

Zur Rolle der Eugenik innerhalb des Geburtssystems der Bundesrepublik Deutschland

Historische und gesundheitspolitische Aspekte

Anna Margarita Schepper: Das Soziale im Vorgeburtlichen. Interaktionstheoretische Analyse und erziehungswissenschaftliche Reflexion. Ergon Verlag 2013, S. 109ff
Einführung: Irene Behrmann, M.A. Erziehungswissenschaften

Impressum

Herausgegeben von
GreenBirth e.V.

Online-Artikel
zur Vertiefung von
Themen rund um die
Geburt für Eltern und
Fachpersonen.

Download
sowie Wiedergabe
einzelner Textabschnitte
ist unter Angabe
der Urheberschaft er-
laubt.

Kontakt
info@greenbirth.de
www.greenbirth.de

Copyright
GreenBirth e.V.

Manuskripte an:
info@greenbirth.de

Einführung

Das Buch "Das Soziale im Vorgeburtlichen" betrachtet Leben neun Monate vor der Geburt im Zusammenhang mit unterschiedlichen zeitgeschichtlichen kulturellen Normen des Zusammenlebens. Die Frage, welchen Platz Menschenkinder mit einer angeborenen Besonderheit in ihrer jeweiligen Kultur bekommen, ist nicht neu. Mit der geplanten Einführung eines von Krankenkassen finanzierten Bluttests zum Zweck, Kinder mit genetischen Besonderheiten auszusortieren, bekommt der hier abgedruckte Buchabschnitt eine neue aktuelle Bedeutung. Normative Zwiespältigkeit in der Gesellschaft wird sichtbar, die wir dachten, überwunden zu haben.

Einerseits erreichten behinderte Menschen seit den 1970er Jahren mit dem Slogan: "Jedem Krüppel seinen Knüppel" nach Jahrhunderten des Lebens im Abseits, – versteckt, eingesperrt, verhöhnt, übergangen – dass sie ernst genommen werden. Verkehrsmittel, öffentliche Gebäude

und Straßenübergänge wurden rollstuhlgerecht umgebaut. Wir akzeptieren Inclusion als Modell gemeinsamen Lernens, unser Land hat die Behindertenkonvention der Vereinten Nationen unterzeichnet. Selbsthilfegruppen, Behindertenwerkstätten, individuelles Wohnen, Paralympics..., Eltern mit einem behinderten Kind dürfen gesellschaftliche Unterstützung erwarten.

Andererseits zieht sich eine mentale Spur der Abwertung von Menschen mit besonderen angeborenen Merkmalen durch die Geschichte. Lange vor dem staatlichen Morden im Nationalsozialismus finden Kindstötungen vor unterschiedlichem sozialem Kontext statt.

Der sog. NiPT, ein Bluttest, der ab der 9. Schwangerschaftswoche angeboten werden soll, sendet eine doppelte Botschaft. Die Verheißung auf ein gesundes Kind einerseits sowie das Signal:

Behinderung sei vermeidbar, Eltern seien selbst schuld, wenn sie dieses Schicksal nicht verhindern. Damit gewinnt gesellschaftliche Kälte und Anmaßung an Boden, fallen hart erkämpfte Entwicklungen zur Annahme und Integration von Menschen mit verschiedensten Besonderheiten zurück.

Der Buchausschnitt von Anna Margarita Schepper öffnet unser Bewusstsein für die geschichtlichen Wurzeln der Abwehr von Menschen mit Behinderung. Wir kommen nicht umhin, uns grundsätzlich mit der Frage zu befassen, welche Haltung wir gegenüber den Familien einnehmen wollen, die durch Krankheit, Unfälle, Schicksal oder Geburt auf den Schutz der sozialen Gemeinschaft angewiesen sind.
Irene Behrmann

Zitat aus dem Vorwort der Autorin

“...Wenn sich herausgestellt hat, dass schon vorgeburtliche Entwicklung interaktive Lebenszeit bedeutet und es nicht unerheblich ist, unter welchen sozial- wie allgemeinpolitischen Konstellationen eine Generation vor der Geburt heranwächst, dann sind die jeweils geltenden zeitgeschichtlichen Hintergründe systematisch mit zu reflektieren...” (Seite 13)

Zur Rolle der Eugenik innerhalb des Geburtssystems der Bundesrepublik Deutschland

Die Biotechnologie und ihr Zusammengehen mit Politik hat Tradition und bezieht ihre Macht aus einer Allianz von ungebrochenen eugenischen Normsetzungen seit der Mitte des 19. Jahrhunderts, einer „konsequenten biopolitischen Aufspaltung der Gesellschaft in das ‚Gesunde‘ und ‚Kranke‘“ seit dem Übergang vom 19. ins 20. Jahrhundert, von ökonomischen Kalkülen über den Nutzen der Eliminierung Einzelner mit „genetischen Defekten“ und von privaten und öffentlichen Investitionen in die Humangenetik sowie die seit den 1970er Jahren sich entwickelnde Wachstumsbranche der Gentechnologie.

Anlässlich einer Tagung des Netzwerks gegen Selektion durch Pränataldiagnostik 2010 wies Anna Bergmann in ihrem Referat über „Alte und neue Eugenik“ (Bergmann 2010) auf die aktuell zunehmende mütterliche Tötungsbe-reitschaft gegenüber Kindern im letzten Schwangerschaftsdrittel und sogar nach der Geburt bei diagnostizierten schweren Behinderungen hin, sie bezog sich auf dokumentierte Meinungsumfragen der 1990er Jahre. „Wie aus solchen Meinungsumfragen hervorgeht, haben sich die wissenschaftliche Normierung von Leben und das damit verbundene Selektionsparadigma in unser Bewusstsein eingeschrieben“ (ebda., S. 5).

Was bis zum Nationalsozialismus einschließlich nur unter Einsatz medizinischer Gewalt vollzogen werden konnte und nach dem Zweiten Weltkrieg zunächst ruhte, nimmt nun unter dem Schlagwort der „Leidvermeidung“ erneut Gestalt an. Bergmann nannte auch Fakten für die Kontinuität der deutschen Rassenhygiene, Vererbungswissenschaft und Humangenetik durch das 20. Jahrhundert. Die „Entartungslehre“, deren Zentralbegriff das gesamte psychiatrische Krankheitskonzept beherrschen sollte, stammt aus der Mitte des 19. Jahrhunderts. Sie war Bestandteil eines Degenerationsdiskurses, der zur Legitimierung von Selektion führte. Unter die Kategorie des „Entarteten“ fiel auch die Zuschreibung von „Minderwertigkeit“ und verschob sich die Grenze hin zu gesellschaftlicher „Abweichung“. Bergmann berichtet: „Bis zum Ersten Weltkrieg ging aus der Degenerationslehre ein Katalog der ‚Entartung‘ hervor.

Dazu zählten: 1. Damals unheilbare Krankheiten – z.B. Tuberkulose, Syphilis oder Epilepsie; 2. soziale Abweichungen – z. B. ‚Arbeits-scheue‘, Bettelerei oder Vagabundieren; 3. Außereheliche Lebensformen und Sexualität – z. B. uneheliche Mutterschaft, Prostitution, Homosexualität; 4. Psychische Leiden – etwa Schizophrenie oder manische Depression; 5. Politische Bewegungen – wie der Anarchismus, Fe-

minismus oder Sozialismus; 6. Angeborene körperliche Abweichungen – z. B. Blindheit, Taubheit oder Spaltungen des Gaumens“ (ebda., S. 6).

Bei solcherlei Beliebigkeit in der Ausdehnung der „Abweichungen“ auf körperliche, psychische, soziale und politische Untertanen-Tauglichkeit entstand eine willkürliche soziale und politische Abgrenzung des gesunden „Volkkörpers“ – ein Begriff, der die Ebenen des Biologischen und Politischen auch sprachlich zusammenfasst – gegenüber „Antisozialen“.

Leitende Hygiene-Institutsdirektoren regten erste statistische Bezifferungen eines volkswirtschaftlichen Schadens an, der daraus entstünde, dass „Unsummen für Irrenhäuser, Zuchthäuser, Kranke“ anfielen „– Personen, die eigentlich nicht geboren werden sollten, die sich selbst und den Mitmenschen eine ständige Last sind, die infolge verfehlter Anschauungen mitgeschleppt werden und der Mitwelt wie eine Bleikugel an den Beinen hängen, [...]“ (Dokument aus „Die Umschau 14 (1/1910), S. 21“ zit. bei Bergmann 2010, S. 8).

In einem Lehrbuch der Psychiatrie von 1915 war ein Kapitel den „Gesellschaftsfeinden“ gewidmet, die es rassenhygienisch zu bekämpfen galt mithilfe eugenisch ausgebildeter Psychiater, Gynäkologen, Naturwissenschaftler und Genetiker. Seit 1909 wurden rassehygienische Vorlesungen an medizinischen Fakultäten gehalten, 1923 der erste Lehrstuhl für Rassehygiene in München eingerichtet. Der Lehrstuhlinhaber betätigte sich im Nationalsozialismus als wissenschaftlicher Berater des Reichsministeriums des Innern für rassehygienische Gesetzgebungen, bildete Ärzte aus und wurde 1947 Ordinarius der Humangenetik an der Georg-August-Universität Göttingen. Ein anderer Rassehygieniker, ein Internist, der bis 1935 Direktor des Kaiser-Wilhelm-Instituts für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik in Berlin-Dahlem war, erhielt 1951 eine

Professur für Humangenetik an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.

Staatlich legitimiert durch Abtreibungs-, Sterilisations- und Kastrationsrecht und medizinisch ausgeführt nach eugenischer Indikation, folgte Geburtenpolitik des Nationalsozialismus einem Selektionsprogramm, das Zwangssterilisationen, Heiratsverbote, Zwangsabtreibungen, organisierte Tötung von behinderten Kindern und PsychiatriepatientInnen zur Realität werden ließ. Parallel sollte „die Politik zur ‚Verhinderung erbkranken Lebens‘ nicht nur von der Bevölkerung gebilligt (werden), sondern (war) selbst in die Hand zu nehmen“. Bergmann zitiert einen „Sterilisationspolitiker“ (1930): ‚Der Grundcharakter des deutschen Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ist die Freiwilligkeit. Hierzu muss das deutsche Volk erzogen werden‘ (Bergmann 2010, S. 12).

Was dieser Abriss von Rassenhygiene und Eugenik an objektiver Wirklichkeit im Lorenzer'schen Sinne zeigt, sind die Peripherien der „realen Interaktionskreise“ von Zeugung, Schwangerschaft und Geburt auf staatlichen Ebenen und ihre historischen Verläufe über eine Jahrhundertspanne. Sie berühren Regierung und Verwaltung, Effizienzermittlung von Sozialausgaben, Rechtswissenschaft, Vererbungswissenschaft, medizinische Praxis, Mitwirkung von Hebammen und begleitende Bewusstseins-erziehung zur Freiwilligkeit von Sterilisation und „Euthanasie“. Im Ansatz findet man hier die Argumentationslinien, an die wenige Jahrzehnte später die „Risikodebatte“ zur Durchsetzung der pränatalen Diagnostik anknüpfen konnte.

Nach anfänglicher Zurückhaltung nahm die Nachkriegsgeschichte den eugenischen Selektionsprozess wieder auf. Im Laufe der 1960er Jahre artikulierten sich positive Stellungnahmen zur eugenischen Indikation. Um die eugenisch-medizinisch-selektive Einflussspäre über das Geburtssystem auszubreiten, bedurfte es einer Reihe verwaltungs- und investitionsähnlicher

Maßnahmen: Man führte einen „Mutterpass“ ein (1961), der von Gynäkologen vorgedacht war, die in verantwortlicher nationalsozialistischer Funktion an Forschungen mit KZ-Häftlingen beteiligt gewesen waren, Zwangsoperationen, Zwangssterilisationen und dergleichen durchgeführt hatten und nach dem Krieg in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) leitende Position bzw. Ehrenmitgliedschaft einnahmen.

Anfang der 1970er Jahre begann die Praxis der Pränataldiagnostik (PD), seit 1972 investierte man in humangenetische Beratungsstellen, und zur selben Zeit wurde ein Forschungsprogramm „Pränatale Diagnostik genetisch bedingter Defekte“ aufgelegt (Groth/Grottian 1989, S. 90). Den Gynäkologen ging es um „lückenlose Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt verbunden mit einer technischen Revolution im Überwachungsmanagement“, wie einer ihrer Vertreter 1988 erklärte (Zitiert bei Schindele 1993, S. 15). Aufwendige Mittel flossen in die flächendeckende Ausstattung der gynäkologischen Praxen mit Ultraschalltechnik, eines der Zug um Zug weiterentwickelten Diagnoseinstrumente zur Ausfilterung „gesunder Kinder“ bzw. „genetischer Defekte“.

Dass in den 1980er Jahren zehn Besuche der Schwangeren in der Arztpraxis von den gesetzlichen Krankenkassen mit hundert DM vergolten wurden, offenbart den Einsatz auch taktischer Hilfsmittel, die Frauen in die Kooperation mit ihrer eigenen und ihres Kindes medizinischen Kontrolle zu holen.

Der Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt folgte ihre Pathologisierung und Risikofizierung. „War man bei der Konzipierung der Schwangerenvorsorge von drei Untersuchungen pro Schwangerschaft und ca. 15 Prozent Risikoschwangerschaften ausgegangen, so steigerte sich die Anzahl der Untersuchungen

im Laufe der Jahre stetig und mit ihr die Zahl der Risikozuschreibungen.“ 1992 hieß es, „werden im Durchschnitt bei 14 Untersuchungen je 8-22 mehr oder weniger invasive Screening- und Diagnosemaßnahmen vorgenommen. Dabei werden 50 Prozent der Schwangeren Schwangerschaftsrisiken und weiteren annähernd 30 Prozent anamnestiche Risiken zugeordnet, d. h. ca. 80% der Schwangeren weisen mindestens ein Risiko auf. Schwangerschaft ist ein krankheits- bedrohtes Risiko geworden“ (Collatz 1993, S.37f.). 2010 sieht der Risikokatalog der „Mutterschaftsrichtlinien“ 120 Untersuchungen innerhalb einer Schwangerschaft vor, und Schwangerschaft gilt per se als Risiko.

Es entstand ein Schwangerschafts-Vorsorgesystem, das über den Weg der „sekundären Prävention“ auf „gesunde Bevölkerungspopulationen“ ausgedehnt wurde, diese „in die ärztliche Versorgung hineinziehen und Bedarf induzieren“ konnte. Indem man Schwangere zu Risikopatientinnen und Kinder zu „Rechtssubjekten“ umdeutete, um auch sie in den Status des Patienten mit Anspruch auf medizinische „Vorsorge“ zu versetzen, wurde der Gesundheitsmarkt nicht nur auf erst zu definierende Risikogruppen ausgeweitet, die keiner medizinischen ärztlichen Leistungen bedurften, sondern über das Konstrukt „Schwangerschaft als Risiko“ ein neues technologisches Terrain invasiver Diagnosemethoden eröffnet.

Inzwischen sind Ergebnisse bekannt, nach denen man „einen epigenetischen Einfluss auf die Erbanlagen der Kinder“ nachgewiesen hat und darin die Möglichkeit einer „Veranlagung zu späterer Psychopathologie“ sieht. Die Beobachtung gilt, „wenn Mütter in der Schwangerschaft häusliche Gewalt erfahren und somit fortgesetzt einem starken Stress-Erleben ausgesetzt sind, (dann) verändert dies die genetische Veranlagung des Kindes und lässt es in seinem späteren Leben anfälliger für Stress und psychische Erkrankungen werden“ (BioLAGO

life science network 2011). In dieser Darstellung lässt sich die „genetische Veranlagung“ während der Schwangerschaft verändern.

Dass medizinische Überwachung und Diagnostikroutine ihrerseits „starkes Stress-Erleben“ produzieren, findet in dieser Meldung nicht Erwähnung, ist jedoch belegt durch Untersuchungen der Gesundheitsforschung über die Folgen der angewandten Diagnostik für die Schwangeren. Zu den Folgen für das vorgeburtliche Kind gibt es einige wenige Ansätze in der pränatalen Stressforschung. Hier soll vorerst nur theoretisch berücksichtigt werden, dass eine wissenschaftlich autorisierte Technologie sich des kindlichen Körpers und seiner Zellen bemächtigt. Dabei greift sie direkt in seine physiologische Grundsubstanz ein um einer „Qualitätskontrolle“ willen, die sich dauerhaft im Experimentierstadium befindet, jedoch neben einer technischen Verfeinerung auch dahingehend vorangetrieben wird, dass der Zeitpunkt der diagnostischen Anwendung ins frühestmögliche Stadium der embryonalen Entwicklung vorrückt bis hin zur Präimplantationsdiagnostik, die nicht nur die Zellsubstanz des Kindes berührt, sondern auch den uterinen Raum aufbricht. Schwangerschaftserleben und vorgeburtliche Lebenszeit gelten als zweitrangig gegenüber ökonomisch-eugenischer Zweckrationalität und Produktorientierung. Erst nach der Materialprüfung entscheidet sich, ob das Kind werden darf oder ob dem eine humangenetische Beratung vorgeschaltet wird, die darauf angelegt ist, genetisch defektes Material zu verwerfen.

Doch im Unterschied zur alten Eugenik handelt die Gynäkologie heute nicht mehr in staatspolitisch rassehygienischer Direktive, sondern tendenziell, vermittelt durch das gesundheitspolitische Angebot der humangenetischen Beratung, im Patientenauftrag der Schwangeren.

Literatur

Bergmann, Anna 2010: Alte und neue „Eugenik“. Zusammenhänge von Leidvermeidung und medizinischer Gewalt, Dokumentation der Jahrestagung 2010: Vorgeburtliche Diagnostik: Neue gesetzliche Regelungen – ungelöste ethische Probleme" des Netzwerkes gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, Rundbrief 23, S. 4-16

BioLAGO life science network 2011: Gewalt an Schwangeren verändert Genetik der Kinder, www.biolago.org/aktuelles-presse/news-artikel vom 21.07.2011

Collatz, Jürgen 1993: „Entspricht die derzeitige Versorgung dem Betreuungs- und Bratungsbedarf schwangerer Frauen?“, GfG Rundbrief 1/93, „Pränatale Diagnostik“, S. 33-50

Groth, Sylvia; Grottian, Giselind 1989: Qualitätskontrolle in der Schwangerschaft: Die eugenische Indikation zur Abtreibung, in: Brandish u.a. (Hrsg.), S.85-93

Schindele, Eva 1993 Medikalisierung der Schwangerschaft. Vortrag zur Tagung 1992: „Selbstbestimmte Geburt – Selbstbestimmte Schwangerschaft? Oder Die Vereinnahmung der Schwangerschaft durch die Medizin, in: GfG-Rundbrief 1/93, S. 15-21

Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Ergon Verlages.