

Körper und Geschlecht in der Schwangerschaft. Aneignung medizinischen Wissens durch Gynäkolog_innen und schwangere Frauen

Claudia Sontowski

Die vorherrschende Assoziation naturwissenschaftlichen Wissens mit objektiver Realitätsabbildung und stetigem Wissenszuwachs weicht in Wissenschaftstheorie, Sozialwissenschaften und nicht zuletzt in den Naturwissenschaften selbst zunehmend Vorstellungen, die die gesellschaftliche Bedingtheit naturwissenschaftlicher Wissensproduktion betonen. Gesellschaftliche Auswirkungen der naturwissenschaftlichen Wahrheitsproduktion können insbesondere in den Aneignungsprozessen von Expert_innen und Laien beobachtet werden. Mein Beitrag reflektiert das Verhältnis von naturwissenschaftlichem Wissen und Geschlecht deshalb nicht mit Blick auf die Wissensproduktion, sondern indem ich nach Aneignung wissenschaftlichen Wissens durch Gynäkolog_innen und schwangere Frauen frage.

In der ärztlichen Betreuung von Schwangeren umfasst naturwissenschaftliches Wissen vor allem medizinisches Wissen und ist eng mit Diagnosetechniken verknüpft. Ultraschall, Ersttrimesterscreening und Fruchtwasseruntersuchungen ermöglichen und erfordern zunehmend komplexe Entscheidungen von Seiten der Schwangeren bzw. der Paare. Wissen, so eine verbreitete Annahme, ist die Voraussetzung dafür, diese Entscheidungen treffen zu können. Das medizinische Wissen über Schwangerschaft und Pränataldiagnostik wird schwangeren Frauen in erster Linie von

Gynäkolog_innen im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen vermittelt. Dass dabei auch Körper- und Geschlechterwissen verhandelt wird, ist Ausgangspunkt des vorliegenden Beitrags. Ich nehme an, dass Geschlechterwissen – ob implizit oder explizit – in der Betreuung von Schwangeren eine Rolle spielen muss, da Schwangerschaft vor dem Hintergrund der sozial selbstständigen Zweigeschlechtlichkeit ‚vergeschlechtlicht‘ ist. Der Beitrag fragt danach, wie Prozesse der Objektivierung wissenschaftlichen Wissens, der Vergeschlechtlichung der Schwangerschaft sowie Technologien des Selbst auf Seiten der schwangeren Frauen ineinander greifen. Wie vermitteln Gynäkolog_innen Wissen über Schwangerschaft und Pränataldiagnostik und wie gehen schwangere Frauen mit den an sie herangetragenen Wissensbeständen um? Welche Formen von Körperwissen und Geschlechterwissen werden dabei verhandelt? Welche Praktiken der Vergeschlechtlichung sind damit verbunden? Um diese Fragen zu beantworten werden zunächst die Konzepte Körper- und Geschlechterwissen vorgestellt. Im zweiten Teil beschreibe ich anhand empirischen Materials die Wissensaneignung von Ärzt_innen und Schwangeren, um diese Ergebnisse im dritten Teil abschließend theoretisch zu deuten.

Körper- und Geschlechterwissen

Ausgangspunkt meiner Analyse ist die Annahme, dass in der Schwangerschaftsbetreuung sowohl Körperwissen als auch Geschlechterwissen verhandelt werden. Beide Begriffe beziehen sich allgemein auf alles, was in einer Gesellschaft über Körper bzw. über Geschlecht gewusst wird – dabei handelt es sich um breit gefächerte Wissensbestände. In Bezug auf Geschlecht haben Irene Dölling und Angelika Wetterer diese unterschiedlichen Wissensfelder systematisiert. Dölling zufolge umfasst Geschlechterwissen zum einen objektiviertes, gesellschaftliches, kollektives Wissen über Geschlecht, zum zweiten individuelles, subjektives, biografisch angeeignetes sowie zum dritten je feldspezifisches, professionelles Geschlechterwissen.¹

¹ Vgl. Dölling, Irene: ‚Geschlechter-Wissen‘ – ein nützlicher Begriff für die ‚verstehende‘ Analyse von Vergeschlechtlichungsprozessen?, in: *Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien* 23 (2005) H. 1 u. 2, S. 44-62.

Wetterer bezieht in ihre Weiterführung der Begrifflichkeit auch vorreflexive Grundannahmen über Geschlecht mit ein.²

Insbesondere vorreflexive Grundannahmen über Geschlecht strukturieren das Alltagshandeln. Kompetente Gesellschaftsmitglieder gehen davon aus, „dass alle Menschen unverlierbar (Konstanzannahme) aus körperlichen Gründen (Naturhaftigkeit) entweder das eine oder das andere Geschlecht sind (Dichotomizität).“³ Diese „Alltagstheorie der Zweigeschlechtlichkeit“ liegt dem kompetenten Erkennen und Darstellen von Geschlecht zugrunde, das notwendig ist, um als ernstzunehmendes Gesellschaftsmitglied anerkannt zu werden.⁴ Das alltägliche *doing gender* setzt vorreflexives und biografisch angeeignetes Wissen voraus, gleichzeitig wird durch *doing gender* Wissen aktualisiert, modifiziert und sozial weitergegeben.⁵

Dölling analysiert über diese alltäglichen Grundannahmen hinaus je feldspezifisches, professionelles Geschlechterwissen und stellt die Bedeutung des jeweiligen Handlungskontextes heraus. Während Wetterer dieses feldspezifische Geschlechterwissen mit Blick auf Genderexpert_innen und feministische Theoretiker_innen zuspitzt, möchte ich der Bedeutung des Begriffs Geschlechterwissen für das Feld medizinischer Schwangerschaftsvorsorge nachgehen: Welche Formen von Geschlechterwissen fließen in die Beratungen ein, wie eignen sich Ärzt_innen und Schwangere wissenschaftliches (Geschlechter-)Wissen an? Lassen sich Praktiken der Vergeschlechtlichung beobachten?

Diese Fragen lassen sich nicht beantworten, ohne zu berücksichtigen, dass dabei Körperwissen verhandelt wird. Geschlechterwissen besteht zwar nicht ausschließlich aus Körperwissen, dennoch ist dieses für das gegenwärtige gesellschaftliche Wissen über Geschlecht von zentraler Bedeutung, da es

² Vgl. Wetterer, Angelika: *Geschlechterwissen und soziale Praxis. Theoretische Zugänge – empirische Erträge*. Königstein/Taunus 2008.

³ Hirschauer, Stefan: Wie sind Frauen, wie sind Männer? Zweigeschlechtlichkeit als Wissenssystem, in: Christiane Eifert et al. (Hg.): *Was sind Frauen? Was sind Männer? Geschlechterkonstruktionen im historischen Wandel*. Frankfurt/Main 1996, S. 240-256, hier S. 243.

⁴ Vgl. Hagemann-White, Carol: *Sozialisation: weiblich – männlich?* Opladen 1984.

⁵ Vgl. Wetterer, *Geschlechterwissen und soziale Praxis*.

Geschlecht bestimmt. Auf der anderen Seite beinhaltet medizinisches und alltägliches Körperwissen (gerade in Bezug auf die Schwangerschaft) auch Wissen über Geschlecht. Dennoch gehen die beiden heterogenen Wissensbereiche nicht ineinander auf.

Eine Systematisierung, die der des Geschlechterwissens entspricht, kann auch für Wissensbestände über den Körper vorgenommen werden. Auch Körperwissen kann sowohl reflexiv als auch vorreflexiv praktisch sein und umfasst wissenschaftliches, biomedizinisches Fachwissen ebenso wie kollektiv geteiltes Alltagswissen und subjektives Körpererleben.⁶ Stärker als bei Geschlechterwissen besteht jedoch im Hinblick auf Körperwissen die Anforderung, sich aktuelles medizinisches Wissen anzueignen, sich mit neuen Wissensbeständen auseinander zu setzen, um selbst eine informierte und ‚mündige‘ Patient_in zu sein.

Welche Formen von (medizinischem) Körperwissen lassen sich in den Aussagen der befragten Ärzt_innen erkennen? Inwiefern ist Körperwissen für die Schwangeren bedeutsam und um welche Art von Körperwissen handelt es sich dabei?

Empirische Zugänge

Mein empirisches Material besteht aus offenen, leitfadengestützten Interviews mit drei Schwangeren und drei Gynäkolog_innen. Die Interviewpartner_innen wurden zu ihren Erfahrungen in der bzw. mit Schwangerschaft und mit Schwangerschaftsvorsorge im Hinblick auf Körperlichkeit befragt. Mit Hilfe der Grounded Theory wurden Deutungs- und Handlungsmuster der Interviewten rekonstruiert und zu Kategorien verdichtet.

⁶ Vgl. Ullrich, Charlotte: Zwischen Hormonen, Mönchspfefferkraut und Lunayoga. Somatische Selbsttechniken in der Kinderwunschbehandlung, in: Paula-Irene Villa (Hg.): *schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*. Bielefeld 2008, S. 219-243.

„Ich schätz da gar nichts ein“ – Vereindeutigung von Wissen durch die Ärzt_innen

Der Umgang der Ärzt_innen mit naturwissenschaftlichem Wissen ist, so zeigt das empirische Material, insbesondere durch drei Aspekte geprägt: durch die Annahme der Objektivität naturwissenschaftlicher Wissensbestände, die Betonung der eigenen Deutungsmacht sowie den selbstverständlichen Einsatz von Diagnosetechniken. Indem Wissensbestände auf diese Weise vereindeutigt werden, entsteht für die betreuten Schwangeren eine verbindliche Entscheidungskette, die von Entscheidungen über den Einsatz diagnostischer Techniken bis hin zu der Entscheidung über eine Abtreibung reicht.

Zunächst stellen alle Ärzt_innen explizit die Objektivität medizinischen Wissens heraus. Nach diesem Verständnis existieren in der Schwangerschaft konkrete Risiken, die durch bestimmte Verfahren erfasst werden können. Die Verfahren werden von den Ärzt_innen knapp in ihren technischen Daten erläutert. Inhaltlich ist ihr Risikobegriff stark verengt: es geht ausschließlich um das Risiko, ein Kind mit einer Behinderung zu bekommen – Risiken durch Umwelteinflüsse oder Geburtsrisiken spielen keine Rolle. Die Ärzt_innen beschreiben, dass sie die gegebenen Risiken und Methoden erläutern, „die Sachlage“ schildern, Informationen geben und sagen „ob bestimmte Untersuchungen notwendig sind“ (Ärztin M: 4/18, Arzt N 4/23). Sie gehen davon aus, dass es sich bei den Wissensbeständen, auf die sie sich beziehen, um biologisch-medizinische Fakten handelt. Meine Frage nach der Einschätzung z.B. der In-vitro-Fertilisation ist deshalb für die Ärztin M. nicht nachvollziehbar:

„M: Die Chancen sind 20 bis 30 %. I: Genau ja, das weiß ich, aber – wie schätzen Sie's ein. M: Genau so, (I: ja) das kann man, ich schätz da gar nichts ein, 20 bis 30%, das heißt, jeder muss wissen, wenn er sich auf so ne Behandlung einlässt.“ (Ärztin M: 6/44-47)

Wissen wird in der Beratung von Schwangeren in Form von Tatsachen vermittelt, zu denen sich die Schwangeren verhalten müssen. Frauenärzt_innen sind also Expert_innen, die über ein bestimmtes Wissen verfügen, das sie vereindeutigen und ihren Patientinnen vermitteln. Alle Ärzt_innen stellen den Kontrollbedarf während der Schwangerschaft heraus

und betonen, dass die Deutungsmacht innerhalb der Vorsorge bei ihnen liegt.

„Es gibt ja auch Patientinnen, die sagen, ich will gar nichts machen, dann halte ich meinen Schall drauf und sage ‚Das Kind – irgendwas stimmt nicht‘ und dann müssen die sich auch letztendlich in diesem Kontinuum irgendwo einsortieren.“ (Ärztin M 3/7-8)

Die Ärztin nutzt den Einsatz ‚ihres‘ Geräts, um den Schwangeren gegenüber ihre Deutungs- und Handlungslogik durchzusetzen. Hält man die diagnostischen Techniken und die dadurch erzeugte Beunruhigung für derartig selbstverständlich wie die Ärztin, wird die Notwendigkeit Entscheidungen zu treffen etabliert. Alle Frauen, ob sie bereits Pränataldiagnostik in Erwägung gezogen haben oder nicht, müssen nun deren Einsatz abwägen und somit über ihre Schwangerschaft entscheiden. Mit dem so konstruierten Entscheidungszwang gehen die Ärzt_innen um, indem sie die Risiken relativieren („ein Leben ohne Risiken gibt es nicht“ Arzt N 3/45) und individualisieren („das müssen Sie ganz allein entscheiden“ Ärztin K 3/02).

Obwohl das medizinische Körperwissen in den Interviews technisch-abstrakt erscheint, ist es vergeschlechtlicht. Teil des professionellen Körperwissens der Ärzt_innen ist zum einen feldspezifisches gynäkologisches Geschlechterwissen. Es geht um die körperlichen Voraussetzungen einer Schwangerschaft, die Entwicklung des Embryos, den Gesundheitszustand der Frau. Körper- und Geschlechterwissen überschneiden sich im Wissen darüber, wie medizinisch unauffällige Schwangerschaften und Geburten ablaufen. Wird diese Deutungsmacht in Frage gestellt, reagiert zumindest ein Interviewpartner mit starker Abwehr und indem er Geschlechterstereotype bemüht:

„Manchmal kommen ja Schwangere und erzählen mir so'n Schwachsinn ‚Meine Hebamme hat gesagt, Ultraschall sei schädlich‘. Da muss ich manchmal n bisschen dick auftreten und einfach mal sagen – ich kann mir diesen naturwissenschaftlichen Unsinn nicht mehr anhören. Nur weil das zirkuliert in irgendwelchen Frauenzeitschriften.“ (Arzt N 4/24-29)

In Konfrontation mit alternativen Wissensbeständen wertet der Arzt die Ängste einiger Schwangerer ab und zieht sie mit Hilfe des Topos ‚männliche Naturwissenschaft‘ vs. ‚weiblicher Schwachsinn‘ ins Lächerliche. Vergeschlechtlichung erfolgt hier direkt im Ringen um unterschiedliche

Wissensbestände. Wissenshierarchie und Geschlechterhierarchie sind aneinander gekoppelt.

Parallel zu ihrem feldspezifischen Wissen vermitteln die Gynäkolog_innen außerdem veralltägliches, kollektiv geteiltes Körper- und Geschlechterwissen. Dazu gehören z.B. als selbstverständlich geltende Abläufe: wenn die Periode ausbleibt, machen Frauen zunächst selbst einen Schwangerschaftstest und kommen dann zur Ärzt_in um sich die Schwangerschaft bestätigen zu lassen. Auch Normen darüber, was Frauen in der Schwangerschaft nicht dürfen und beachten müssen (nicht rauchen, kein Alkohol, bestimmte Nahrungsmittel), werden vermittelt. Dabei verwischen die Grenzen zwischen medizinischem Wissen und alltagsweltlichen, normativ aufgeladenen Selbstverständlichkeiten. Gleichzeitig sind diese Vorschriften geschlechternormiert und -normierend. Sie adressieren die Frauen als verantwortungsvolle Schwangere und Mütter. Körper- und Geschlechterwissen vermischen sich vor dem Hintergrund einer somatischen Kultur, die Geschlecht zum einen als selbstverständlich voraussetzt und zum anderen mit geschlechtsspezifisch richtigem Verhalten koppelt. Professionelles und alltagsweltliches Wissen, Körper- und Geschlechterwissen verschränken sich in der Beratungssituation zu Normierungs- und Normalisierungswissen.

**Alles richtig machen, „aber auch nicht überkandidelt sein“
– Eigenverantwortliche Wissensaneignung der Schwangeren**

Die Wissensaneignung der Schwangeren betreffend zeichnen sich vier Aspekte ab: ein großer Wissensbedarf, die gleichzeitige Beruhigung und Beunruhigung durch diagnostische Techniken, das Abwägen zwischen unterschiedlichen Wissensbeständen sowie eine weitreichende Verantwortungsübernahme für das eigene Verhalten, Entscheidungen und die Gesundheit des Fötus.

Wissen ist für die Schwangeren von besonderer Bedeutung. Zentral ist zunächst das medizinische Wissen über die Schwangerschaft. Die Frauen erleben die Schwangerschaft im Rhythmus der Vorsorgeuntersuchungen medizinisch vermittelt, sie kennen sich bestens aus und verwenden medizinisches Vokabular. Über die ärztliche Vorsorge hinaus haben sich meine Interviewpartnerinnen selbst mit unterschiedlichsten Wissensbeständen auseinandergesetzt, um abwägen zu können, was sie davon für sinnvoll und

nützlich halten. Das Wissen der Expert_innen löst allerdings bei den Interviewten Ambivalenzen aus:

„Deswegen war ich dann mal öfters da, das hat sie dann auch immer wieder kontrollieren wollen, dann waren halt dauernd diese kleinen Sachen eben – die waren alle nicht behandlungswürdig, oder -nötig, aber – ehm ich wollte dann doch immer wieder gucken lassen.“ (Schwangere B 7/50-54)

Einerseits versprechen die Vorsorgetermine Sicherheit und Beruhigung sowohl in Bezug auf die Entwicklung des Embryos als auch in Bezug auf das eigene Verhalten, deshalb wollen die Schwangeren „immer wieder gucken lassen“. Andererseits wird die scheinbare Sicherheit permanent durch neue Informationen über Risiken unterlaufen. Dabei stehen sich technikbezogene und erfahrungsbezogene Wissensbestände gegenüber.

„Ich mein am Ende, da bin ich dann halt eher mit Angst hin, weil die Wehen werden dann halt aufgeschrieben mit nem Wehenschreiber und wenn da sich dann nichts tut irgendwie, ich hatte dann zwar Wehen, aber meistens nicht, wenn ich bei der Vorsorge war – will dir dann aber keiner abnehmen, dass du aber abends Wehen hattest, das war schon ätzend.“ (Schwangere B: 9/10-16)

Zwar nehmen die Schwangeren die Schwangerschaftsvorsorge sehr ernst, wenn allerdings die Geräte vorgeben, was zu tun ist und die eigenen Wünsche und Wahrnehmungen dahinter zurücktreten, distanzieren sich die Frauen vom ärztlichen Wissen. In Abgrenzung dazu nutzen sie alternative Wissensbestände, vor allem in Absprache mit Hebammen. Die Schwangeren machen Sport und Yoga, Akupunktur, Massagen oder Sitzbäder, insbesondere um Schmerzen zu lindern und sich auf die Geburt vorzubereiten. Besonders bedeutsam erscheint es, selbst aktiv zu sein.

„Ach ja, klar, eh Akupunktur hab ich gemacht am Ende, ja die medizinischen Sachen, ich hab immer die Sachen genommen, Folsäure, Magnesium, diesen Kram – das hab ich ganz normal gemacht, zusätzlich hab ich eigentlich nichts groß gemacht, am Ende habe ich dann Massage gemacht und so n Heublumensitzbad und so, alles um diesen Damm zu schützen, das hab ich dann ziemlich oft gemacht, hab auch so n Tee getrunken, der noch irgendwie, ich weiß schon gar nicht mehr (beide lachen) das hab ich gemacht, ja.“ (Schwangere B: 8/14-22)

Alternative, naturheilkundliche Wissensbestände sind bedeutsam, werden allerdings, wie das Zitat zeigt, durchaus mit einer gewissen Distanz behandelt. Die Aussage der Interviewpartnerin, sie habe „zusätzlich eigentlich nichts groß gemacht“ steht im Gegensatz zur Aufzählung all dessen, was sie gemacht hat. Besonders gegen Ende der Schwangerschaft ist es ihr wichtig, sich körperlich auf die Geburt vorzubereiten. Die sprachliche Form betont ihre Aktivität. Die körperliche Vorbereitung erscheint als Möglichkeit, die Geburt – die unausweichlich bevorsteht und außerhalb der eigenen Kontrolle liegt – zu beeinflussen. Medizinische und naturheilkundliche Anwendungen werden miteinander kombiniert, die Vorbereitungen jedoch alles in allem heruntergespielt. Das Abwägen von Wissen aus unterschiedlichen Quellen charakterisiert insgesamt die Wissensaneignung der Schwangeren.

Obwohl sich durch alle Interviews zieht, dass Körpererleben im Vergleich zu diagnostischen Techniken uneindeutig erscheint und die Frauen unsicher sind, ob sie sich auf ihre Körperwahrnehmung verlassen können, bleibt Körperlichkeit spürbar, erlebbar und bedeutungsvoll. Die körperlichen Veränderungen (dass der Bauch wächst und das Kind zu spüren ist) werden als spannend und schön beschrieben. Darüber hinaus erlangen die Schwangeren über körpernahe Praktiken eine gewisse Selbstermächtigung. Gynäkologisches Körperwissen wird demnach nicht ungebrochen angeeignet. Die Anforderung, verantwortlich zu handeln wird allerdings von den befragten Schwangeren uneingeschränkt angenommen.

„[...] man möchte halt nichts eh provozieren eh und nichts verkehrt machen, man will aber auch nicht überkandidelt sein, ne.“ (Schwangere F: 12/45-46)

Die Schwangeren versuchen während der Schwangerschaft möglichst alles richtig zu machen. Paradoxerweise gehört dazu auch der Anspruch, nicht zu perfektionistisch zu sein. Sich nicht um die Schwangerschaftsvorsorge zu kümmern, wäre verantwortungslos, aber auch Übertreibung ist negativ konnotiert. Sie versuchen, wie besonders Frau F. deutlich macht, eine Balance zwischen „wissen wollen“ und „Bescheid wissen“ auf der einen und „abwarten und auf die Natur vertrauen“ auf der anderen Seite zu finden (Schwangere F 6/36-38). Damit balancieren die Schwangeren nicht allein unterschiedliche Wissensbestände, sondern eigene Ansprüche, ambivalente gesellschaftliche Anforderungen und gesellschaftliche Normen. Selbsttechniken ermöglichen die Selbstermächtigung, das eigene Tun und

Entscheiden. Allerdings sind auch die alternativen Wissensbestände, die die Frauen dazu heranziehen, nicht notwendig ‚befreiend‘. Sie transportieren dieselben Normen und Ansprüche: Natürlichkeit als Leistung und Normalität als Ziel.

Geschlecht wird von den Schwangeren als Selbstverständlichkeit vorausgesetzt. Was könnte ‚natürlicher‘ mit Weiblichkeit verbunden sein als Schwangerschaft und Geburt? Dennoch erscheinen die Wissensbestände, auf die die Frauen sich beziehen, als vergeschlechtlicht.

Handlungsaufforderungen und Entscheidungszumutungen, die sich an Schwangere richten, appellieren an die Verantwortung der werdenden Mütter für die kommende Generation. Der eigene Umgang der Schwangeren mit ihrer Körperlichkeit wird als eng verknüpft mit der Gesundheit der werdenden Kinder gedacht. Verantwortung im hochgradig normativen Feld der Reproduktion wird somit direkt an den weiblichen Körper gebunden und über diese körperliche Ebene vergeschlechtlicht. Aktuelles Körper- und Geschlechterwissen ist auch hier eng miteinander verwoben und äußert sich insbesondere in eigenständiger Wissensaneignung, informierten Entscheidungen sowie Verantwortungsübernahme für den Fötus während der Schwangerschaft.

Selbstermächtigung und Selbstunterwerfung in einem vergeschlechtlichten Normalitätsfeld

Wie vermitteln also Gynäkolog_innen Wissen über Schwangerschaft und wie gehen schwangere Frauen mit diesen Wissensbeständen um? Wie lassen sich die Prozesse der Wissensaneignung in der Schwangerschaftsvorsorge theoretisch deuten?

Die befragten Gynäkolog_innen vermitteln medizinisches Wissen als Tatsachenwissen, zu dem die Schwangeren sich verhalten müssen. Sie machen deutlich, dass die Deutungsmacht bei ihnen, die Entscheidungsverantwortung allerdings bei den Schwangeren selbst liegt. Charakteristisch für die Wissensaneignung im Praxisalltag der Ärzt_innen ist eine Vereindeutigung medizinischen Wissens durch die Betonung von Objektivität und eigener Deutungsmacht.

Der erste Aspekt, das betonte Herausstellen der Objektivität medizinischen Wissens, lässt sich nicht allein mit Blick auf die alltägliche Beratungs-

situation deuten, sondern verweist auf die Grenzziehung zwischen Fakten und Werten, Experten und Laien sowie wissenschaftlichem und nicht-wissenschaftlichem Wissen, die bereits seit der Etablierung der naturwissenschaftlichen Wissensproduktion konstitutiv für diese Art des Wissens ist.⁷ Wie die empirische Wissenschaftsforschung insbesondere mit Hilfe von Laborstudien detailliert zeigen kann, ist auch die Produktion naturwissenschaftlichen Wissens ein sozialer, interpretativer Prozess, in dem Aussagen schrittweise durch praktische Operationen zu wissenschaftlichen Fakten werden.⁸ Aus dieser Perspektive kann auch der Umgang der Ärzt_innen mit Wissen als Vereindeutigung und Stabilisierung naturwissenschaftlichen Wissens betrachtet werden. Die Gynäkolog_innen rezipieren Wissen als Fakten und geben es wiederum als Fakten weiter. Sie tragen damit zur Naturalisierung medizinischer Wissensbestände bei.

Der zweite Aspekt der Vereindeutigung, das Bestehen auf ärztlicher Deutungsmacht und Kontrolle, lässt sich nicht erklären, ohne zu berücksichtigen, dass die Gynäkologie als medizinisches Expertensystem historisch maßgeblich zu einer asymmetrischen Medikalisierung beigetragen hat: während der Männerkörper als menschliche Norm fungierte, galt der Frauenkörper seit dem frühen 19. Jahrhundert als ‚das Andere‘ und als medizinisch besonders problematisch. Die Differenzierung der Anthropologie in die allgemeingültigen Geisteswissenschaften auf der einen und die Gynäkologie als ‚Wissenschaft vom Weibe‘ auf der anderen Seite, ist als diskursive Konstellation zu verstehen, die Geschlechterwissen, insbesondere medizinischer Art, weiterhin prägt und durch die Betonung der Deutungsmacht der Ärzt_innen in Beratungsgesprächen aktualisiert wird.⁹

⁷ Vgl. Bösch, Stefan, Peter Wehling: *Wissenschaft zwischen Folgenverantwortung und Nichtwissen. Aktuelle Perspektiven der Wissenschaftsforschung*. Wiesbaden 2004.

⁸ Vgl. z.B. Latour, Bruno, Steve Woolgar: *Laboratory life. The construction of scientific facts*. Princeton 1986; Knorr-Cetina, Karin: *Die Fabrikation von Erkenntnis. Zur Anthropologie der Naturwissenschaft*. Frankfurt/Main 1991; Niewöhner, Jörg, Christoph Kehl, Stefan Beck: *Wie geht Kultur unter die Haut – und wie kann man dies beobachtbar machen?*, in: Dies. (Hg.): *Wie geht Kultur unter die Haut? Emergente Praxen an der Schnittstelle von Medizin, Lebens- und Sozialwissenschaft*. Bielefeld 2008, S. 9-29.

⁹ Vgl. insbesondere Honegger, Claudia: *Die Ordnung der Geschlechter. Die Wissenschaften vom Menschen und das Weib; 1750 - 1850*. Frankfurt/Main u.a. 1991; Wöllmann, Torsten:

Dass der Umgang der Ärzt_innen mit Wissen durch diese historischen Entwicklungslinien der Wissensproduktion und Professionalisierung gerahmt ist, erklärt allerdings nicht die konkreten Aneignungsprozesse von Ärzt_innen und Schwangeren. Weitergabe, Verwendung und Aneignung naturwissenschaftlicher Wissensbestände sind im Gegensatz zur Wissensproduktion bislang kaum theoretisch konzeptualisiert.¹⁰ Einen möglichen Zugang dazu bietet Foucaults Konzept der Gouvernementalität: Aus foucaultscher Perspektive lassen sich naturwissenschaftliche und medizinische Wissensbestände als gouvernementale Machttechniken analysieren, durch die Individuen, verstanden als statistisches Kollektiv der ‚Bevölkerung‘, regiert werden. Bestimmte Wissensbestände halten die Individuen dazu an, sich als Subjekte zu konstituieren, die sich selbst führen und verantworten können. Fremdtechniken werden dazu mit Selbsttechniken gekoppelt, mit deren Hilfe sich die Subjekte eigenständig regulieren und optimieren.¹¹

Auf Seite der Ärzt_innen lässt sich besonders die Konstruktion von Entscheidungszwang anhand dieser Überlegungen deuten: Risikokalkulationen, die individuelle Risiken bestimmen, lassen den schwangeren Körper als risikobehaftet und kontrollbedürftig erscheinen. Gleichzeitig verheißen pränataldiagnostische Techniken Kontrolle und potentielle Optimierung. Körperlichkeit und Gesundheit rücken damit in den Entscheidungsspielraum der Einzelnen und werden verantwortbar. Sicherheitsdispositive, die insbesondere durch die Logik von Normalität und Risiko geprägt sind, sind Teil eines fragilen Gleichgewichts zwischen „Freiheit und ihrer permanenten Gefährdung.“¹² In diesem Fall ist es die Responsibilisierung der Schwangeren, die eine Regierung durch Freiheit anleitet.

Andrologie und Macht. Die medizinische Neuerfindung des Männerkörpers, in: Ilse Lenz, Lisa Mense, Charlotte Ullrich (Hg.): *Reflexive Körper? Zur Modernisierung von Sexualität und Reproduktion*. Opladen 2005, S. 255-279; Sarasin, Philipp: *Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers 1765-1914*. Frankfurt/Main 2001.

¹⁰ Vgl. Liebsch, Katharina, Ulrike Manz (Hg.): *Leben mit den Lebenswissenschaften. Wie wird biomedizinisches Wissen in Alltagspraxis übersetzt?* Bielefeld 2010.

¹¹ Vgl. Foucault, Michel: Die Gouvernementalität, in: Ulrich Bröckling, Susanne Krasmann, Thomas Lemke (Hg.): *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*. Frankfurt/Main 2000, S. 41-67; Foucault, Michel: Subjekt und Macht, in: Daniel Defert, François Ewald (Hg.): *Michel Foucault. Analytik der Macht*. Frankfurt/Main 2005, S. 240-263; Foucault, Michel: ‚Omnes et singulatim‘: zu einer Kritik der politischen Vernunft, in: Daniel Defert, François Ewald (Hg.): *Michel Foucault. Analytik der Macht*. Frankfurt/Main 2005, S. 188-219.

¹² Lemke, Thomas, Susanne Krasmann, Ulrich Bröckling: Gouvernementalität, Neoliberalismus und Selbsttechnologien. Eine Einleitung, in: Ulrich Bröckling, Susanne Krasmann, Thomas

Wie das empirische Material zeigt, gehen die Schwangeren mit medizinischem Wissen um, indem sie selbst große Verantwortung übernehmen: sie informieren sich aus unterschiedlichen Quellen, wägen zwischen verschiedenen Wissensbeständen ab und wirken aktiv auf ihre Körperlichkeit ein. Die Objektivierung der Schwangerschaft, die die Darstellungen der Gynäkolog_innen nahelegen, geschieht deshalb nicht ungebrochen. Vielmehr gelingt den Schwangeren eine Selbstermächtigung durch Information, eigenes Abwägen und den Einsatz von Körpertechniken. Alle diese Maßnahmen können als Technologien des Selbst verstanden werden, die den Frauen Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten eröffnen. Allerdings spiegeln sich in dem, was die Schwangeren tun, gleichzeitig die gegenwärtigen, normativen Ideale der Schwangerschaft und des Mutterseins: Natürlichkeit erscheint als Leistung, die Frauen haben den Anspruch, alles richtig zu machen und den Wunsch, die Schwangerschaft ganz locker zu meistern – „nichts verkehrt machen, aber auch nicht überkandidelt sein“. Auch alternative Wissensbestände wirken also nicht ‚befreiend‘, sondern transportieren Normen und Ansprüche. Unterschiedliche Wissensbestände dienen jeweils dem Ziel, alles richtig zu machen und damit der Selbstregulierung und -steuerung sowie der Regierung der Schwangerschaft. Dabei entsteht einerseits Handlungsmächtigkeit der Schwangeren, andererseits sind deren Entscheidungen nicht frei, sondern normativ und herrschaftsförmig gerahmt. Selbstermächtigung und Selbstunterwerfung sind – sowohl in der Logik gouvernementalen Regierens als auch in den jeweiligen Entscheidungssituationen in einer Schwangerschaft – nicht voneinander zu trennen.¹³

Welche Formen von Körper- und Geschlechterwissen werden nun innerhalb der Schwangerschaftsvorsorge verhandelt? Welche Praktiken der Vergeschlechtlichung sind damit verbunden? Das von der Gynäkologie als medizinischer Fachrichtung bereitgestellte Wissen über Frauenkörper, Reproduktion und Schwangerschaft prägt als hegemoniales medizinisches Wissen sowohl das professionelle Körperwissen der Ärzt_innen als auch das unhinterfragte Alltagswissen von Ärzt_innen und Schwangeren. Auch

Lemke (Hg.): *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*. Frankfurt am Main 2000, S. 7-40, hier S. 14.

¹³ Vgl. insbesondere Villa, Paula-Irene: Habe den Mut Dich Deines Körpers zu bedienen! Thesen zur Körperarbeit in der Gegenwart zwischen Selbstermächtigung und Selbstunterwerfung, in: Dies., schön normal, S. 245-272.

die alternativen Wissensbestände basieren auf diesen grundlegenden Annahmen über Geschlecht. Gemeinsam spannen die unterschiedlichen Wissensbestände ein vergeschlechtlichtes Normalitätsfeld auf, in dem sich die Schwangeren verorten. Sanfte Sportarten, die richtige Ernährung, Kurse zur Geburtsvorbereitung: die als relevant erachteten Wissensbestände bündeln aktuelles Geschlechterwissen. Gleichzeitig appellieren sie an das Verantwortungsbewusstsein ‚mündiger Schwangerer‘. Den Bezug auf die Verantwortung für die nächste Generation, der implizit immer mitschwingt, deute ich als einen spezifischen Anspruch an Weiblichkeit, der direkt an den Körper der Frauen gebunden wird. Der Appell an Selbstverantwortung und Verantwortungsübernahme für das kommende ‚Leben‘ sowie Selbstverantwortung und Verantwortungsübernahme als solche sind Praktiken der Vergeschlechtlichung von Schwangerschaft. Allerdings bleiben diese Praktiken implizit und sind nur selten so deutlich zu beobachten, wie im Fall des Gynäkologen, der Wissens- und Geschlechterhierarchien explizit aktualisiert. Insgesamt tritt Geschlecht bei Ärzt_innen wie bei Schwangeren hinter den Aspekt der Selbstverantwortung zurück und wird damit unausgesprochen reproduziert.

Prozesse der Wissensaneignung sind durch historisch entstandene Objektivierungen von naturwissenschaftlichem Wissen und Geschlecht geprägt. Verschränkt mit gegenwärtigen gouvernementalen Regierungsweisen entstehen die jeweiligen Verhältnisse von Selbstermächtigung und Selbstunterwerfung – prinzipiell offen, aber stets aneinander gekoppelt.

Literatur

Böschen, Stefan, Peter Wehling: *Wissenschaft zwischen Folgenverantwortung und Nichtwissen. Aktuelle Perspektiven der Wissenschaftsforschung*. Wiesbaden 2004.

Dölling, Irene: ‚Geschlechter-Wissen‘ – ein nützlicher Begriff für die ‚verstehende‘ Analyse von Vergeschlechtlichungsprozessen?, in: *Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien* 23 (2005) H. 1 u. 2, S. 44-62.

Foucault, Michel: Die Gouvernementalität, in: Ulrich Bröckling, Susanne Krasmann, Thomas Lemke (Hg.): *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*. Frankfurt/Main 2000, S. 41-67.

Foucault, Michel: Subjekt und Macht, in: Daniel Defert, François Ewald (Hg.): *Michel Foucault. Analytik der Macht*. Frankfurt/Main 2005, S. 240-263.

Foucault, Michel: ‚Omnes et singulatim‘: zu einer Kritik der politischen Vernunft, in: Daniel Defert, François Ewald (Hg.): *Michel Foucault. Analytik der Macht*. Frankfurt/Main 2005, S. 188-219.

Hagemann-White, Carol: *Sozialisation: weiblich – männlich?* Opladen 1984.

Hirschauer, Stefan: Wie sind Frauen, wie sind Männer? Zweigeschlechtlichkeit als Wissenssystem, in: Christiane Eifert et al. (Hg.): *Was sind Frauen? Was sind Männer? Geschlechterkonstruktionen im historischen Wandel*. Frankfurt/Main 1996, S. 240-256.

Honegger, Claudia: *Die Ordnung der Geschlechter. Die Wissenschaften vom Menschen und das Weib; 1750 - 1850*. Frankfurt/Main u.a. 1991.

Knorr-Cetina, Karin: *Die Fabrikation von Erkenntnis. Zur Anthropologie der Naturwissenschaft*. Frankfurt/Main 1991.

Latour, Bruno, Steve Woolgar: *Laboratory life. The construction of scientific facts*. Princeton 1986.

Lemke, Thomas, Susanne Krasmann, Ulrich Bröckling: Gouvernementalität, Neoliberalismus und Selbsttechnologien. Eine Einleitung, in: Ulrich Bröckling, Susanne Krasmann, Thomas Lemke (Hg.): *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*. Frankfurt am Main 2000, S. 7-40.

Liebsch, Katharina, Ulrike Manz (Hg.): *Leben mit den Lebenswissenschaften. Wie wird biomedizinisches Wissen in Alltagspraxis übersetzt?* Bielefeld 2010.

Niewöhner, Jörg, Christoph Kehl, Stefan Beck: Wie geht Kultur unter die Haut – und wie kann man dies beobachtbar machen?, in: Dies. (Hg.): *Wie geht Kultur unter die Haut? Emergente Praxen an der Schnittstelle von Medizin, Lebens- und Sozialwissenschaft.* Bielefeld 2008, S. 9-29.

Sarasin, Philipp: *Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers 1765-1914.* Frankfurt/Main 2001.

Ullrich, Charlotte: Zwischen Hormonen, Mönchspfefferkraut und Lunayoga. Somatische Selbsttechniken in der Kinderwunschbehandlung, in: Paula-Irene Villa (Hg.): *schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst.* Bielefeld 2008, S. 219-243.

Villa, Paula-Irene: Habe den Mut Dich Deines Körpers zu bedienen! Thesen zur Körperarbeit in der Gegenwart zwischen Selbstermächtigung und Selbstunterwerfung, in: Dies. (Hg.): *schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst.* Bielefeld 2008, S. 245-272.

Weingart, Peter: *Wissenschaftssoziologie.* Bielefeld 2003.

Wetterer, Angelika: *Geschlechterwissen und soziale Praxis. Theoretische Zugänge – empirische Erträge.* Königstein/Taunus 2008.

Wöllmann, Torsten: Andrologie und Macht. Die medizinische Neuerfindung des Männerkörpers, in: Ilse Lenz, Lisa Mense, Charlotte Ullrich (Hg.): *Reflexive Körper? Zur Modernisierung von Sexualität und Reproduktion.* Opladen 2005, S. 255-279.

Autorin

Claudia Sontowski, M.A., Soziologin, Goethe-Universität Frankfurt. Promoviert zu Aneignung globaler medizinischer Techniken am Beispiel Viagra. Der Artikel basiert auf ihrer Magistraarbeit „Körper-Wissen. Eine macht- und wissenstheoretisch geleitete Untersuchung der Veränderungen von Schwangerschaft“.

Kontakt: sontowski@soz.uni-frankfurt.de