. Der/die Österreicher/in soll bestimmte staatliche Institutionen besuchen (z. B. Schule, Militär, Pflegeheim etc.), ein *gesundes* Sozialleben pflegen, physische sowie psychische Mängel mit einer *tolerierbaren* Dosis legaler Drogen (z. B. Medikamente und/oder Alkohol) behandeln und regelmäßig einen angemessenen Geldbetrag in Form von Steuern dem Staat zukommen lassen.

Kurz: Der/die ideale österreichische Staatsbürger/in soll *funktionieren* und sich der Gesamtbevölkerung *anpassen*. Individualität ist nur bis zu einem bestimmten Grad erwünscht bzw. zugelassen (?).

Biologische Staatsbürgerschaft in Österreich unterscheidet sich so gesehen nicht von biologischer Staatsbürgerschaft generell (siehe 4.2). Es gibt eine Normvorstellung des idealen Körpers sowie eine Mehrheitsbevölkerung, die dieser Norm entspricht. Gleichzeitig konstruiert die Norm auch die Abnorm: Menschen, deren Körper nicht meiner vorangegangenen, sehr banalen Beschreibung der Idealösterreicherin/des Idealösterreichers entsprechen und die entweder physisch und/oder psychisch und/oder sozial aus der Reihe tanzen.

Diese Abnorm, sogenannte „Menschen mit Beeinträchtigungen“, sind eine stark heterogene Gruppe und nicht mit einer einheitlichen Definition zusammenfassbar“ (Leitner 2008: 1132).

Ich möchte hier auch nicht Norm oder Abnorm konkret zu definieren versuchen, vielmehr unterstreiche ich die Unklarheit beider Konstrukte. So existiert bezüglich der Norm und der Abnorm weder eine fassbare Definition noch eine genaue Grenze. Es handelt sich eher um eine subjektive Ansichtssache, *wer für mich normal ist und wer nicht*. Diese Ansichtssache ist immer beeinflusst und geformt von der eigenen Situation, von Wahrnehmung, Toleranz und Bildungsstatus und vor allem davon, *ob ich mich selbst zur Norm oder zur Abnorm zähle*. Subjektives Selbstbild formt die Ansicht der anderen und trägt zur jeweiligen Eingliederung in die Gesellschaft bei. Kommt es doch unter anderem auf die Eigenzuschreibung und -benennung an, zu welcher Gruppe und Subgruppe eine Person gehört (siehe 2.2).

Trotzdem gibt es bestimmte Eigenschaften, die von der/dem Betroffenen nicht beeinflusst werden können. So bleibt ein/e Rollstuhlfahrer/in immer Rollstuhlfahrer/in, ein/e Blinde/r immer blind und ein Mensch mit Down-Syndrom kann nichts an ihrer/seiner Chromosomenanzahl ändern.⁵⁶ In diesen Fällen ist eine Zuschreibung zu der biologischen Abnorm unumstößlich, denn ein krankes und/oder behindertes Individuum ist nie normal. Ich nenne diese Form der Abnorm die *endgültige Abnorm*, bei der es sich um Menschen handelt, die auch durch etwaige Behandlung in einer Institution nicht in die Normalbevölkerung integriert werden können und somit, da Krankheit und Behinderung in *unserer* Gesellschaft Leid und Last bedeuten immer stigmatisiert bleiben (siehe 3.3.5.3).

Vor dieser dauerhaften Stigmatisierung fürchtet mensch sich, chronische Krankheiten sowie Behinderung sollen darum verhindert werden. PND sind ein Werkzeug, das der Bekämpfung dieser Bedrohung dient und in Verbindung mit den weiteren Techniken der NRT zunehmend den/die biologische/n Österreicher/in formt. Gemeinsam mit der Erzeugung von Biovalue verändern sie unser Verständnis von menschlichem Leben (vgl. Novas, Rose 2005: 458). Denn erst seit den NRT ist Unfruchtbarkeit und Kinderlosigkeit keine endgültige Abnorm mehr. Erst seit den NRT können Frauen ihre biologische Uhr beeinflussen, sind Männer nicht mehr auf die eigene Spermienqualität angewiesen, sollte diese unzureichend sein, und erst seit den NRT ist es möglich, eine Entscheidung für oder gegen endgültige Abnorm zu treffen. Allein die Option der Qualitätsprüfung des potenziellen Kindes verschiebt die Ansicht von Norm und Abnorm, ermöglicht Bewertung in Form von Biovalue und färbt Sprache zunehmend biologisch – denn erst seit den NRT spricht mensch von *potenziellen Kindern* (vgl. Weikert 1998: 91).

⁵⁶ Diese drei Beispiele sind nach derzeitigem medizinischen Wissen unveränderbar, in Zukunft jedoch evtl. behandel- und heilbar.

5.2 Zahlen: Ein Querschnitt durch die österreichische Bevölkerung

Im Jahr 2009 gibt es 8,355 Mio. Österreicherinnen und Österreicher (vgl. Leitner 2009: 27). Dank einer tiefgreifenden Bevölkerungskontrolle und einer regelmäßigen Analyse des Umfangs und der Struktur der Bevölkerung ist es möglich, aus den 8,355 Mio. Menschen *die eine* Durchschnittsösterreicherin/*den einen* Durchschnittsösterreicher zu generieren. Mensch addiert und dividiert und schon ist Maxime/Max Mustermann zum Leben erweckt. Ob demografische Berechnungen, die zu einem Durchschnittsmenschen führen, auch Realität zeigen, ist fraglich. Denn wie viel Durchschnitt steckt schließlich wirklich in jeder/jedem von *uns*?

Realität hin oder her: Quantitative Erhebungsmethoden von Statistik Austria formen solch eine Durchschnittsbürgerin/einen Durchschnittsbürger, sie führen weg von den Eigenschaften eines Individuums hin zu den Eigenschaften der Bevölkerung (siehe 2.2).

So ist die österreichische Bevölkerung mit ihrem Gesundheitszustand zufrieden, geben bei der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 doch rund 76 % der Befragten ihren Gesundheitszustand als sehr gut bzw. gut, 18 % als mittelmäßig und nur 6 % als schlecht bzw. sehr schlecht an (vgl. Klimont, Kytir, Leitner 2007: 9). Generell wird in Österreich sehr viel Wert auf Gesundheit und Gesundheitsvorsorge gelegt. Im Juli 2009 gibt es 8,5 Mio. aktive E-Cards (vgl. Leitner 2009: 65).

Es ist wichtig, regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen zu gehen, um dem Risiko einer möglichen Krankheit vorzubeugen. Das Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung ist im letzten Jahrzehnt entsprechend um ein Drittel gestiegen, allein im Jahr 2008 wurden rund 987.700 Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt (vgl. ebd.: 64).

Gleichzeitig steigt die Lebenserwartung der Bevölkerung. So wird im Jahr 2008 eine durchschnittliche Österreicherin 83,0 und ein durchschnittlicher Österreicher 77,6 Jahre alt (vgl. ebd.: 34). Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der gleichzeitig sinkenden Geburtenrate erhöht sich der Anteil der älteren Mitbürger/innen (vgl. ebd.: 31). Die Bevölkerung altert.

Auch österreichische Mütter werden älter. Das Durchschnittsalter einer Frau bei der Geburt ihres ersten Kindes beträgt 2008 28,1 Jahre, das der werdenden Mütter überhaupt liegt bei 29,4 Jahren (vgl. ebd.: 28f). Generell gebären 95 % der österreichischen Frauen in einer Altersspanne zwischen 19 und 39 Jahren, der Trend geht jedoch in Richtung älterer Mutterschaft. Das zeigt sich unter anderem darin, dass die Zahlen der werdenden Mütter unter 19 Jahren abnehmen und jene über 40 steigen (vgl. ebd. 28ff). Durchschnittlich hat

2008 eine Österreicherin 1,41 Kinder, davon wurden 28,0 % mittels Kaiserschnitt geboren (vgl. ebd. 28 und 30). Die lebendgeborenen Kinder entsprechen bezüglich ihres Gewichts zu 92 % dem von der WHO bestimmten Normalgewicht (zwischen 2,5 und 4,5 kg), wobei der Anteil der Säuglinge mit einem Körpergewicht unter 2,5 kg auf 6,7 % gestiegen ist (vgl. ebd.: 30). Diese Entwicklungen sind normal, die Durchschnittswerte der österreichischen Bevölkerung ganz im Trend und stimmen mit den europaweiten Zahlen überein. *Wir* befinden uns im Mittelfeld (vgl. ebd.: 28ff).

Vor allem das steigende Alter der werdenden Mütter ist für meine Arbeit relevant – da mit dem Alter auch die Unfruchtbarkeit zunimmt (siehe 3.2.1) und NRT somit gesellschaftlich immer interessanter werden.

In Österreich sind rund 30.000 Paare unfruchtbar (vgl. Feichtinger, Stanzl 2009: 131), doch trotz fortschreitender Technik können die Göttinnen und Götter in Weiß die biologische Uhr nicht immer zurückdrehen (vgl. ebd.: 13), vor allem auch, weil der Technik durch die Gesetzgebung Einhalt gebietet wird.

5.3 Schwangerschaft in Österreich

„Normal ist heute, dass 80 Prozent der Eltern eine CD mitbringen. Sorgfältig ausgewählte Musik, oft selbst gebrannt. Meistens ist das was Entspannendes, Esoterisches. Ich hatte aber auch schon eine Psychologin, die unbedingt zu Wagners *Walküre* entbinden wollte. Das sollte der Soundtrack zu ihrer Geburt sein. Und ungefähr die Hälfte meiner Paare bringt eine Flasche Sekt oder Champagner mit. Diese Paare haben auch alle schon zig Ratgeber darüber gelesen, wie ihr Kind durchschläft, wie es gestillt werden muss und optimal gefördert wird. Dabei ist es noch gar nicht geboren. Es wird nicht mehr viel dem Schicksal überlassen.“ (Kaller 2009: 15)

In der reflexiven Moderne bedeutet Sowohl-Als-Auch für eine Frau nicht unbedingt: sowohl Mutter als auch berufstätig, sondern vielleicht: sowohl berufstätig als auch Weltenbummlerin und in der Folge geplant kinderlos zu sein. „Kind sein, heranwachsen, Familie gründen, alt werden, sterben“ (Feichtinger, Stanzl 2009: 48) – während dieser Lebensweg in den 50er Jahren wohl noch etwas Natürliches, wenn nicht sogar Pflicht einer Staatsbürgerin/eines Staatsbürgers war (vgl. ebd.), werden Familiengründung und Kinderkriegen heute (falls überhaupt) zunehmend später in der eigenen Biographie eingereiht und meist detailliert geplant (siehe 3.2.1).

In Österreich kommen von Jahr zu Jahr weniger Kinder zur Welt (vgl. Wagner 2009: 2). So hat eine Frau 2008 nur 1,41 Kinder (siehe 5.2), die *Idealfamilie*: Mutter, Vater, Mädchen, Bub geht sich um gut ein halbes Kind nicht mehr aus (siehe 2.2.2).

Wird eine Frau in Österreich schwanger, trägt sie aktiv zum Bevölkerungswachstum und zur staatlichen Familienplanung bei. Sie gebärt (hoffentlich) eine/n neue/n Staatsbürger/in und somit auch wertvolles soziales Kapital (siehe 2.1). Insofern ist es nicht nur im Interesse der Frau (sowie des evtl. vorhandenen Partners) und des ungeborenen Kindes, sondern auch im Interesse des österreichischen Staates, dass das Kind gesund zur Welt kommt. Um eine gesunde Geburt zu begünstigen, stehen der schwangeren Frau daher bestimmte medizinische Dienstleistungen zur Verfügung, die sie im Laufe ihrer Schwangerschaft in Anspruch nehmen kann (oder muss?).

Diese Dienstleistungen, angefangen bei der Ultraschalluntersuchung, die heute einen festen Bestandteil jeder *normalen Schwangerschaft* bildet (vgl. ebd.: 27) über die Amniozentese, die zunehmend routinemäßig zum Schwangerschaftsalltag zählt (vgl. ebd.: 35), bis hin zur Polkörperdiagnostik, die gerne von ART-Patientinnen und -Patienten in Anspruch genommen wird, mutieren risikohemmende Diagnosen von der Möglichkeit zur Pflicht.

Eine Schwangerschaft gilt heute für Frauen ab 30 als risikoreich. Das ist im Vergleich zu den 1980er/1990er Jahren ein Sprung von 10 Jahren (!), denn damals zählte frau erst ab 40 zur Schwangerschaftsrisikogruppe (vgl. Weikert 2006b: 8).

„Pregnant women are risk profiled by their doctor or midwife, and, if allocated to a high risk group for miscarriage, premature birth or associated difficulties, are subject to enhanced surveillance by midwives and gynaecologists“ (Weir 1996, zit. in Rose 2001: 8).

Es gilt, *das Leben der/des Schwächeren zu schützen* (vgl. Welan 2002: 26), wobei die/der Schwächere in diesem Fall ein ungeborener Embryo, ein ausschließlich in-vivo lebensfähiger *Zellhaufen* ist, der, ob gesund oder nicht, legal bis ins dritte Schwangerschaftsmonat abgetrieben werden darf – zu Recht (!), denn schließlich sollten trotz allem die Interessen der schwangeren Frau im Mittelpunkt des medizinischen Fokus stehen und nicht die des ungeborenen Lebens.

Die sogenannte Fristenlösung trat in Österreich 1975 in Kraft und räumt seitdem jeder Frau das Recht auf einen Abbruch jeder Schwangerschaft bis ins dritte Schwangerschaftsmonat ein (vgl. StGB §97 Abs. 1). Gleichzeitig wird Abtreibung aufgrund von „eugenischer Indikation“ (Lebenshilfe Wien 2006: o. S.) straffrei. Das bedeutet, dass bei einer gesundheitlichen Gefahr für die schwangere Frau und/oder einer hohen Wahrscheinlichkeit einer körperlichen und/oder geistigen Behinderung des Kindes Spätabtreibung bis kurz vor

dem Geburtstermin erlaubt ist (vgl. StGB §97 Abs. 1). Die verstärkte Personalisierung und Verselbstständigung des Fötus (vgl. Hadolt, Lengauer 2003: 16) stellt das Recht auf Schwangerschaftsabbruch zunehmend in Frage, denn *wir*, die geborenen Menschen, sehen uns plötzlich in der Rolle der Beschützer/innen der ungeborenen Menschen und haben ihnen gegenüber moralische und rechtliche Pflichten (vgl. Habermas 2001: 67). „Aus der schwangeren Frau wird eine dem zukünftigen Leben gegenüber medizinisch und juristisch verantwortliche Person. Aus dem Kind in ihrem Bauch wird ein anderes, von ihr unabhängiges Subjekt mit Rechtsansprüchen, welches unter Umständen von anderen Personen als seiner Mutter besser vertreten werden kann. Die Medizin hat einen neuen Patienten und die Jurisprudenz einen neuen Klienten. In freudiger Erwartung stürzt sich die embryonale Medizin auf den Embryo.“ (Weikert 1998: 120) Denn wenn ein embryonaler Zellhaufen lebt, lebt ein Fötus erst recht. Folglich ist es widersprüchlich, wenn Abtreibung erlaubt, Forschung an entwicklungsfähigen Zellen jedoch verboten ist (siehe 5.4.2).

Dazu kommt, dass die Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs, der bei (wahrscheinlich) behinderten Kindern auch noch nach dem dritten Schwangerschaftsmonat erlaubt ist, immer auch eine Bewertung dieses Lebens impliziert. Hier bewerten *wir* Leben und entscheiden, welches mehr und welches weniger lebenswert ist (vgl. Foucault 1992: 43). (Wobei die verlängerte Frist der Abtreibung bei behinderten Kindern schon eine Bewertung an sich ist.)

Hat sich eine schwangere Frau für ihr Kind entschieden, wird ihre Schwangerschaft aufgrund ihrer Funktion als *Lebensgeberin neuer Staatsbürger/innen* von Expertinnen und Experten bewacht und notfalls beeinflusst, denn, wie erwähnt, betrifft Sexualität und Fortpflanzung immer sowohl Individuum als auch Gesellschaft (vgl. Freundlich 1913, zit. in Mesner 2006: 183). Der Staat greift somit zum Wohle der staatlichen Familienplanung in das Leben der Frau ein und übt mithilfe von sozialen Zwängen Macht auf ihr Leben aus – Biomacht (siehe 3.4)!

Staatliche Familienpolitik bedeutet somit Förderung der Fortpflanzung um dem Geburtenrückgang entgegenzuwirken. Wie andere europäische Länder erfährt auch Österreich einen zunehmenden Geburtenrückgang (siehe 5.2) und ist somit, um das Wirtschafts- und Sozialsystem weiterhin aufrechterhalten zu können, auf Immigration angewiesen. Bevölkerungspolitik in Österreich bedeutet daher vermehrt Zuwanderungspolitik. Darüber scheinen bestimmte politische Parteien sowie große Teile der österreichischen Bevölkerung nicht unbedingt glücklich zu sein (das zeigt sich unter

anderem an der zunehmenden Popularität rechter Parteien⁵⁷). Der Staat befindet sich somit in einem Zwiespalt: „entweder einer Überflutung des Landes mit Einwanderern tiefstehender Kultur und fremden Rassenelementen ruhig zuzusehen, oder sich zu *systematischer Familienpolitik* zu erheben“ (Goldscheid 1914, zit. in Weikert 2006b: 3).

Systematische Familienpolitik würde bedeuten die Anzahl der *durchschnittlichen Kinder pro Staatsbürgerin* wieder anzuheben, folglich den Staatsbürgerinnen und Staatsbürgern Reproduktion schmackhaft zu machen und betreffs der NRT die Regeln etwas aufzulockern. Denn Staatsbürgerinnen und Staatsbürger, die zwar fortpflanzungswillig, aber -unfähig sind, bringen der Reproduktion der Gesamtbevölkerung nicht viel.

Da eine Frau jedoch nicht mehr nur viele, sondern vor allem gesunde Kinder gebären soll (vgl. Kurmann zit. in Spiwak 2002: 221f), möchte der Staat regulieren, wem er Reproduktion schmackhaft macht, um zu dem *gewünschten Produkt* des gesunden Kindes zu gelangen (siehe 4.2.1.3). Vor allem seit es möglich ist, kranke Kinder zu verhindern, steigt der gesellschaftliche Druck auf die werdenden Eltern, das auch zu tun (vgl. Hadolt 2009: 38). Tragen sie schließlich die Schuld an den Mängeln ihres Kindes, sollte dieses krank zur Welt kommen? Wird nicht *nur* das behinderte Kind, sondern werden auch ihre/seine Eltern stigmatisiert? Hier bin ich wieder bei den schon vorhin angesprochenen Zwängen und Pflichten verantwortungsvoller Eltern (siehe 3.4): Verantwortungsvolle Eltern sorgen vor (!) und gebären keine kranken Kinder (aus Liebe zu ihrem Kind und aus Pflichtbewusstsein gegenüber ihren Mitmenschen). Infolgedessen scheint Zeugung, unabhängig davon, ob DIY oder ART, nichts Privates mehr zu sein (vgl. Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 93). In einem Sozialstaat wie Österreich betrifft es jede/n Staatsbürger/in, ob Frau X ein behindertes Kind gebärt, denn dieses bedeutet zusätzliche Kosten in Form von Behandlung, Betreuung, Ausbildung, Infrastruktur sowie schließlich evtl. eine Person, die dem Arbeitsmarkt keinen Nutzen bringt.

5.4 Rechtliche Regelungen der NRT in Österreich

„Jeder Mensch hat angeborene, schon durch die Vernunft einleuchtende Rechte und ist daher als eine Person zu betrachten.“ (§ 16 ABGB) „Das bedeutet Personalität, Gleichheit und Freiheit aller Menschen.“ (Welan 2002: 25) Dieses Grundrecht schwimmt im Zuge

⁵⁷ vgl. Republik Österreich, Bundesministerium für Inneres

der NRT sehr. Es entstehen aufgrund der gesetzlichen Regelungen der NRT in Österreich Widersprüche, die weder beantwortet werden können noch logisch begründbar sind. Denn wenn jeder Mensch, unabhängig von Herkunft, Religion, sexueller Neigung, Geschlecht, Hautfarbe, Chromosomenzahl usw. gleich ist, dann müssten die Techniken und Angebote der NRT für jede und jeden zugänglich sein, gleiche Rechte für alle Staatsbürger/innen gelten.

Das ist jedoch nicht der Fall. Die österreichische Gesetzgebung bezüglich der NRT ist streng geregelt. So darf nicht jede/r alles machen, was mensch machen kann, und nicht jede/r alles können, was mensch machen darf.

Heute regeln in Österreich das Fortpflanzungsmedizingesetz und das Gentechnikgesetz sowie das IVF-Fonds-Gesetz die Handhabung und Finanzierung der NRT (vgl. Weikert 2006a: 201f). Denn „[n]icht alles Machbare soll automatisch gemacht werden. Der Fortschritt braucht auch Restriktionen“ (Hengstschläger 2009: 8).

5.4.1 Das Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG)

Das FMedG trat am 1.7.1992 in Kraft und reguliert seitdem die medizinisch unterstützte Fortpflanzung in Österreich (vgl. FMedG Art. 1 §1). Unter medizinisch unterstützter Fortpflanzung versteht das FMedG jegliche medizinische Herbeiführung einer Schwangerschaft (vgl. ebd.). Diese ist nur als letzte Option und ausschließlich mit den Keimzellen der Wunscheltern in einer Ehe oder eheähnlichen Lebensgemeinschaft von Personen verschiedenen Geschlechts erlaubt (vgl. ebd. Art. 1 §2 Abs. 1; §3 Abs. 1). Menschen, die nicht in einer Partnerschaft leben, sowie homosexuelle Paare sind explizit aus dieser Definition ausgeschlossen (vgl. Weikert 2006a: 202).

Fremdsamenspende ist im Zuge einer heterologen Insemination gestattet (vgl. FMedG. Art. 1 §3 Abs. 2), bei einer IVF jedoch nicht zugelassen. Die Verwendung eines Samengemisches mehrerer Männer ist in beiden Fällen verboten (vgl. ebd. §9 Abs. 3). Jeder Spendersamen darf maximal in drei Ehen/Lebensgemeinschaften verwendet werden (vgl. ebd. §14) und im Interesse des (potenziellen) Kindes sind Samenspender nicht anonym (vgl. Hadolt, Lengauer 2003: 59; FMedG Art. 1 §20). Eizellenspende, Embryonenspende und Leihmutterschaft sind generell verboten (vgl. Hadolt, Lengauer 2003: 58; Weikert 2006a: 202; FMedG Art. 1 §21). Eizellen und entwicklungsfähige Zellen (befruchtete Eizellen/Embryonen) dürfen also nur von der Frau verwendet werden von der sie stammen (vgl. FMedG Art. 1 §3 Abs. 3) und als Mutter des Kindes gilt immer

jene Frau, die es gebärt (vgl. Weikert 2006a: 201).

Medizinisch unterstützte Fortpflanzung darf nur von einer Fachärztin/einem Facharzt durchgeführt werden (vgl. FMedG Art. 1 §4 Abs. 1). Folglich ist Insemination, die mit den entsprechenden Utensilien von der Frau selbst gemacht werden könnte, ausgeschlossen (siehe 3.3.1).

Die Forschung an entwicklungsfähigen Zellen und Eingriffe in die Keimzellbahn sind nicht gestattet (vgl. ebd. §9). Weiters dürfen entwicklungsfähige Zellen, Ei- und Samenzellen „nur insoweit untersucht und behandelt werden, als dies nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich ist“ (ebd. Abs. 1). Im Zuge einer IVF oder ICSI dürfen nur so viele Eizellen befruchtet und transferiert werden, wie „für eine aussichtsreiche und zumutbare medizinisch unterstützte Fortpflanzung notwendig sind“ (ebd. §10). Vor allem die letzten zwei angeführten Punkten sind eher vage Richtlinien als aussagekräftige Gesetze, denn welche Untersuchungen an entwicklungsfähigen Zellen, Ei- und Samenzellen erforderlich und wie viele befruchtete Eizellen für eine Schwangerschaft notwendig sind, ist Interpretationssache.

5.4.2 Das Gentechnikgesetz (GTG)

Das GTG gibt es seit 1994 (vgl. Weikert 2006a: 201) mit den Zielen, „die Gesundheit des Menschen einschließlich seiner Nachkommenschaft vor Schäden zu schützen“ (GTG Art. 1 §1 Abs. 1) und „die Anwendung der Gentechnik zum Wohle des Menschen durch Festlegung eines rechtlichen Rahmens für deren Erforschung und Entwicklung und Nutzung zu fördern“ (ebd. Abs. 2).

Das Eingreifen in das menschliche Erbmateriale ist in Österreich verboten (vgl. ebd. §64). Um genetische Krankheiten oder Prädispositionen für Krankheiten festzustellen, dürfen genetische Analysen am Menschen durchgeführt werden (vgl. ebd. §65). Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern, Versicherern und anderen ist es jedoch verboten, solche Untersuchungen, die Ergebnisse bereits durchgeführter Untersuchungen oder Körpersubstanzen für genetische Analysen von eventuellen Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmern, Kundinnen/Kunden und anderen zu verlangen (vgl. ebd. §67). „I Don't Want to Be a Code Bar: I choose to trust neither the expected licensee nor the state, and to practice instead my own personal protection by requesting that no information about me will be transferred into the Health Sector Database.“ (Pálsson 2007:

134) Das GTG versichert Menschen, die Genanalysen durchführen, vor allem in Bezug auf prädiktive Diagnosen ein Recht auf Datenschutz (vgl. Gentechnikbuch; Erstes Kapitel; 2008: 2). Weiters räumt es sogenannten Ratsuchenden ein grundsätzliches Recht auf Wissen bezüglich all ihrer Ergebnisse aus Genanalysen stammenden Daten sowie ein explizites Recht auf Nichtwissen ein (vgl. Gentechnikbuch, Zweites Kapitel 2002: 2). „Der/Die Ratsuchende ist [...] darauf hinzuweisen, dass er/sie auch das Recht hat, alle oder einzelne Ergebnisse nicht zu erfahren. Diesem Wunsch ist zu entsprechen, wenn der/die Ratsuchende seinen/ihren Wunsch auf Nichtwissen ausdrücklich und dokumentiert geäußert hat.“ (ebd.)

PND in-vivo ist in Österreich erlaubt. Die schwangere Frau muss vor der Durchführung einer Diagnose jedoch ausreichend von Expertinnen/Experten über die Tragweite dieser aufgeklärt und bezüglich möglicher medizinischer sowie emotionaler Folgen beraten werden (vgl. GTG Art. 1 §69).

PID ist in Österreich in Form einer Biopsie der Blastozyste verboten, die Polkörperdiagnostik ist zugelassen (vgl. Hadolt 2009: 1f).

Der fünfte Absatz von Paragraph drei, Artikel eins des GTG spricht davon, die Wahrung der Menschenwürde bei Analysen und Gentherapien am Menschen zu bedenken. Hier begibt sich das GTG wie auch das FMedG (siehe 5.4.1) in eine Grauzone, da zwar auf die Wahrung der Menschenwürde hingewiesen, Menschenwürde jedoch nicht konkret definiert wird.

Menschenwürde markiert die Unantastbarkeit, die im egalitären Umgang von Personen miteinander eine Bedeutung hat (vgl. Habermas 2001: 62). Sie ist an die Symmetrie sozialer Beziehungen gebunden und mensch kann sie nicht von Natur aus besitzen (vgl. ebd.).

5.4.3 Das IVF-Fonds-Gesetz

Das IVF-Fonds-Gesetz gilt seit 1.1.2000 (vgl. IVF-Fonds §1). Es reguliert die Finanzierung der IVF. So wird Paaren unter bestimmten Umständen 70 % der Kosten einer IVF-Behandlung zu gleichen Teilen aus Mitteln des Ausgleichfonds für Familienbeihilfen und der Sozialversicherungsträger erstattet (vgl. Hadolt, Wagner 2003: 60; Weikert 2006a: 204).

Unter einem Paar wird eine Ehe oder eheähnliche Lebensgemeinschaft zweier Menschen verstanden, wobei hier – anders als beim FMedG (siehe 5.4.1) – nicht dezidiert das

Geschlecht der jeweiligen Partner/innen betont wird (vgl. IVF-Fonds §1a Abs. 1).

Den Anspruch auf Kostentragung haben Paare, wenn entweder die Frau⁵⁸, der Mann oder beide steril sind (vgl. ebd. §4 Abs. 1) und wenn alle anderen Möglichkeiten zur Herbeiführung einer Schwangerschaft zuvor erfolglos versucht wurden (vgl. Hadolt, Lengauer 2003: 60). Bei dem Versuch der IVF darf die Frau ihr 40. und der Mann sein 50. Lebensjahr noch nicht erreicht haben (vgl. IVF-Fonds §4 Abs. 4).

Insgesamt werden jedem Paar vier IVF-Versuche finanziert (vgl. ebd. Abs. 2), die jeweils mit der erstmaligen Verordnung oder Verabreichung von Arzneimitteln beginnen (vgl. ebd. §1a Abs. 3) und mit entweder „einer erfolgreich herbeigeführten Schwangerschaft“, „dem Ende einer Schwangerschaft vor diesem Zeitpunkt“, „einer dokumentierten Eileiterschwangerschaft“ oder „einer nicht eingetretenen Schwangerschaft“ (ebd. Abs. 4) enden.

Ein Versuch gilt als erfolgreich, wenn eine Schwangerschaft eintritt, wobei erfolgreich nicht gleich Kind, sondern lediglich „eine bildlich dokumentierte, der jeweiligen Schwangerschaftsdauer entsprechende, intakte Schwangerschaft“, die „frühestens ab der 5. Woche nach Embryotransfer nachgewiesen wird“ (ebd. Abs. 2) bedeutet. Nach einem erfolgreichen Versuch startet der *IVF-Fonds-Zyklus* erneut und das Paar hat Anspruch auf vier weitere Versuche (vgl. ebd. §4 Abs. 2). Es bleibt daher unklar wie viele Versuche insgesamt finanziert werden.

Die Patientinnen und Patienten sind dazu verpflichtet, der von ihnen besuchten IVF-Klinik, die den Fonds-Versuch durchgeführt hat, das Ergebnis sowie eine allfällige Geburt innerhalb von drei Monaten zu melden (vgl. §5b Abs. 1). Tun sie das nicht, müssen sie die Förderung zurückzahlen (vgl. ebd. Abs. 2).

Im Gegenzug zu der finanziellen Unterstützung der IVF im Rahmen des IVF-Fonds bekommt der Staat einen Einblick in den reproduktiven (Miss-)Erfolg der *unfruchtbaren* Bevölkerung. Privates wird zu Öffentlichem, Unfruchtbarkeit folglich zu einem bevölkerungspolitischen Thema⁵⁹.

⁵⁸ Bei der Frau muss eine tubare, eine durch Endometriose oder eine durch ein polyzystisches Ovar bedingte Sterilität vorliegen, um Förderungen aus dem IVF-Fond zu bekommen (vgl. IVF-Fond §4 Abs. 1).

⁵⁹ Interessant ist, dass IVF finanziell unterstützt wird, eine Abtreibung (obwohl kostengünstiger) jedoch nicht (vgl. Weikert 2006a: 204).

5.5 Die biologische Österreicherin/der biologische Österreicher: geformt von NRT

Die NRT unterteilen biologische Staatsbürgerinnen und Staatsbürger in Norm und Abnorm, indem sie Menschen einerseits bezüglich ihrer sozialen und andererseits bezüglich ihrer biologischen Eigenschaften einordnen. So dürfen in Österreich nur Staatsbürger/innen, die bestimmte soziale (z. B. eine heterosexuelle Lebensgemeinschaft) und bestimmte biologische (z. B. Unfruchtbarkeit) Kriterien erfüllen, NRT in Anspruch nehmen (siehe 5.4). Gleichzeitig werden auch von den *gemachten Kindern* bestimmte Eigenschaften erwartet (siehe 3.5) – sie sollten, angepasst an den aktuellen Drang der Maximierung des Wohlbefindens (vgl. Rabinow, Rose 2003: xxx), gesunde, wenn nicht sogar *bessere Staatsbürger/innen*, sogenannte *Supermenschen* sein (siehe 4.4).

In den folgenden Punkten gehe ich zuerst darauf ein, wie die NRT biologische Staatsbürgerinnen und biologische Staatsbürger formen, die sich den Techniken bedienen, und werfe anschließend einen Blick auf die sogenannten Repro-Kinder, auf jene biologischen Staatsbürger/innen, die durch die NRT entstehen.

Zuletzt zeige ich, wie NRT auch Bürgerinnen und Bürger beeinflussen, die eigentlich gar keinen Gebrauch von ihnen machen.

5.5.1 Die Kundinnen und Kunden/Patientinnen und Patienten

„Üblicherweise *passiert* das Kinder-Kriegen einfach – freilich sind Kinder mehr oder weniger ausdrücklich zu dieser und jener Zeit gewollt und gezeugt, aber viel mehr als das Weglassen von Verhütungsmitteln beim Geschlechtsverkehr ist nicht erforderlich um schwanger zu werden.“ (Hadolt, Lengauer 2003: 95) Paare, bei denen eine/r oder beide unfruchtbar sind, erleben ihren Weg zu einem Wunschkind ganz anders als fruchtbare Paare, da sie sich viel intensiver mit dem Thema Schwangerschaft auseinandersetzen müssen (vgl. Cussins 1996: 582). Das Kinder-Kriegen passiert hier nicht einfach, es muss geplant und mühevoll herbeigeführt werden (vgl. Hadolt, Lengauer 2003: 97).

Da NRT für Männer einen weitaus kleineren Eingriff als für Frauen bedeuten, werden sie, meiner Meinung nach, auch weniger davon beeinflusst und geformt. Die „Männerforschung“ (Feichtinger, Stanzl 2009: 168) bezüglich Fruchtbarkeitsforschung endet bei homologer oder heterologer Insemination. Nur MESA und TESE sind operative Methoden, die am unfruchtbaren Mann durchgeführt werden (siehe 3.3.5.2). Männer

stehen auf der einen Seite kaum im Fokus medizinischer Eingriffe, genießen auf der anderen Seite jedoch mehr Freiheiten bezüglich der rechtlichen Möglichkeiten als Frauen. So dürfen sie in Österreich ihre Keimzellen spenden und folglich auch fremde Spermien in Anspruch nehmen, sollten die eigenen unbrauchbar sein (bzw. darf ihre Partnerin diese in Anspruch nehmen).

Die Eizellenspende wurde in Österreich hingegen 1986 verboten (vgl. Weikert 2006a: 201). Eine Frau ist somit immer auf ihre eigenen Keimzellen angewiesen – sind diese nicht verwendbar, helfen auch die NRT nicht zu einem eigenen genetischen Kind.

Mit dieser rechtlichen Regelung verstößt das FMedG gegen die Menschenrechtskonvention⁶⁰, da es unfruchtbaren Paaren das Recht auf eigene Familienplanung entsprechend der aktuellen medizinischen Möglichkeiten verwehrt und Frauen durch das Verbot der Spende der eigenen und Verwendung von fremden Eizellen diskriminiert (vgl. Rozakis, Wampach 2010: 7).

Die Patientinnen der NRT werden hier in eine unterlegene Position gebracht – nicht nur, weil sie gesetzlich nicht die gleichen Rechte wie unfruchtbare Männer beanspruchen können, sondern auch, weil ihre Körper (egal ob sie nun unfruchtbar sind oder nicht) immer die Front im Kampf gegen ungewollte Kinderlosigkeit darstellen (vgl. Kock 2002: 16). „Die Medizin kämpft gegen das Ablaufdatum des Eierstocks der Frau und zwar an gleich mehreren Fronten.“ (Feichtinger, Stanzl 2009: 168)

Ausnahmslos alle Techniken der NRT beschäftigen sich mit dem weiblichen Körper, das wird auch so lange der Fall bleiben, so lange es ausschließlich für die Frau möglich ist, ein Kind auszutragen. Da das Ziel der NRT immer ein (gesundes) lebendgeborenes Kind und dieses Ziel bislang nur mithilfe des weiblichen Uterus zu erreichen ist, ist es nachvollziehbar, dass die Frau im Zentrum der Fruchtbarkeitsforschung steht. Zum Wohle einer „quantitativ und qualitativ starken Bevölkerung“ (Weß 1998: 87), wird der Zyklus einer NRT-Konsumentin einer strengen Kontrolle unterzogen (vgl. Wieger zit. in Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 145) und ihr Körper mit Hormonspritzen etc. den jeweiligen Techniken angepasst (vgl. Weikert 1998: 64). Der medizinische Fokus auf die Frau wird sich erst dann ändern, wenn Reproduktion außerhalb des Mutterleibes möglich ist. Fraglich ist allerdings, ob mensch das möchte (?). „Was der Mensch alles sein kann, ist er nicht erst, wenn er tatsächlich alles kann.“ (Mieth 2001: 67)

⁶⁰Österreichisches Institut für Menschenrechte: Fortpflanzungsmedizingesetz verstößt gegen Menschenrechtskonvention 6.4.2010

Was der Mensch alles kann, ist in Österreich, zumindest bezüglich der NRT, nur bestimmten Staatsbürgerinnen und Staatsbürgern gestattet: Paaren, die der Idealvorstellung entsprechen, in einer Ehe oder eheähnlichen Gemeinschaft leben, unter 40 bzw. 50 Jahre alt und heterosexuell sind (siehe 5.4). Durch diese Regulierungen machen das FMedG, das GTG und das IVF-Fonds-Gesetz aus eigentlich fruchtbaren Menschen Abnorm. Sterilen aber auch fertilen Singles und homosexuellen Menschen mit Kinderwunsch wird die Möglichkeit des eigenen genetischen Nachwuchses, obwohl technisch durchführbar, verwehrt. Natürlich kann eine alleinstehende Frau mithilfe eines *Samenspenders* DIY schwanger werden und auch alleinstehende Männer und Homosexuelle können mit dem jeweils anderen Geschlecht Kinder zeugen, damit ist jedoch immer Sexualität verbunden. Fortpflanzung ohne Sexualität bleibt in Österreich (noch) ein Privileg unfruchtbarer heterosexueller Paare.

5.5.2 Das Produkt: die Repro-Kinder

„Das Kind wird zunehmend zu einem möglichst optimal gewünschten ‚Produkt‘ des vermeintlich privaten und darin verborgenen gesellschaftlichen Interesses.“ (Kock 2002: 17) Doch obwohl die NRT mittlerweile den Eindruck erwecken, als könnte jedes Kind eigens auf Wunsch der Eltern in-vitro *zusammengebaut* werden, setzt die Natur dem *Fantasiekonstrukt Designerbaby* in Form von vielen Komplikationen und Fehlversuchen immer wieder sehr ernüchternde Grenzen (vgl. Breuer 2008: 84). Es ist technisch (noch) nicht möglich, den Zufall betreffs genotypischer, phänotypischer sowie charakterlicher Eigenschaften ganz auszuschalten. Das Designerbaby bleibt darum momentan Utopie (vgl. Hadolt 2009: 32). Dazu kommt, dass jegliches Eingreifen in das menschliche Erbmaterial in Österreich ohnehin verboten ist (siehe 5.4.2) und die Frage bezüglich genmanipulierten, biologischen Österreicherinnen und Österreichern somit hinfällig wird. NRT in Österreich bedeutet für die produzierten Kinder vielmehr *geboren oder nicht-geboren werden*.

Kinder, egal ob DIY- oder ART-gezeugt, werden immer öfter *Opfer unserer Risikogesellschaft* (siehe 4.3.1). Die Angst davor, Abnorm zu gebären, wird durch die rasende Entwicklungsgeschwindigkeit der Naturwissenschaften und durch die daraus entstehenden kulturellen Fantasien regelrecht angeheizt (vgl. Beck 2007: 23). Beim Risiko eines behinderten Kindes handelt es sich um eine schwer kalkulierbare, zukünftige Gefahr, die jede/n treffen kann und vor der potenzielle Eltern durch abstrakte Prozentzahlen und Durchschnittswerte gewarnt werden (vgl. ebd.: 27).

Leben wird in Hinblick auf NRT sowohl zu einem lang ersehnten Gut als auch zu einem gefährlichen Risikofaktor (vgl. Gugutzer, Keller, Lau, Viehöver 2004: 73). Das Ungeborene ist folglich (kontextabhängig) ein „menschliches *Wesen* mit Würde (ein Sakrum also) oder *Ware* und *Forschungsobjekt* (Leihmutterschaft, Spender von organischen oder genetischen Ersatzteilen)“ (ebd.).

Obwohl das gewünschte Kind also nicht nach den persönlichen Vorlieben der Eltern (und der Gesellschaft) designt werden kann und darf, soll es *wenigstens* normal sein. PND soll den werdenden Eltern die Normalität ihres Kindes bestätigen. Ist das Kind einmal gezeugt und/oder durch NRT bewertet und für lebenswert befunden, wird es geboren und sollte den Erwartungshaltungen der Eltern entsprechen (siehe 3.5).

Sollte das Ungeborene jedoch abnormal und folglich lebensunwert sein, wird es in der Regel abgetrieben, wie dies mittlerweile bei über 90 % aller Föten mit diagnostiziertem Down-Syndrom (vgl. Wieser 2002, zit. in Wagner 2009: 54) der Fall ist. Diese 90 % zeigen klar, dass in *unserer* Gesellschaft „Leben mit Behinderung weniger wert ist als ohne Behinderung“ (Netzwerk gegen Selektion durch PND o. J.: 22). Die Bewertung von Leben wird immer von gesunden Menschen durchgeführt, von Normalbürgerinnen und Normalbürgern, die nicht wissen können, wie es ist, nicht dieser Norm zu entsprechen, und demzufolge nicht wissen können (!), ob abnormes Leben wirklich lebensunwert ist. „Es darf Menschen mit Behinderung nicht abgesprochen werden, dass ihr Leben genauso sinnerfüllt ist, wie das von nicht behinderten Menschen.“ (Lebenshilfe Wien 2006: o.S.)

Neben den Kindern, die *für gut befunden* und zur Welt gebracht werden (und dann hoffentlich den elterlichen sowie gesellschaftlichen Erwartungen entsprechen), und jenen Kindern, die *für schlecht befunden* und abgetrieben werden, gibt es auch solche, die zwar *für gut befunden* und geboren werden, schließlich den Erwartungen jedoch nicht entsprechen, weil sie z. B. an einer Krankheit leiden, die pränatal nicht diagnostiziert werden konnte, sowie solche, die pränatal *für schlecht befunden*, aber trotz allem geboren werden und schließlich behindert sind. In den beiden letzten Fällen kommt das Kind abnormal zur Welt, einmal unwissentlich und einmal wissentlich. Ob jetzt bewusst oder unbewusst Regalabweichung (siehe 2.2.3) ist für das Kind selbst prinzipiell unerheblich. Beide Male gehört es zur abnormalen Abnorm, zur Subgruppe der *gesellschaftlich unerwünschten* biologischen Staatsbürgerinnen und Staatsbürgern (siehe 4.3).

5.5.2.1 Behinderung

„Sie (die Wissenschaft Anm. der Autorin) gab vor, die physische Kraft und moralische Sauberkeit des gesellschaftlichen Körpers zu erhalten: sie versprach, die Träger der Schande, die Degenerierten und die entarteten Bevölkerungsteile auszumerzen.“ (Foucault 1983: 58)

„Im vergangenen Jahrzehnt ist ein verstärktes Bemühen um einen nicht diskriminierenden Umgang mit dem Thema Behinderung erkennbar“ (Leitner 2009: 53), schreibt Statistik Austria im Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008. Als behindert werden hier Personen bezeichnet, „die eine subjektiv wahrgenommene starke Beeinträchtigung bei der Verrichtung täglicher Arbeiten haben, die mindestens schon sechs Monate andauert“ (ebd.). Das ist eine Definition, die alle physischen und psychischen Defizite in jeglicher Abstufung beinhaltet und Menschen sich selbst, basierend auf ihrer subjektiven körperlichen Wahrnehmung, Gruppen und Subgruppen zuteilen lässt. Aufgrund dieser Definition ist Behinderung in Österreich ein sehr vager Begriff, der unzählige Krankheiten beschreibt. 2008 sind in Österreich demnach 1,6 Mio. Menschen behindert (vgl. ebd.: 54). Wie viele dieser Behinderungen durch vorsorgliche medizinische Eingriffe verhindert werden hätte können, ist unklar.

Unabhängig davon geht mensch davon aus, dass Behinderung, ausgelöst von genetischen Mutationen, geringe Biovalue und leidvolles Leben bedeutet (siehe 3.3.5.3 & 4.2.1). Ob das so ist, weiß ich nicht. Ob das so ist, weiß niemand, die/der sich nicht in der Situation der/des Behinderten befindet. Dazu kommt, dass nicht ausschließlich körperliche Eigenschaften über lebenswert und lebensunwert entscheiden können. Die Medizin, die den „Menschen als eine komplexe Maschine“ (Lemke 2005: 329) behandelt und behauptet, dass alleine die mechanischen Komponenten der Maschine fehlerfrei funktionieren müssen, damit es ihr gut geht, ignoriert jegliche soziale Komponenten: Beziehungen, Gefühle und Emotionen, die auch zum Wohlbefinden dieser *Maschine Mensch* beitragen (vgl. Frank 1981, zit. in Martin 1989: 37). Die Modifikation des menschlichen Körpers durch Humantechnologien modifiziert nicht ausschließlich den Körper, sondern immer auch die sozialen Komponenten (vgl. Hauser-Schäublin, Klatzikus, Petersen, Schröder 2001: 16).

Das behinderte Kind, das bewusst oder unbewusst geboren wird, trägt unwissentlich zur biologischen staatsbürgerlichen Formung der jeweiligen Eltern bei. Denn durch das geborene abnormale Kind bricht der/die Staatsbürger/in ihre/seine staatsbürgerlichen

Pflichten (siehe 3.5).

Schließlich stellt sich noch die Frage, was jetzt *schlimmer* ist: ein krankes/behindertes Kind, das trotz PND positiv (siehe 3.3.5.3) wissentlich krank geboren wird, ein krankes/behindertes Kind, das als gesund diagnostiziert und somit unwissentlich krank geboren wird, oder ein krankes/behindertes Kind, das geboren wird, ohne diagnostiziert zu werden?

5.5.3 All jene, die es ohne NRT tun

„Genetic services of any kind are strictly a matter of personal choice – respect for reproductive freedom requires this.“ (Buchanan, Brock, Daniels, Wikler 2000: 2) Entscheidungsfreiheit ist ein Basisgut des modernen, selbstbewussten, autonomen Individuums (vgl. Ebers 1995: 34). Die Entscheidung des Nichtwissenwollens und das daraus entstehende Nichtgebrauchen jeglicher Techniken der NRT stehen daher jeder Staatsbürgerin und jedem Staatsbürger frei (siehe 4.2.1.3). Diese Entscheidungsfreiheit geht jedoch nicht unbedingt mit einer gesellschaftlichen Anerkennung einher. Ist die sogenannte private Einzelentscheidung gegen NRT gesellschaftlich noch akzeptabel (vgl. Beck 1993, Berger 1995, zit. in May 2004: 201f)? „Anerkennung von Nichtwissen bedeutet insbesondere, die Vorstellung bruchlos sich entfaltender, kumulativer Lernprozesse aufzugeben und aktiv nach Strategien des Umgangs mit dem Unbekannten und Unerwarteten zu fahnden.“ (Bösch, Lau, Obermeier, Wehling 2004: 147)

„[...] ‚*Risiko*‘ ergo *sum*: Ich wage, also bin ich. Ich leide, also bin ich. Wer bin ich? Warum bin ich? Warum bin ich der, der ich bin, und nicht der, der ich auch sein könnte, also auch bin?“ (Beck 2007: 22) Zuletzt erwähne ich *all jene, die es ohne NRT tun*: Eltern, die ihre Schwangerschaft ohne NRT erleben und sich somit auf ein unbekanntes Kind und unerwartete Risiken einlassen (siehe 4.2.2). Solche Eltern sowie ihre Kinder sind in Österreich heute eine Rarität, da, zumindest der Ultraschall als Fixtermin in jeder Schwangerschaft gilt (siehe 3.3.5.1).

Potenzielle Eltern, die sich für eine „unkontrollierte Zeugung“ (Bock von Wülfigen 2007: 22) und eine unkontrollierte Schwangerschaft entscheiden, setzen ihr Kind möglichen gesundheitlichen Risiken aus. Falls das Kind, das *unbeeinflusst* von den NRT in den *Dunkeln des Mutterleibs* heranwächst, gesund zur Welt kommt, bleibt dies unbemerkt. Das Kind ist aufgrund seiner biologischen Normalität nichts Besonderes und die Tatsache, dass seine Eltern die Risiken des bewussten Nichtwissenwollens gewählt haben, ist somit

unwichtig.

Sollte es jedoch krank oder behindert sein, dann stellt sich die Frage, ob das durch PND nicht verhindern hätte werden können (sollen?) und ob die Eltern somit Mitschuld an der Abnorm und dem *Leid* ihres Kindes tragen (siehe 3.3.5.3). Vernachlässigen sie, indem sie ihr Recht auf Nichtwissen (siehe 5.4.2) in Anspruch genommen haben, gleichzeitig ihre Pflichten als Staatsbürger/innen und als Eltern? Schulden verantwortungsvolle Eltern in unserer heutigen, nach Gesundheit strebenden Gesellschaft dem eigenen Nachwuchs sowie der Gesamtgesellschaft die Förderung der Gen- und Reproduktionstechnologien, um das kollektive Wohlbefinden zu begünstigen (vgl. Bock von Wülfigen 2007: 118)? Die „Rücksichtnahme auf die Mitmenschen, die Gemeinschaft und die natürliche Umwelt ist Rechtspflicht.“ (Welan 2002: 25) Wenn Krankheit und Behinderung nun Leid und Unglück für die betroffene Person und finanzielle Belastung für die Gesellschaft bedeuten, ist es staatsbürgerliche Pflicht, alles zu unternehmen, um Krankheit und Behinderung zu verhindern (siehe 4.3.1). Das Recht auf PND wird somit zur gesellschaftlichen Pflicht (vgl. Weikert 1998: 106; Welan 2002: 174). Doch sollte in einer Gesellschaft, in der die Geburtenrate jährlich sinkt, nicht jedes einzelne Kind eine Bereicherung sein (vgl. Wagner 2009: 2)?

„Verhandeln und Ausgleich, kooperative Konfliktregelung und Kompromiss haben Tradition in Österreich. Daher muss jeder Mensch abwägen, welches Verhalten er wählt.“ (Welan 2002: 174)

Hier formen die NRT nicht die Kinder, sondern vielmehr die Menschen, die sich für ihr Kind gegen die Technologien entscheiden. Das scheint vielleicht widersprüchlich – denn wie können die NRT biologische Staatsbürger/innen beeinflussen, die nie davon Gebrauch machen? Doch genau hier liegt der Grund: Eben weil die Staatsbürger/innen nicht von ihnen Gebrauch machen, werden sie von ihnen geformt – aufgrund der sogenannten staatsbürgerlichen Pflichten bzw. der staatsbürgerlichen *Richtlinien*, denen sie bei der Geburt eines behinderten Kindes nicht verantwortungsvoll genug nachgekommen sind. „Alle Rechte haben Grenzen an den Rechten anderer und an der Allgemeinheit. Rücksichtnahme auf die Mitmenschen, die Gemeinschaft und die natürliche Umwelt ist Rechtspflicht.“ (ebd.: 25)

Hätten die Eltern von der eventuellen Behinderung ihres ungeborenen Kindes gewusst, hätten sie die Schwangerschaft eventuell abgebrochen. Das Nichtwissen schützt Mutter und Vater vor einer Entscheidung, die sie vielleicht gar nicht treffen wollen oder treffen können, im Falle einer PND positiv (siehe 3.3.5.3) jedoch bestimmt machen müssen (vgl.

Kamper 2001: 159). „Schon das Wissen-Können allein, vor allem wenn seine Konsequenzen Selektion, Stigmatisierung und Angst sind, nimmt dem Menschen ein gutes Stück seiner Freiheit.“ (Tolmein 2000: 4)

5.6 Ausblick

Einstimmig stellen die Biomacht und die biologische Staatsbürgerschaft dieselbe Frage: Welchen Körper braucht die derzeitige Gesellschaft (siehe 2.3)? Die Humantechnologien antworten auf diese Frage mit den NRT, woraufhin *wir uns* in Österreich fragen, „[...] welche Kinder wir haben wollen und was wir bereit sind, dafür zu tun“ (Hadolt 2009: 43). Die Techniken werden allerdings nicht hinterfragt und die dadurch neu entstandene Wirklichkeit auch nicht (vgl. Gehring 2006: 112). Mensch überlegt nicht, wie gewünscht und gewollt diese Technologien sind, sondern beschäftigt sich lediglich mit dem richtigen Umgang damit und mit der gesetzlichen Regulierung, wer sie wie verwenden darf (vgl. ebd.). Der Fortschritt wird somit im Glauben an dessen Notwendigkeit unreflektiert angenommen – bedeutet Fortschritt doch immer Lebensmaximalisierung (vgl. Foucault 1983: 120). „In diesem vorwärts laufenden Zuwachs des technischen Wissens und Könnens enthüllt sich der Mensch vor sich selbst als Sonnen-Macher und als Leben-Macher und drängt sich in eine Position, in der er Antwort geben muss auf die Frage, ob das, was er da kann und tut, auch wirklich er selbst sei und ob er in diesem Tun bei sich ist.“ (Sloterdijk 2001: 99)

Züchten *wir* Menschen (vgl. Habermas 2001: 83)?

Von einer *Menschenzucht* ist Österreich noch weit entfernt. Durch sehr klare gesetzliche Regelungen der NRT lässt der Staat jedoch sehr deutlich erkennen, wer sich hier fortpflanzen soll/darf und wer nicht. Angelehnt an das Idealbild eines österreichischen Paares, und zwar: jung, heterosexuell und bevorzugt verheiratet (siehe 2.4), werden die Standards für die Verwendung von NRT gesetzt. Diese Gesetze werden vom Staat durch die Norm legitimiert, denn *normalerweise* können auch nur heterosexuelle (junge und bevorzugt verheiratete) Paare Kinder zeugen (siehe 2.3.2).

NRT formen in Österreich allein durch ihre Existenz die biologische Staatsbürgerschaft *aller Staatsbürgerinnen und Staatsbürger* – Menschen, die sie in Anspruch nehmen, genauso wie Menschen, die sich gegen sie entscheiden, denn die müssen sich ebenso mit den NRT auseinandersetzen, um die Entscheidung dagegen überhaupt erst treffen zu können.

Schließlich betreffen die NRT aufgrund ihres Zeugungseffekts auch jene Staatsbürger/innen, die sich gar nicht reproduzieren. Da Reproduktion immer neues Leben bedeutet und neues Leben immer den gesamten Gesellschaftskörper betrifft, betreffen die NRT am Ende nicht nur die/den Einzelne/n, sondern immer auch das Kollektiv (siehe 2.2.1). Darum sind Entscheidungen für oder gegen ein Kind (egal ob dieses nun behindert ist oder nicht) zwar immer Entscheidungen, die individuell getroffen werden müssen, trotzdem aber die gesamte Bevölkerung betreffen. Denn wie bereits gesagt, kranke/behinderte Staatsbürger/innen schaden der Gesellschaft, gesunde/fitte Staatsbürger/innen sind gut für sie und somit im Interesse des Staates (siehe 2.2): „Die guten ins Töpfchen die schlechten ins Kröpfchen ...“ (Grimm 1857, zit. in Seidl 1991: 32).

6 Schluss

Wann beginnt Leben, wann endet es? Welches Erbmaterial verspricht ein gesundes, erfolgreiches, glückliches Leben? Ab wann wird Manipulation unmoralisch? Hat ein Embryo Rechte? Wie sieht die Norm aus? Wer stellt sie auf und wer entspricht ihr? Welches Leben ist lebenswert – welches nicht? Und vor allem: Wer besitzt das Recht, über die Qualität von Leben(swert) zu urteilen? Ist dieses Leben lebenswert?

Meine Arbeit stellt Fragen – Fragen die die Leserinnen und Leser zum Denken anregen und weitere Fragen aufwerfen sollen. Ziel meiner Argumentation ist es nicht, diese Fragen zu beantworten, da ich keine Entscheidung für oder wider Schwangerschaftsabbruch, für oder wider ein (behindertes) Kind bewerten möchte oder bewerten kann.

Der/die Staatsbürger/in wird vom Staat und von Mitbürgerinnen/Mitbürgern diesbezüglich aber in eine Richtung geleitet, wenn nicht sogar *gedrängt*. Bestimmte Entscheidungen sind gesellschaftlich erwünschter als andere, wobei die *anderen* trotz allem erlaubt sind. „Does ethics in the age of genetics mean that citizens of sound judgment are expected to prevent the birth of handicapped children?“ (Beck, Beck-Gernsheim 2001: 145) Das ist eine weitere Frage, die nicht beantwortbar ist, doch allein die Vorstellung, dass behinderte Kinder nicht mehr geboren werden soll(t)en und dass diese Entscheidung ethisch vertretbar, ja sogar verantwortungsvoll ist, ist beunruhigend (vgl. Habermas 2001: 118). Denn somit entscheiden *wir* für andere über den Wert ihres Lebens (vgl. ebd.).

Eine schwangere Frau, bei deren ungeborenem Kind mithilfe von Pränataldiagnostik eine Behinderung diagnostiziert wird, bricht ihre Schwangerschaft aufgrund von staatsbürgerlichen Pflichten und gesellschaftlichen Zwängen und nicht aufgrund von individueller Überzeugung ab. Denn aus biopolitischer Sicht rückt auch in unserer individualistischen Gesellschaft *Ego* in den Hintergrund – wichtig ist hinsichtlich gesundheitlicher Vorgänge nur das Kollektiv.

Meine Hypothese ist weder verifizier- noch falsifizierbar, sondern bleibt eine schwebende Annahme. Natürlich bedeutet Biomacht, dass die/der Einzelne hinsichtlich der Gesellschaft unwichtig ist, und obwohl biologische Staatsbürgerschaft individualisiert, werden Entscheidungen am Ende immer für das Kollektiv getroffen. Insofern wird die These verifiziert: Eine schwangere Frau, bei deren ungeborenem Kind mithilfe PND eine Behinderung diagnostiziert wird, bricht die Schwangerschaft aufgrund biologischer Pflichten und gesellschaftlicher Zwänge und nicht aufgrund von individueller Überzeugung ab. Ich bin davon überzeugt, dass jede/r biologische/r Staatsbürger/in so sehr von ihrer/seiner gesellschaftlichen Umgebung beeinflusst ist, dass Entscheidungen, die sich schließlich auf die gesamte Gesellschaft auswirken, immer (ob bewusst oder unbewusst) für diese Gesamtgesellschaft getroffen werden.

Das staatsbürgerliche Pflichtbewusstsein hat sich so sehr in den Köpfen der Staatsbürger/innen gefestigt, dass jede/r Staatsbürger/in, der/die sich wider besseren Wissens gegen das Kollektiv entscheidet, mit gesellschaftlicher Stigmatisierung und Diskriminierung zu rechnen hat.

Diese Prozesse der individuellen Entscheidungsfindung, die im Zuge der menschlichen Reproduktion immer in Zusammenhang mit dem Gesellschaftskörper stehen, hängen hauptsächlich vom aktuellen Glauben daran, was gut und was schlecht – einerseits für die Einzelperson und andererseits für die Gesellschaft – ist, ab.

Wenn das Individuum glaubt, es sei schlecht für das eigene Leben, ein behindertes Kind zu gebären und aufzuziehen, dann wird es sich gegen dieses Kind entscheiden – im Glauben daran, die Entscheidung für sich selbst getroffen zu haben. Gleichzeitig handelt es sich in diesem Fall um einen Glauben, der vom Staat geformt wurde, und um eine Entscheidung, die für das Kollektiv getroffen wird. Denn das Individuum bildet immer nur einen kleinen Teil der *Produktionsmaschine Gesellschaft* (vgl. Foucault 1976b: 232). Das Individuum ist nur ein Zahnrad oder vielleicht nur ein Zahn eines Zahnrades dieser Maschine und die Humantechnologien sind somit ein neuer Hebel, mit dessen Hilfe die einzelnen Zähne des

Zahnrad besser dominierbar sind und die *Maschine Gesellschaft* kontrollierter läuft (vgl. Pálsson 2007: 161). Biologische Staatsbürgerschaft ist das aktuelle Programm, das sämtliche Hebel steuert, und erst durch die Biomacht funktioniert die Maschine – sie ist der Strom, der Bewegung in das Getriebe bringt.

Kurz: Die Biomacht verschwindet zunehmend hinter vermeintlichen Pflichten und gesellschaftlichen Zwängen. NRT sind ein Beispiel dafür, denn obwohl sie nicht verpflichtend sind, wird einer verantwortungsvollen Staatsbürgerin/einem verantwortungsvollen Staatsbürger nahegelegt, sie in Anspruch zu nehmen.

„Sie (die Biomacht Anm. der Autorin) hat Selbstverständlichkeiten produziert, die durchweg hingenommen wurden. Sie hat sich eingerichtet in einer Logik der Alternative, entweder dafür oder dagegen zu sein. Das heißt: überall dort, wo es nach Ja oder Nein zugeht, ist die Biomacht am Werk.“ (Kamper 2001: 158) So ist es heute selbstverständlich, dass eine schwangere Österreicherin die Gesundheit ihres ungeborenen Kindes wenigstens durch eine Ultraschalluntersuchung bestätigen lässt (vgl. ebd.).

Die Staatsbürger/innen sorgen durch gegenseitige Diskriminierung selbst dafür, dass jede/r nach den Regeln spielt. Kontrolle durch Selbstkontrolle führt zu messbaren Bürgerinnen und Bürgern. Messbar insofern, als dass *wir* freiwillig jegliche gesundheitliche Eigenschaften über *uns* selbst preisgeben, um vorzusorgen und gesund zu bleiben. Somit errechnet jede/r ihre/seine persönliche Biovalue. „The worst outcome, without question, would be if routine bureaucratic practices of genetic intervention slowly imposed to eugenic worldview and a form of scientifically and bureaucratically accredited racism.“ (Bourdieu 2003: viii)

Gehe regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen, um gesund zu bleiben! Gebäre kein behindertes Kind, denn dieses ist nicht nur Last für dich selbst, sondern für uns alle! Investiere schon pränatal in deine Nachkommen, um sie nicht nur gesund, sondern besser/leistungsfähiger zu machen!

Gesellschaftliche Werte äußern sich zunehmend in biologischer Fitness. Der menschliche Körper wird durch Humantechnologien immer formbarer, das Aussehen und die Gesundheit somit zu einem grundlegenden Gut des Menschen. Staatliche Gesundheitskontrollen, die ein/e verantwortungsvolle/r Bürger/in in regelmäßigen Abständen durchführen lässt, führen zu einer zunehmenden Transparenz des menschlichen Körpers. „Der Mensch, so wie ihn die prädiktive Medizin behandelt, wird sich in letzter Konsequenz selbst zum Feind: Gerettet werden kann er allenfalls, indem er gegen seinen eigenen Körper vorgeht.“ (Tolmein 2000: 3) Der menschliche Körper, der heute

Humankapital ist und so lange wie möglich einsatzfähig und brauchbar für die Gesellschaft sein sollte, verliert an Eigenverantwortung. Allein die Gene sind ausschlaggebend für den Lauf des Lebens. Sind sie gut dann ist auch das Leben gut, sind sie schlecht – Pech gehabt. NRT sei Dank ist dieses Pech heute nicht mehr dem Schicksal, sondern verantwortungsvollen, liebenden Eltern überlassen. „Childbirth is still undoubtedly socially prestigious and competitive. Understandably, parents want their baby to be as healthy, even as close to perfect as possible. Parents face a choice between abortion, postpartum surgery and non-intervention. Yet with the increasing availability and number of potential diagnoses through prenatal diagnosis, choosing to do nothing could be viewed poorly, almost as an act of deliberate disablement.“ (O’Neill 2007: 65) *Wenn dich deine Eltern lieben, dann entscheiden sie im Falle einer möglichen Behinderung gegen dich.*

Damit bin ich bei der *anderen Seite meiner Hypothese* angelangt. Der Mensch verliert zwar bezüglich des immer größer werdenden Wissens über das menschliche Genom an Eigenverantwortung, gewinnt aber mit diesem Wissen und den gleichzeitig wachsenden Technologien, die es ermöglichen das Genom zu beeinflussen, an Entscheidungskraft.

Insofern wird die These falsifiziert: Eine schwangere Frau, bei deren ungeborenem Kind mithilfe PND eine Behinderung festgestellt wird, bricht ihre Schwangerschaft nicht aufgrund von staatsbürgerlichen Pflichten und gesellschaftlichen Zwängen, sondern aufgrund von individueller Überzeugung ab. Denn obwohl aus biopolitischer Sicht auch in *unserer* individualistischen Gesellschaft Ego zunehmend in den Hintergrund rückt und hinsichtlich gesundheitlicher Vorgänge das Kollektiv wichtig ist, ist jedes Individuum selbst denkend und selbst entscheidend. Schließlich treibt nicht die Gesellschaft, sondern die schwangere Frau ab.

Die Entweder-Oder-Logik wurde auch hier durch Sowohl-Als-Auch abgelöst. Es gibt keine eindeutige Antwort auf die Frage nach dem Grund eines Schwangerschaftsabbruchs. Die zunehmende Individualisierung und der Drang zur Selbstverwirklichung sprechen für einen Schwangerschaftsabbruch bei PND positiv, denn ein *abnormales Kind* braucht bestimmt intensivere Aufmerksamkeit und mehr Zeit als ein *normales Kind*. Die postmoderne, selbstständige Frau/postmoderne selbstständige Eltern wird/werden somit durch das behinderte Kind, sollte/n sie es gebären, eingeschränkt, ihr Leben rückt in den Hintergrund, hinter das Leben ihres behinderten Kindes, dessen Leiden es zu minimieren gilt.

Ich bin für Leben und für Wahlfreiheit! So sollte es für eine schwangere Frau, gesellschaftlich anerkannt und legitim sein ihr ungeborenes Kind abzutreiben –

unabhängig davon, ob dieses behindert ist oder nicht. Genauso legitim sollte es sein, dieses Kind zu gebären, denn meiner Meinung nach entscheidet nicht die Biovalue über den Lebenswert.

Am Ende hängt es jedoch immer von zahlreichen unterschiedlichen Komponenten ab, ob ein Kind geboren wird oder nicht. Nicht allein die Tatsache der PND positiv entscheidet über Geburt oder Abtreibung. Natürlich sollte es allein die Entscheidung der werdenden Eltern sein, ob ihr ungeborenes Kind das Licht der Welt erblickt, doch genauso natürlich wird diese Entscheidung von der jeweiligen Umgebung beeinflusst. Es gibt daher keine richtigen oder falschen Gründe für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch, für oder gegen ein Kind.

Wann beginnt Leben, wann endet es? Welches Erbmaterial verspricht ein gesundes, erfolgreiches, glückliches Leben? Ab wann wird Manipulation unmoralisch? Hat ein Embryo Rechte? Wie sieht die Norm aus? Wer stellt sie auf und wer entspricht ihr? Welches Leben ist lebenswert – welches nicht? Und vor allem: Wer besitzt das Recht, über die Qualität von Leben(swert) zu urteilen? Ist dieses Leben lebenswert? – Ich weiß es nicht.

„Ich bin mir sicher, dass wir darauf nie eine Antwort finden werden; das bedeutet jedoch nicht, dass wir darauf verzichten sollten, die Frage zu stellen.“

(Foucault 1979: 204)

7 Bibliographie

- Andrews, Lori B. 2001. *Future Perfect, Confronting Decisions About Genetics*. Columbia University Press, New York Chichester, West Sussex
- Angermann, Hartmut / Vogel, Günter. 2001. *dtv-Atlas Biologie*, 3 Bände. Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG, München
- Atkinson, Paul / Glasner, Peter. 2007. Introduction: new genetic identities? in Atkinson, Paul / Glasner, Peter / Greenslade, Helen: *New Genetics, New Identities*. Routledge, New York: S. 1-10
- Beck, Ulrich. 2007. *Weltrisikogesellschaft, Die globalen Gefährdungen – vom Terror bis zum Klimawandel*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main
- Beck, Ulrich. 1991. Der anthropologische Schock, Tschernobyl und die Konturen der Risikogesellschaft, in Beck, Ulrich (Hg.): *Politik in der Risikogesellschaft*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main: S. 67-81
- Beck, Ulrich / Beck-Gernsheim, Elisabeth. 2001. *Individualization, Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences*. SAGE Publications Ltd. London
- Beck, Ulrich / Bonß, Wolfgang / Lau, Christoph. 2004. Entgrenzung erzwingt Entscheidung: Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung? in Beck, Ulrich / Lau, Christoph (Hg.): *Entgrenzung und Entscheidung: Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung?* Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main: S. 13-64
- Bentley, Gillian R. / Mascie-Taylor, C.G. Nicholas (Hg.). 2000. *Infertility in the Modern World, Present and Future Prospects*. Cambridge University Press, Cambridge UK
- Berger, Hans Christian. 2006. Elemente der Biomacht. Annäherung an einen zentralen Begriff in Foucaults Analytik der Macht. Diplomarbeit zur Erlangung des Magistergrades der Philosophie aus der Studienrichtung UF Geschichte, Sozialkunde, Politische Bildung, eingereicht an der Universität Wien, Wien
- Bertrand, Ute. 1994. Die Modellbauer oder der Glaube an die Macht der Gene, in *Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis, Schöpfungsgeschichte Zweiter Teil Neue Technologien*, 38. Köln: S. 119-130
- Bock von Wülfigen, Bettina. 2007. *Genetisierung der Zeugung, eine Diskurs- und Metaphernanalyse reproduktionsgenetischer Zukünfte*. Transcript Verlag, Bielefeld
- Bonß, Wolfgang / Esser, Felicitas / Hohl, Joachim / Pelizäus-Hoffmeister, Helga / Zinn, Jens. 2004. Biographische Sicherheit, in Beck, Ulrich / Lau, Christoph (Hg.): *Entgrenzung und Entscheidung: Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung?* Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main: S. 211-233
- Bösch, Stefan / Lau, Christoph / Obermeier, Alexandra / Wehling, Peter. 2004. Die Erwartung des Unerwarteten. Science Assessment und der Wandel der Risikoerkenntnis, in Beck, Ulrich / Lau, Christoph (Hg.): *Entgrenzung und Entscheidung: Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung?* Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main: S. 123-148
- Bourdieu, Pierre. 2003. Foreword: Advocating a “Genethics” in, Duster, Troy: *Backdoor to Eugenics*. Routledge, New York, London, second Edition: S. vii-viii
- Breuer, Hubertus. 2009. Vom Schimpansen zum Cyborg, in, *Profil, das unabhängige Nachrichtenmagazin Österreichs*, Verlagsgruppe NEWS Gesellschaft m.b.H, Wien, Ausgabe Nr. 3, 40Jg.: S. 78-86, 12.1.2009
- Buchanan, Allen / Brock, Dan W. / Daniels, Norman / Wikler, Daniel. 2000. *From Chance to Choice, Genetics and Justice*. Cambridge University Press, New York USA
- Bundschuh, Johanna. 2000. Individualisierung – Disziplinierung? Der globale Trend zur Individualisierung als Verfeinerung der Foucaultschen Disziplinär – und Kontrollmacht unter besonderer Berücksichtigung von

Foucaults Analysen des Subjekts. Diplomarbeit zur Erlangung des Magistergrades der Philosophie an der Fakultät für Human – und Sozialwissenschaften der Universität Wien, Wien

Danaher, Geoff / Schirato, Tony / Webb, Jen. 2000. Understanding Foucault. SAGE Publications Ltd, London, Thousand Oaks, New Delhi

de Vries, Gerard / Hagendijk, Rob / Nelis, Annemiek. 2007. Patients as public in ethics debates: interpreting the role of patients' organisations in democracy, in Atkinson, Paul / Glasner, Peter / Greenslade, Helen: New Genetics, New Identities. Routledge, New York: S. 28-43

Diedrich, Klaus / Kunz, Simone. 2005. Endlich ein Baby! Knaur Ratgeber Verlage, München

Dreyfus, Hubert L. / Rabinow, Paul. 1982. Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics. The University of Chicago Press, Chicago

Duden Redaktion. 2006. Duden, die deutsche Rechtschreibung. Duden Verlag, Mannheim, Wien, Zürich, 24. Auflage

Duster, Troy. 2003. Backdoor to Eugenics. Routledge, New York, London, second Edition

Ebers, Nicola. 1995. „Individualisierung“: Georg Simmel – Norbert Elias – Ulrich Beck. Verlag Königshausen & Neumann GmbH, Würzburg

Edwards, Jeanette. 1999. Technologies of procreation. Routledge, London

Eriksen, Thomas Hylland. 2001. Small Places, Large Issues, an Introduction to Social and Cultural Anthropology. Pluto Press, London, second edition

Ewald, François. 1991. Die Versicherungs-Gesellschaft, in Beck, Ulrich (Hg.): Politik in der Risikogesellschaft. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main: S. 288-301

Feichtinger, Wilfried / Stanzl, Eva. 2009. Die Unfruchtbarkeitsfalle, wie es dazu kommen kann, dass man den Zug verpasst. Orac/Verlag Kremayr & Scheriau KG, Wien

Foucault, Michel. 1994. Überwachen und Strafen, die Geburt des Gefängnisses. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main

Foucault, Michel. 1992. Leben machen und sterben lassen: Die Geburt des Rassismus. Biomacht. DISS-Texte Nr. 25, Duisburger Institut für Sprach- und Sozialforschung, Duisburg: S. 27-52

Foucault, Michel. 1983. Der Wille zum Wissen, Sexualität und Wahrheit 1. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main

Foucault, Michel. 1982a. Afterword The Subject and Power, in Dreyfus, Hubert L. / Rabinow, Paul: Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics. The University of Chicago Press, Chicago: S. 208-226

Foucault, Michel. 1982b. Michel Foucault, ein Interview: Sex, Macht und die Politik der Identität, Interview mit Gallagher, B. und Wilson, A. in Defert, Daniel / Ewald, Françoise (Hg.). 2005: Michel Foucault Analytik der Macht. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main: S. 301-315

Foucault, Michel. 1979. „Omnes et singulatim“: zu einer Kritik der politischen Vernunft, in Defert, Daniel / Ewald, Françoise (Hg.). 2005: Michel Foucault Analytik der Macht. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main: S. 188-219

Foucault, Michel. 1976a. Gespräch mit Michel Foucault, geführt von Fontana, A. und Pasquino, P. in Defert, Daniel / Ewald, Françoise (Hg.). 2005: Michel Foucault Analytik der Macht. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main: S. 83-107

Foucault, Michel. 1976b. Die Maschen der Macht, in Defert, Daniel / Ewald, Françoise (Hg.). 2005: Michel Foucault Analytik der Macht. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main: S. 220-239

- Foucault, Michel. 1975. Macht und Körper, ein Gespräch, in Defert, Daniel / Ewald, Françoise (Hg.). 2005: Michel Foucault Analytik der Macht. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main: S. 74-82
- Foucault, Michel. 1974. Wahnsinn, eine Frage der Macht, Interview aufgezeichnet von Rodríguez, S.H.V. in Defert, Daniel / Ewald, Françoise (Hg.). 2005: Michel Foucault Analytik der Macht. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main: S. 69-73
- Foucault, Michel. 1961. Vorwort, in Defert, Daniel / Ewald, Françoise (Hg.). 2005: Michel Foucault Analytik der Macht. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main: S. 7-17
- Fowler, Chris. 2004. The Archaeology of Personhood, an anthropological approach. University of Manchester, Routledge, London
- Ganten, Detlev / Kollek, Regine. 2002. Wie viel Moral braucht die Medizin? Interview mit Bachmann, Klaus / Simon, Claus Peter, in Geo Wissen, Nr. 30: 24-30
- Gärtner, Barbara. Jänner 2010. Morgen, Kinder, wird's euch geben! in: Wienerin, Wienerin Verlags GmbH & Co KG, Wien, Nr. 244: S. 146-149
- Gehring, Petra. 2006. Was ist Biomacht? Vom zweifelhaften Mehrwert des Lebens. Campus Verlag GmbH, Frankfurt, New York, Frankfurt am Main
- Gelbart, William M. / Griffiths, Anthony J.F. / Lewontin, Richard C. / Miller, Jeffrey H. / Suzuki, David T. / Wessler, Susan R. 2005. Introduction to Genetic Analysis. W. H. Freeman and Company, New York, eighth edition
- Grüber, Katrin. Dezember 2000. Das Geschäft mit der Wahrscheinlichkeit, in Gen-ethischer Informationsdienst, GID Nr. 143: S. 5-8
- Gugutzer, Robert / Keller, Reiner / Lau, Christoph / Viehöver, Willy. 2004. Vergesellschaftung der Natur-Naturalisierung der Gesellschaft, in Beck, Ulrich / Lau, Christoph (Hg.): Entgrenzung und Entscheidung: Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung? Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main: S. 65-94
- Habermas, Jürgen. 2001. Die Zukunft der menschlichen Natur, Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik? Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main
- Hadolt, Bernhard. 2009. Präimplantationsdiagnostik als Regelungsgegenstand österreichischer Reproduktionstechnologiepolitik. Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
- Hadolt, Bernhard / Lengauer, Monika. 2003. Kinder-Machen: Eine ethnographische Untersuchung zur Handhabung von ungewollter Kinderlosigkeit und den Neuen Reproduktionstechnologien durch betroffene Frauen und Männer in Österreich. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie an der Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften der Universität Wien, Wien
- Hagner, Michael. 1995. Monstrositäten haben eine Geschichte, in Hagner, Michael (Hg.): Der falsche Körper, Beiträge zu einer Geschichte der Monstrositäten. Wallstein Verlag, Göttingen: S. 7-20
- Hauser-Schäublin, Brigitta / Klatzikus, Vera / Petersen, Imme / Schröder, Iris. 2001. Der geteilte Leib, Die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland. Campus Verlag, Frankfurt am Main
- Hengstschläger, Markus. 2009. Vorwort, ein Kreislauf, in Feichtinger, Wilfried / Stanzl, Eva: Die Unfruchtbarkeitsfalle, wie es dazu kommen kann, dass man den Zug verpasst. Orac/Verlag Kremayr & Scheriau KG, Wien
- Höfer, Renate / John, René / Keupp, Heiner / Knothe, Holger / Kraus, Wolfgang / Straus, Florian. 2004. Selbstverortung im bürgerschaftlichen Engagement, zur Ambivalenz subjektiver Konstruktionen von Gemeinschaft, in Beck, Ulrich / Lau, Christoph (Hg.): Entgrenzung und Entscheidung: Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung? Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main: S. 234-257

- Hummel, Diana / Winkler, Ute. 1994. Reproduktionsmedizin: Die Technisierung der Mutterschaft, in Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis. Schöpfungsgeschichte Zweiter Teil. Neue Technologien, 38. Köln: S. 97-104
- Kaller, Luise. 2009. „Singen oder Schreien – egal! Hauptsache, laut“, Interview mit Hildebrandt, Tina / Sussebach, Henning in: Die Zeit, Printausgabe, 30.12.2009: S. 15-18
- Kamper, Dietmar. 2001. Normalität auf dem Prüfstand, der versehrte Maßstab der Anthropologie: menschliche Identität – anthropologische Differenz – exzentrische Paradoxie, in Stiftung Deutsches Hygiene-Museum / Deutsche Behindertenhilfe – Aktion Mensch e. V. (Hg.): der (im-)perfekte Mensch, vom Recht auf Unvollkommenheit. Hatje Cantz Verlag, Ostfildern-Ruit: S. 153-159
- Kassel, Andreas Jürgens. 2001. Zur Geschichte der Emanzipationsbewegung behinderter Menschen, ein Interview, in Stiftung Deutsches Hygiene-Museum / Deutsche Behindertenhilfe – Aktion Mensch e. V. (Hg.): der (im-)perfekte Mensch, vom Recht auf Unvollkommenheit. Hatje Cantz Verlag, Ostfildern-Ruit: S. 35-41
- Kaufmann, Sharon R. / Morgan, Lynn M. 2005. The Anthropology of the Beginnings and Ends of Life. The Annual Review of Anthropology, 34: S. 317-341
- Klimont, Jeannette / Kytir, Josef / Leitner, Barbara. 2007. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Statistik Austria, Wien
- Kock, Sabine. März 2002. And this is number one, and the fun has just begun ... Epochale Veränderung von Wahrnehmungen und Werten im Kontext von Embryonenforschung und Reproduktionsmedizin, in AUF, eine Frauenzeitschrift. Nr. 115: S. 15-17
- Lau, Christoph. 1991. Neue Risiken und gesellschaftliche Konflikte, in Beck, Ulrich (Hg.): Politik in der Risikogesellschaft. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main: S. 248-265
- Leitner, Barbara. 2009. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008. Statistik Austria, Verlag Österreich GmbH, Wien
- Leitner, Barbara. 2008. Menschen mit Beeinträchtigungen, Ergebnisse der Mikrozensus-Zusatzfragen im 4. Quartal 2007. Statistik Austria, Statistische Nachrichten 12/2008: S. 1132-1141
- Lemke, Thomas. 2005. Geschichte und Erfahrung Michel Foucault und die Spuren der Macht in, Defert, Daniel / Ewald, Françoise (Hg.): Analytik der Macht. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main: S. 317-347
- Martin, Emily. 1989. Die Frau im Körper, Weibliches Bewußtsein, Gynäkologie und die Reproduktion des Lebens. Campus Verlag, Frankfurt am Main, New York
- Mattner, Dieter. 2001. Die Erfindung der Normalität, in Stiftung Deutsches Hygiene-Museum / Deutsche Behindertenhilfe – Aktion Mensch e. V. (Hg.): der (im-)perfekte Mensch, vom Recht auf Unvollkommenheit. Hatje Cantz Verlag, Ostfildern-Ruit: S. 13-32
- May, Stefan. 2004. Rechtspolitische Nebenfolgen und Entscheidungskonflikte der Biomedizin in, Beck, Ulrich / Lau, Christoph (Hg.): Entgrenzung und Entscheidung: Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung? Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main: S. 193-208
- Mense, Lisa. 2004. Neue Formen von Mutterschaft: Verwandtschaft im Kontext der Neuen Reproduktionstechnologien, in Lenz, Ilse / Mense, Lisa / Ullrich, Charlotte (Hg.): Reflexive Körper? Zur Modernisierung von Sexualität und Reproduktion. Leske und Budrich, Opladen: S. 149-177
- Mesner, Maria. 2006. Mother-Families, Family Mothers. Policies on Having Children in Austria, in Mesner, Maria / Wolfgruber, Gudrun (Eds.): The Policies of Reproduction at the Turn of the 21st Century. The Cases of Finland, Portugal, Romania, Russia, Austria and the US. StudienVerlag, Innsbruck: 181-198
- Mieth, Dietmar. 2001. Vom Anfang und Ende des Lebens, Kriterien zur Bestimmung des menschlichen Lebens unter ethischer Perspektive, in Stiftung Deutsches Hygiene-Museum / Deutsche Behindertenhilfe –

- Aktion Mensch e. V. (Hg.): der (im-)perfekte Mensch, vom Recht auf Unvollkommenheit. Hatje Cantz Verlag, Ostfildern-Ruit: S. 51-68
- Mitchell, Robert / Waldby, Catherine. 2006. Tissue Economies, Blood, Organs, and Cell Lines in late Capitalism. Duke University Press, Durham, London
- Novas, Carlos. 2007. Genetic advocacy groups, science and biovalue: creating political economies of hope, in Atkinson, Paul / Glasner, Peter / Greenslade, Helen: New Genetics, New Identities. Routledge, New York: S. 11-27
- Novas, Carlos / Rose, Nikolas. 2005. Biological Citizenship, in: Ong, Ahiwa / Collier, Steven, J.: Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems. Blackwell Publishing, Malden: S. 439-463
- O'Neill, Fiona K. 2007. Fashioning flesh: inclusion, exclusivity and the potential of genomics, in Atkinson, Paul / Glasner, Peter / Greenslade, Helen: New Genetics, New Identities. Routledge, New York: S. 61- 76
- Pálsson, Gísli. 2007. Anthropology and the New Genetics. Cambridge University Press, New York
- Pichlhofer, Gaby. Februar 2000. Das fremde Ei, in Gen-ethischer Informationsdienst, GID, Nr. 138: S. 30-34
- Rabinow, Paul / Rose, Nikolas. 2003. Introduction: Foucault Today, in Rabinow, Paul / Rose, Nikolas (Eds.): The Essential Foucault: Selections from Essential Works of Foucault 1954-1984. The New Press, York, London: S. VII-XXXV
- Ritzer, George / Stillman, Todd. 2003. McDonaldisierung, Amerikanisierung und Globalisierung: Eine vergleichende Analyse, in Beck, Ulrich / Sznaider, Natan / Winter, Rainer (Hg): Globales Amerika? Die kulturellen Folgen der Globalisierung. Transcript Verlag, Bielefeld: S. 44-68
- Ruoff, Michael. 2009. Foucault-Lexikon. Wilhelm Fink GmbH & Co. Verlags-Kg, Paderborn
- Seidl, Karl Heinz. 1991. Meine wunderbare Märchenwelt. Die 20 schönsten Märchen der Brüder Grimm illustriert von Barbara Bedrischka-Bös. Verlag Herder, Freiburg im Breisgau, Basel, Wien
- Sloterdijk, Peter. 2001. Der operable Mensch, Anmerkungen zur ethischen Situation der Gen-Technologie, in Stiftung Deutsches Hygiene-Museum / Deutsche Behindertenhilfe – Aktion Mensch e. V. (Hg.): der (im-)perfekte Mensch, vom Recht auf Unvollkommenheit. Hatje Cantz Verlag, Ostfildern-Ruit: S. 97-114
- Spiewak, Martin. 2002. Wie weit gehen wir für ein Kind? Im Labyrinth der Fortpflanzungsmedizin. Eichborn AG, Frankfurt am Main
- Thüring, Hubert. 2003. Form und Unform, Wert und Unwert des Lebens bei Nietzsche, in Stingelin, Martin (Hg.): Biopolitik und Rassismus, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main: S. 27-54
- Tolmein, Oliver. Dezember 2000. Wissen ohne Macht, in Gen-ethischer Informationsdienst, GID, Nr. 143: S. 3-4
- Van Dyck, José. Dezember 1996. Grenzüberschreitung, in Gen-ethischer Informationsdienst, GID, Nr. 116: S. 38-42
- Venkatesan, Priya. 2007. Genomics, social formations and subjectivity, in Atkinson, Paul / Glasner, Peter / Greenslade, Helen: New Genetics, New Identities. Routledge, New York: S. 177-190
- Wagner, Elisabeth Irene. 2009. „Kann ein Kind ein Schaden sein? Die Debatte rund um ‚Wrongful Birth‘ und ‚pränatale Diagnostik‘ in Österreich. Diplomarbeit zur Erlangung der Magistra der Philosophie an der Kultur- und Sozialanthropologie, Universität Wien, Wien
- Waldby, Catherine. 2000. The visible Human Project, Informatic bodies and posthuman medicine. Routledge, London

Weber, Natalie. Jänner 2010. Willst du mit mir Gen? in Wienerin, Wienerin Verlags GmbH & Co KG, Wien Nr. 244: S. 122-125

Welan, Manfred. 2002. Recht in Österreich, ein Überblick. WUV Universitätsverlag, Wien, 3. Auflage

Weikert, Aurelia. 2006a. In vitro Fertilization, Egg Selling, Surrogacy. New Reproductive Technologies - the Austrian Development, in Mesner, Maria / Wolfgruber, Gudrun (Hg.): The Policies of Reproduction at the Turn of the 21st Century. The Cases of Finland, Portugal, Romania, Russia, Austria and the US. StudienVerlag, Innsbruck: S. 199-205

Weikert, Aurelia. März 2002. Wer bestimmt selbst? Neue Fortpflanzungstechnologien zwischen Gesellschaft und Individuum, in AUF, eine Frauenzeitschrift, Nr. 115: S. 11-14

Weikert, Aurelia. 1998. Genormtes Leben, Bevölkerungspolitik und Eugenik. Promedia Druck- und Verlagsgesellschaft m.b.H. Wien

Weß, Ludger: Die Träume der Genetik, gentechnische Utopien von sozialem Fortschritt; Mabuse-Verlag GmbH; Frankfurt am Main; 2. Auflage; 1998

Wolf, Maria Andrea. 2006. The Medicalization of Reproduction, in Mesner, Maria / Wolfgruber, Gudrun (Eds.): The Policies of Reproduction at the Turn of the 21st Century. The Cases of Finland, Portugal, Romania, Russia, Austria and the US. StudienVerlag, Innsbruck: S. 219-237

7.1 Online-Quellen

ABGB §16 (Aus dem Charakter der Persönlichkeit. Angeborene Rechte.)

<http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR12017706&ResultFunctionToken=4340bc28-3e70-427b-9f68-788cd299105e&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=ABGB&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=16&BisParagraf=&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=24.05.2010&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=> (Abrufdatum: 24.5.2010)

Art Brut Center; Gugging

<http://www.gugging.org/> (Abrufdatum: 27.4.2010)

Bauer, Axel. 2010. Eugenik gab es vor Hitler und es gibt sie bis heute, Interview mit Badenschier, Franziska in: Die Zeit Online. 6.2.2010

<http://www.zeit.de/wissen/geschichte/2010-02/geschichte-eugenik-interview?page=all> (Abrufdatum: 15.3.2010)

Bowlby, Rachel. 2007. Generations, Textual Practice, University College London: S. 1-16

http://pdfserve.informaworld.com/731102_919583647_771300956.pdf (Abrufdatum: 24.5.2010)

Brickner, Irene. 2009. Willkommen im 20. Jahrhundert, in Online Standard (Printausgabe: 11.12.2009)

<http://derstandard.at/1259281637284/Irene-Brickner-Willkommen-im-20-Jahrhundert> (Abrufdatum: 2.1.2010)

California Cryobank: advanced search

<http://www.cryobank.com/Donor-Search/advanced-search/> (Abrufdatum: 14.3.2010)

California Cryobank: Donor 02445

<http://www.cryobank.com/Donor-Search/Donor-Profile/index.cfm?donorNo=02445> (Abrufdatum: 14.3.2010)

California Cryobank: Donor 11422

<http://www.cryobank.com/Donor-Search/Donor-Profile/index.cfm?donorNo=11422> (Abrufdatum 14.3.2010)

Center for Surrogate Parenting, Inc.: Surrogate Mother, Welcome to CSP
http://www.creatingfamilies.com/SM/SM_Info.aspx (Abrufdatum: 14.3.2010)

Center for Surrogate Parenting, Inc.: Surrogate Mother, Financial Considerations
http://www.creatingfamilies.com/SM/SM_Info.aspx?Type=123 (Abrufdatum: 14.3.2010)

Cussins, Charis. August 1996. Ontological Choreography: Agency through Objectification in Infertility Clinics. Sage Publications Ltd. Social Studies of Science, Vol. 26, No. 3: S. 575-610
<http://www.jstor.org/stable/285701> (Abrufdatum: 20.7.2008)

FMedG §1 (Begriffsbestimmungen), §2 (Zulässigkeit), §3, §4 (Befugnis), §9 (Verwendung, Untersuchung und Behandlung von Samen, Eizellen und entwicklungsfähigen Zellen), §10, §14, §20 (Auskunft), §21 (Vermittlungsverbot)
<http://www.ris.bka.gv.at/MarkierteDokumente.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=FMedG&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=1&BisParagraf=21&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=24.05.2010&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=&WxeFunctionToken=585528a0-2944-4801-bc7f-90ec3a65510e> (Abrufdatum: 24.5.2010)

Gentechnikbuch gemäß §99 GTG
<http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/standard.html?doc=CMS1201093533126&channel=CH0817> (Abrufdatum: 9.4.2010)

GTG §1 (Allgemeine Bestimmungen: Ziel des Gesetzes), §64 (Genetische Analysen und Gentherapie am Menschen), §65 (Genetische Analysen am Menschen zu medizinischen Zwecken), §67 (Verbot der Erhebung und Verwendung von Daten aus genetischen Analysen für bestimmte Zwecke), §69 (Einwilligung und Beratung)
<http://www.ris.bka.gv.at/MarkierteDokumente.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=GTG&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=1&BisParagraf=69&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=24.05.2010&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=&WxeFunctionToken=81584549-7faf-412c-956b-8a21fda0ebb1> (Abrufdatum: 24.5.2010)

Human Genome Diversity Project
<http://www.stanford.edu/group/morrinst/hgdp.html> (Abrufdatum: 5.1.2010)

International Haplotype Map Project
<http://hapmap.ncbi.nlm.nih.gov/> (Abrufdatum: 5.1.2010)

Islendiga Bok (the book of Icelanders)
<http://www.islendingabok.is/IServlets/index.jsp> (Abrufdatum: 6.5.2010)

IVF-Fonds Gesetz §1 (Gegenstand), §1a (Begriffsbestimmungen), §4 (Anspruchsvoraussetzungen), §5b (Meldepflicht)
<http://www.ris.bka.gv.at/MarkierteDokumente.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=IVF-Fonds&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=1&BisParagraf=5b&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=24.05.2010&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=&WxeFunctionToken=62342e5e-5e17-4e09-9245-b76971b045c9> (Abrufdatum: 24.5.2010)

Kemeter, Peter. o. J. 25 Jahre Geburt des erstes IVF-Babys Österreichs - eine Wiener Erfolgsgeschichte
<http://www.kemeter.cc/geschichte.php> (Abrufdatum: 2.4.2010)

Krone.at. 23.11.2009. Uni will Körperteile aus Fruchtwasser züchten
http://www.krone.at/S25/object_id__172611/hxcms/index.html
(Abrufdatum: 7.3.2010)

Kupferschmidt, Kai. 29.9.2009. Der Sinn hinter der Stammzellmaus, in: Die Zeit Online
<http://www.zeit.de/online/2009/31/auf-ein-neues> (Abrufdatum: 6.5.2010)

Lebenshilfe Wien. 2006. Stellungnahme der Lebenshilfe Wien, Presseaussendung zum Thema Eugenische Indikation
<http://www.dielebenshilfe.at/Stellungnahmen-der-Lebenshilfe.373.0.html>
(Abrufdatum: 22.4.2010)

Online Standard. 8.7.2009. Britische Forscher melden erste künstliche Sperma-Erzeugung
<http://derstandard.at/1246541644644/Britische-Forscher-melden-erste-kuenstliche-Sperma-Erzeugung>
(Abrufdatum: 7.3.2010)

Orland, Barbara. 2001. Spuren einer Entdeckung (Re-) Konstruktionen der Unfruchtbarkeit im Zeitalter der Fortpflanzungsmedizin, in Gesnerus – Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences, Vol. 58: S. 1-19
http://www.tg.ethz.ch/dokumente/pdf_files/OrlandUNFRUCHTBARKEIT.pdf (Abrufdatum: 25.5.2010)

Österreichisches Institut für Menschenrechte: Fortpflanzungsmedizingesetz verstößt gegen Menschenrechtskonvention. 6.4.2010
<http://www.menschenrechte.ac.at/en/news/news-detailseite/article/fortpflanzungsmedizingesetz-verstoest-gegen-menschenrechtskonvention-1.html> (Abrufdatum: 22.4.2010)

Republik Österreich, Bundesministerium für Inneres: Nationalratswahlen 2008, Österreich, Endergebnis (inklusive aller Wahlkartenergebnisse)
vgl. <http://wahl08.bmi.gv.at/> (Abrufdatum: 16.4.2010)

Rose, Nikolas. 2001. The Politics of Life Itself, Theory, Cultur & Society
<http://tcs.sagepub.com/cgi/content/abstract/18/6/1> (Abrufdatum: 12.11.2009)

Rozakis, Christos / Wampach, André. 2010. Case of S.H. and others v. Austria (Application no. 57813/00), European Court of Human Rights, Strasbourg
http://www.menschenrechte.ac.at/uploads/media/S.H._u.a._gg._OEsterreich__Urteil__01.pdf (Abrufdatum: 22.4.2010)

Smart, Alan / Smart, Josephine. 2003. Urbanization and the Global Perspective. Annual Review of Anthropology, Vol. 32: S. 263-285
<http://arjournals.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.anthro.32.061002.093445> (Abrufdatum: 24.5.2010)

StGB §97 (Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs)
<http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR12029640&ResultFunctionToken=2f029796-7779-4cd1-8101-7f931008e5c2&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=97&BisParagraf=&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=24.05.2010&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=schwangerschaftsabbruch>
(Abrufdatum: 24.5.2010)

The Egg Donor Program: about us
<http://www.eggdonation.com/about-us.html> (Abrufdatum: 14.3.2010)

The Egg Donor Program: DonorID 24480
http://www.eggdonation.com/secure_search/donorprofile.php?donorID=24480
(Abrufdatum: 14.3.2010); Diese Homepage ist nur mit gültigem Usernamen und Passwort abrufbar.

Weikert, Aurelia. 2006b. Schneiden, Veredeln, Verjüngen – von der Idee zur Praxis. Oder: Welche Möglichkeiten bieten künstliche Fortpflanzungstechnologien? in: Austrian Studies in Social Anthropology: Online-Journal der AbsolventInnen des Instituts für Kultur- und Sozialanthropologie, Journal 1/2006
<http://www.univie.ac.at/alumni.ethnologie/journal/volltxt/Weikert.pdf>
(Abrufdatum: 11.3.2010)

World Health Organisation (WHO). 2010. Gender and Genetics
<http://www.who.int/genomics/gender/en/print.html> (Abrufdatum: 8.3.2010)

7.2 Filme

Black, Eric / Sandig, Frauke. 2005 (Produktionsjahr). Frozen Angels. Independent Lens

De Missolz, Jérôme / Klein, Floréal. 2007. Zwischen Klapperstorch und Retorte, Arte France, Gloria Films, Dragons Films

Anhang I – Abstract: Deutsche Fassung

Biomacht im 21. Jahrhundert, wie neue Reproduktionstechnologien biologische Staatsbürgerschaft in Österreich formen

Ist es möglich die Qualität und den Wert von Leben zu berechnen? Diese Arbeit stellt Fragen nach Norm und Abnorm, nach Stigmatisierung, staatsbürgerlichen Pflichten und gesellschaftlichen Zwängen.

Basierend auf Michel Foucaults Theorie der Biomacht, die im 21. Jahrhundert das Leben der Menschen zunehmend transparenter und kontrollierbarer macht, zeige ich auf wie in unserer (österreichischen) individualisierenden Gesellschaft Ego hinsichtlich gesundheitlicher Vorgänge in den Hintergrund rückt. In der Folge forme ich, am Beispiel der neuen Reproduktionstechnologien, die biologische österreichische Staatsbürgerin und den biologischen österreichischen Staatsbürger.

Das Wohlbefinden des Gesellschaftskörpers wird durch das Wohlbefinden der Staatsbürger/innen realisiert. Innerhalb eines Gesellschaftskörpers ist das Idealbild der Norm erstrebenswert, Abnorm hingegen unerwünscht.

Die neuen Reproduktionstechnologien sind Techniken, die es ermöglichen Leben pränatal zu (be)werten. Sollten die Zellen des Ungeborenen von unzureichender Qualität sein, besteht die Möglichkeit ihm ein leidvolles Leben zu ersparen. Basierend auf einer diagnostizierten Wahrscheinlichkeit wird ein mangelhafter Fötus, um dem Risiko einer Behinderung vorzubeugen, meist prophylaktisch abgetrieben. Es muss eine Entscheidung zwischen dem, was leben darf, und dem, was sterben soll, getroffen werden – mit dieser Differenzierung wird Abtreibung der Abnormalen legitimiert. Ein Test, eine Diagnose, eine Entscheidung – so einfach ist es heute über den Lebenswert zu urteilen.

Anhang II – Abstract: English Version

Biopower in the 21st century, how new reproductive technologies form biological citizenship in Austria

Is it possible to assess the quality of life? My thesis questions norm and abnormality, stigmatization, civic duties and social necessities.

Based on Michel Foucault's theory of biopower, which makes human life in the 21st century increasingly more transparent and controllable, I will, from an Austrian point of view, show how in an individualistic society, Ego as to public health matters, becomes less important. Subsequently I form the biological Austrian citizen – illustrated by new reproductive technologies.

The well being of the society is implemented by the well being of the citizens. Within this society norm is desirable – abnormality is unwanted.

New reproductive technologies are techniques that allow prenatal judgment of life. If the cells of an unborn are of insufficient quality it is possible to spare it a miserable life full of suffering. Based on a diagnosed probability and to prevent the risk of disability, a faulty foetus is mostly prophylactic aborted. It has to be decided between those who should live and those who should die – this distinction legitimates abortion. One test, one diagnosis, one decision – today it is that easy to judge the quality of life.

Anhang III – Lebenslauf

Anna Ulrike Astrid Schoiswohl

6. Oktober 1986

Nationalität: Austria

annaschoiswohl@gmail.com

Bildungsweg

- Seit 2006 Universität Wien: Studium der Kultur- und Sozialanthropologie
- 2005-2008 Universität Wien: Studium der Biologie
- 2001-2005 Erzherzog Johann Gymnasium BORG Bad Aussee,
13. Juni 2005: Matura mit ausgezeichnetem Erfolg
- 2003-2004 Nyborg Gymnasium, Dänemark: Schülerin des Internationalen Baccalaureats