

Alexander Bogner

Grenzpolitik der Experten

Vom Umgang mit Ungewissheit und Nichtwissen
in pränataler Diagnostik und Beratung

© Velbrück Wissenschaft 2005

Im vorliegenden Buch wird am Beispiel pränataler Diagnostik und Beratung gezeigt, dass die Grenzpolitik der Experten maßgeblich durch den impliziten Rekurs auf gesellschaftliche Leitwerte und Normalitätsvorstellungen strukturiert ist. Diese enge Kopplung von expertiellen Handlungsorientierungen und gesellschaftlichen Leitwerten, so die These, erweist sich gerade in jenen Grenzfällen, wo das für die moderne Medizin konstitutive Kategoriensystem an interpretativer Kraft verliert, als funktional für die Legitimation professioneller Autorität. Sie trägt dazu bei, die Zuständigkeit der klinischen Pränataldiagnostik für uneindeutige, den medizinischen Code transzendierende Phänomene zu plausibilisieren.

Tatsächlich werden die Experten in vielen Fällen mit Phänomenen konfrontiert (wie zum Beispiel genetischen Anomalien und Behinderungen), die heute nicht mehr ohne weiteres einem medizinischen Deutungs- und Relevanzrahmen subsumierbar sind; traditionelle Entscheidungs- und (Be-)Handlungsroutinen werden in der Folge diskursiv aufgebrochen. Dies hat Folgen für die genetische Beratung. Die Konfrontation der Experten mit Ungewissheit und Nichtwissen resultiert in der Aufwertung eines wertneutralen und klientenzentrierten Beratungsideals und damit zentraler Leitwerte wie Autonomie und individuelle Entscheidungsfreiheit. Das heißt, nicht zuletzt in Abgrenzung zu eugenischen Praktiken werden für die moderne Humangenetik das Individuum und die individuellen Wertvorstellungen zum maßgeblichen Bezugspunkt professionellen Handelns. Diese Aufwertung der Laienposition lässt sich nun leicht als ein Indiz für die Herausbildung eines reflexiven Expertentyps lesen. Die vorliegende Analyse geht jedoch in eine andere Richtung. Mit Blick auf die den konkreten Entscheidungsprozessen zugrunde liegenden Rationalitäten und Relevanzsetzungen wird argumentiert, dass eine solche Entstaatlichung und Individualisierung der Biopolitik (Life-Politics) nicht gleichbedeutend ist mit einer reflexiven Praxis. Reflexivität im normativen Sinn, so das abschließende Plädoyer, hätte eine Institutionalisierung von alternativen Wissensformen und Rationalitäten zur Voraussetzung.

Einleitung

Werden die Revolutionen der Zukunft die Revolutionen der Humangenetik sein? Visionäre wie Aldous Huxley haben das zu einer Zeit behauptet, als die Biologen von der Entschlüsselung des menschlichen Erbguts so weit entfernt waren wie das Himmelsfernrohr von der bemannten Raumfahrt. Nun wurden seit der Geburt des ersten Retortenbabys im Jahre 1978 immer mehr Reservate des Natürlichen in die individuelle Entscheidung hinein geöffnet. Ob Gen-Tests an Vierzellern oder Kinderkriegen nach der Menopause, ob befruchtete Eizellen aus dem Eisschrank oder geklonte Stammzellen von Hybrid-Embryonen: Fast alles, was am Menschen bisher natürlich war, wird im Triumphzug der Technik disponibel, veränder- und ersetzbar.

Der biomedizinische Durchgriff auf basale Lebensprozesse scheint den Menschen in ein radikal neues Verhältnis zu sich selbst zu setzen: Der Mensch wird zum Designer, der Mensch wird Menschenwerk. Die alte Hoffnung der Aufklärung, das Studium der Natur ermächtige den Menschen zum vollen Souverän, droht sich damit auf höchst ambivalente Weise zu erfüllen: Der Mensch selbst wird in unbegrenztem Ausmaß zum Entwurf menschlicher Planung und Manipulation. Eine solche Vision, die an Grundmotive der »Dialektik der Aufklärung« erinnert, liegt etwa Jürgen Habermas' (2001) viel beachteter Kritik der biotechnologischen Modernisierung zugrunde.

Habermas geht davon aus, dass eine eugenische Programmierung wünschenswerter Eigenschaften die Autonomie des Kindes in der Weise tangiere, dass das Kind sich nicht als Planungssouverän seines eigenen Lebens begreifen könne. Nur die natürliche »Reproduktionslotterie« ist demnach hinreichende Vorbedingung für die Stabilisierung des personalen Symmetrieverhältnisses. Um das kommunikative Fundament unseres moralischen Selbstverständnisses stabil zu halten versucht Habermas also, Kontingenz als moralischen Eigenwert gegen die Freiheit zum »Nachwuchsdesign« (z.B. durch das Klonen) stark zu machen. Eine derartige Kritik der liberalen Eugenik, die die Kontingenz als Vorbedingung personaler Autonomie begreift, ist in zweierlei Hinsicht problematisch. Erstens muss

Habermas, um die Glaubwürdigkeit der unterstellten elterlichen Nachfrage nicht in Zweifel zu ziehen, zwangsläufig von der technischen Realisierbarkeit eugenischer Programmierung ausgehen. Damit gerät er in die Nähe eines genetischen Determinismus. Zweitens erscheint eine Position, die ihre Kriterien aus dem Autonomie-Postulat entwickelt, eigentümlich konventionell, wenn es um die Beurteilung breit akzeptierter Techniken wie eben die pränatale Diagnostik geht. So ist Habermas zufolge zwar nicht die Züchtung von Wunschkindern, jedoch aber die biomedizinische Verhinderung »einvernehmlich indizierter Übel« (2001: 113) legitim, eben weil sie den individuellen Spielraum an Autonomie vergrößere. Eingriffe bzw. Manipulationen zur Korrektur oder Verhinderung bestimmter genetischer Defekte und Behinderungen gelten demnach – letztlich im Rekurs auf den common sense – als legitime Annäherung an eine mehrheitlich bestimmte Norm. Eine solche Abstraktion von der sozialen Ebene führt dazu, dass jene Normalitätsvorstellungen unkritisiert bleiben, die uns z.B. eine vorsorgliche vorgeburtliche Selektion als Entscheidungsoption im besten Interesse der Betroffenen verstehen lassen.

1. Problemhorizont und Themenwahl

Diese hegemonialen Normalitätsvorstellungen werden im Folgenden am Beispiel des Expertendiskurses zu pränataler Diagnostik und genetischer Beratung in den Mittelpunkt gerückt. Ergänzend zu einer professionssoziologischen Perspektive, die die institutionellen Expertenpolitiken zur Durchsetzung professioneller Kompetenz- und Autoritätsansprüche analysiert (vgl. Pfadenhauer 2003), stehen im Folgenden jene Handlungsorientierungen und Normalitätsvorstellungen im Mittelpunkt, die die professionelle Autorität der Humangenetiker sichern. Eine solche Perspektive geht davon aus, dass die Institutionalisierung und Professionalisierung einer Expertenpraxis wie der pränatalen Diagnostik und Beratung einer Legitimationsgrundlage bedarf, die nicht ohne weiteres gegeben ist. Gleichzeitig wird davon ausgegangen, dass diese Technologie nicht unumstritten ist. Freilich offenbart sich diese Konfliktträchtigkeit heute in der öffentlichen Debatte eher auf vermittelte Weise.

Die pränatale Diagnostik erregt heute bei weitem nicht die Gemüter in der Weise, wie es das therapeutischen Klonen oder die Stammzellenforschung tun. Als eine Technologie gehört die

Pränataldiagnostik heute fast schon in ähnlicher Weise zum Alltag wie das Telefon oder die Eisenbahn. Aus der Schwangerenvorsorge ist sie nicht mehr wegzudenken. Mediziner verweisen auf eine mögliche Risikominimierung für die Frauen, ein verbessertes Geburtsmanagement und die (wenngleich sehr beschränkte) Möglichkeit der intrauterinen Therapie. Doch seitdem Embryonenforschung und Präimplantationsdiagnostik (PID) einen festen Platz auf der Themenliste von Parlamenten, nationalen Ethikräten, Massenmedien und Talkshows errungen haben, kommt auch die Pränataldiagnostik wieder ins Gespräch. Und zwar unter ganz unterschiedlichen Vorzeichen. So konstruieren etwa die Befürworter der PID mit dem Verweis auf die unzweifelhafte Normalisierung der Pränataldiagnostik einen logischen Sachzwang für die Freigabe einer in die Petrischale vorverlegten Qualitätskontrolle des Embryos. Wie kann man die genetische Kontrolle des extrakorporal erzeugten Embryos vor dessen Einpflanzung in die Gebärmutter der Frau verbieten, so fragen die Befürworter, wenn die weit aufwändigere und risikoreichere Untersuchung des Fötus im Mutterleib erlaubt ist? Die Gegner setzen sich dagegen mit vorsichtigen Plädoyers für eine nachholende Regulierung der Pränataldiagnostik zur Wehr. So haben etwa jene Mitglieder des Nationalen Ethikrats, die eine auch eingeschränkte Freigabe der PID aus moralischen und gesellschaftspolitischen Gründen ablehnen, eine Neuregelung der so genannten Spätabtreibungen nach Pränataldiagnostik gefordert. Gleichzeitig wurde die ökonomische Mehrbelastung von Eltern behinderter Kinder kritisiert und damit der eminent politische Charakter der Pränataldiagnostik thematisiert, der heute jedoch in der Routine eines alltäglich gewordenen und massenhaft angewendeten Ultraschalls gar nicht mehr aufscheint (Nationaler Ethikrat 2003).

Die pränatale Diagnostik, in den frühen 1970er Jahren noch eine Nebenbeschäftigung für die Humangenetiker, hat sich in den letzten Jahrzehnten aus dem Fachgebiet der Humangenetik herausdifferenziert, erfolgreich institutionalisiert und ist als Teil der Gynäkologie heute längst ein selbstverständlicher und integraler Bestandteil der Schwangerenvorsorge. Die pränatale Diagnostik ist mittlerweile längst zum Hauptbetätigungsfeld humangenetischer Aufklärung geworden, auch wenn im Rahmen der Pränataldiagnostik nicht nur DNA-Analysen durchgeführt werden, vielmehr das Gros der Untersuchungen auf den Ultraschall entfällt. Es gibt in Deutschland (und Österreich) keine speziellen gesetzlichen Regelungen, die festlegen, ob und unter welchen Voraussetzungen der Arzt eine Pränataldiagnostik durchführen darf. Jedoch ist die Pränataldiagnostik nunmehr seit Jahrzehnten eine rechtlich anerkannte Form

ärztlicher Tätigkeit und hat in diesem Zeitraum einen bemerkenswerten und kaum vorhersehbaren Aufschwung erfahren. Aktuelle Zahlen belegen dies: 1970, zu einem Zeitpunkt als die ersten Pränataldiagnostik-Untersuchungen in Deutschland durchgeführt wurden, wurden ganze sechs Amniozentesen registriert. Wenig später wurde die Pränataldiagnostik in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen und bereits Mitte 80er Jahre – zwischenzeitlich war die Chorionzottenbiopsie eingeführt worden – wurden über 30.000 Amniozentesen und 3000 Chorionzottenbiopsien registriert. Bis Ende der 90er Jahre hatte sich diese Zahl verdoppelt, und 1999 wurden dann bereits rund 70.000 invasive Untersuchungen gezählt (Nippert 1999). Wenn man diese Zahlen in Relation setzt zur Anzahl der Schwangerschaften in Deutschland, dann lässt sich die immense Bedeutung der Pränataldiagnostik etwas genauer ermessen. So betraf die invasive Diagnostik im Jahr 1999 praktisch jede zehnte Schwangerschaft. (In Österreich gibt es über die Anzahl dieser pränataldiagnostischen Untersuchungen keine vergleichbaren Zahlen, Experten gehen jedoch von ähnlichen Größenverhältnissen aus.)

Insbesondere in späten Schwangerschaften von Frauen über 35 Jahren spielt die Pränataldiagnostik inzwischen eine so große Rolle, dass längst von einer Routinemaßnahme gesprochen werden kann. Nahmen Anfang der 80er Jahre rund ein Viertel der schwangeren Frauen über 35 Jahre die Amniozentese in Anspruch, so waren es Ende der Achtziger dann bereits etwas mehr als die Hälfte. Aktuell liegt die Inanspruchnahme der Pränataldiagnostik in Deutschland bei ca. 80 %. Ein wichtiger Faktor in diesem Normalisierungsprozess war sicher die durch diverse gerichtliche Grundsatzurteile angestoßene Verpflichtung der Ärzte, Frauen ab 35 Jahren eindringlich auf die Möglichkeiten der Pränataldiagnostik hinzuweisen. Im Zuge dieser Verrechtlichung der genetischen Beratung hat diese Technologie den Status des Außergewöhnlichen und Besonderen verloren. Hennen et al. (1996: 78) sprechen davon, dass sich die Pränataldiagnostik »beinahe schon zur Standarduntersuchung bei der Schwangerschaftsvorsorge bei Frauen über 35 entwickelt.«

Gleichwohl ist die Pränataldiagnostik nach wie vor ethisch umstritten, ist doch im Fall einer diagnostizierten Auffälligkeit oder Anomalie die Abtreibung in der Regel die einzige »Therapiemöglichkeit«. Die schleichende Normalisierung dieser medizinischen Dienstleistung ist von feministischer Seite schon früh unter der Perspektive einer qualitativ neuen

Instrumentalisierung und Enteignung des weiblichen Körpers durch die Humangenetik kritisiert worden (Katz-Rothman 1993). VertreterInnen der Behindertenbewegung haben schon frühzeitig das Argument stark gemacht, dass die Pränataldiagnostik als institutionalisierte Form der Qualitätskontrolle vorgeburtlichen Lebens im Wesentlichen eine modernisierte Form der Eugenik darstelle (Köbsell 1992).

2. Theoretische Prämissen und Fragestellungen

Biomedizin und Humangenetik stellen sich für die Soziologie als ein dynamisches technologisches Feld dar, das vermittels der Zirkulation von Expertenwissen nicht unbedingt nur ein höheres Maß an Kontrolle bedeutet, sondern vor allem auch neue Unsicherheiten und Gestaltungszwänge aufwirft. Unter dem Begriff der »Life-Politics« ist etwa von Giddens (1991) die Reproduktionsmedizin als ein Motor für eine Transformation der Identitätspraktiken und eine neue, aktive Politik des Körperlichen analysiert worden.

Im Folgenden werden diese neu entstehenden Gestaltungszwänge nicht auf der Ebene des Alltags und eines lebensweltlich normalisierten Umgangs mit neuen Technologien verhandelt. Vielmehr ist die Ebene des professionellen Handelns und Entscheidens von Interesse. Gerade im Bereich der Pränataldiagnostik werden infolge des technologischen Fortschritts Horizonte geöffnet, in denen die Experten oft ohne den Rückgriff auf traditionell gesicherte Normen oder rechtlich sanktionierte Regeln entscheiden müssen. Es ergeben sich Überforderungen institutionalisierter Entscheidungskonventionen und damit neuartige Entscheidungs- und Gestaltungszwänge. Dies lässt sich mit Bezug auf die Theorie reflexiver Modernisierung unter dem Begriff der Entgrenzung verhandeln. In unserem Fall bezieht sich dieser Begriff auf das Uneindeutigwerden kategorialer Unterscheidungen (Beck et al. 2004: 40f.). Entgrenzung ist dabei nicht gleichbedeutend mit Entdifferenzierung, sondern bezieht sich auf einen Phänomenbereich unterhalb der Ebene funktionaler Teilsysteme. Auf diesem Hintergrund wird die Grenzarbeit der Experten als institutionelle Notwendigkeit und nicht lediglich als Legitimationsstrategie einer bestimmten Profession begreifbar.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wird auf dem Feld pränataler Diagnostik und genetischer

Beratung gleichsam eine »Mikroskopie« von Grenzpolitiken der Experten unternommen. Die Analyse bezieht sich konkret auf die Fragestellung, welche Grenzziehungen und Unterscheidungen von den Experten angesichts verschiedener Herausforderungen vorgenommen werden. In politischer Hinsicht beziehen sich diese Herausforderungen einmal auf Anfechtungen und Infragestellungen der Humangenetik, die z.B. in der öffentlichen Debatte eine gewisse Rolle spielen; die Humangenetik steht – wie erwähnt – aufgrund ihrer historischen Bürde unter Dauerbeobachtung. Auf wissenschaftlicher Ebene resultieren Herausforderungen aus Entgrenzungen, die mit neuen Einsichten der Genomforschung und der Umstellung der Medizin auf molekularbiologische Grundlagen zu tun haben (»Biomedizin«). In diesem Prozess werden neue Bereiche von Ungewissheit und Nichtwissen erschlossen, die die professionelle Autorität durchaus in Frage stellen können.

Gerade die aktuellen Konflikte um biotechnologische Anwendungen sind ein prominentes Beispiel dafür, dass im Fall der Anerkennung von wissenschaftlichem Nichtwissen längst nicht mehr automatisch die Wissenschaft als Problemlöserin zu Hilfe gerufen wird.

Alternative Zurechnungen resultieren in anderen Ergebnissen. Und so kann Nichtwissen für die Wissenschaft eben heißen: mehr Forschung, mehr Geld, mehr Autonomie; in anderen Fällen aber auch: mehr Politik, mehr Öffentlichkeitsbeteiligung, mehr Rationalitäten. Im Fall des internationalen Konflikts um die Zulassung von gentechnisch veränderten Lebensmitteln wird das Spektrum der unterschiedlichen Zurechnungen und darauf bezogener (Gegen-) Strategien kenntlich. Während einflussreiche Kräfte in den USA bestehenden bzw. postulierten Unsicherheiten über gesundheitliche und/oder ökologische Gefahren mit einer Schließung der Debatte begegnen (»sound science«), sind in Europa dieselben Unsicherheiten bis zu einem gewissen Grad erfolgreich politisiert worden (»Vorsorgeprinzip«).

Die im Zuge der Genomforschung anwachsende Komplexität; die Entdeckung immer kleinerer Auffälligkeiten und Abweichungen, die sich der medizinischen Basisunterscheidung von gesund/krank entziehen; das kontinuierliche Unterlaufen gesicherter Leben/Tod-Unterscheidungen durch den Fortschritt der Neonatalmedizin, das die Pränataldiagnostiker im Fall von Spätabtreibungen zu neuen, informellen Grenzziehungen zwingt; die Generierung neuen, uneindeutigen Diagnose-Wissens – dies alles geht mit der Öffnung von Entscheidungsoptionen und Interpretationsspielräumen einher, die in der Praxis auf

irgendeine Art und Weise reduziert, vereindeutigt, aufgelöst werden müssen. Die Frage ist natürlich: Wie und mit welchen Folgen?

Aus dieser Problemkonstellation resultiert eine Reihe von Fragestellungen:

- In welchen Zusammenhängen ergeben sich die angesprochenen Gestaltungszwänge in der Praxis? Handeln und entscheiden die Humangenetiker in jedem Fall nach medizinisch-naturwissenschaftlichen Prinzipien oder welche anderen Diskurse und Rationalitäten spielen hier eine Rolle? Welche professionellen Handlungsorientierungen lassen sich aus den spezifischen Reaktionen auf Entscheidungszwänge in der Praxis rekonstruieren?
- Welche Bedeutung haben die langen Schatten des Eugenik-Diskurses für das professionelle Selbstverständnis der Humangenetiker? Wie werden wissenschaftliche Kompetenz- und Geltungsansprüche gegen Kontinuitätsannahmen verteidigt? Auf welche Weise werden Grenzen zwischen (historischer) »Erbgesundheitslehre« und (moderner) Humangenetik gezogen? Welche Rückschlüsse erlauben diese Grenzziehungen für den expertiellen Begriff von Wissenschaft, von Rationalität, von Norm und Natürlichkeit?
- Wo brechen innerhalb der professionellen Praxis Felder des Nichtwissens und der Ungewissheit auf und was bedeutet dies für die professionelle Autorität? Wird sie dadurch in Frage gestellt? Inwiefern werden die Experten zur Anerkennung von Nichtwissen und Unsicherheit gezwungen? Was bedeutet das moderne (non-direktive) Beratungsideal in diesem Zusammenhang? Und schließlich: Bildet sich in der Humangenetik, wo ethische Aspekte wie in keinem anderen medizinischen Bereich eine Rolle spielen, ein Typ reflexiver Expertenschaft heraus? Treten wir mit der Durchsetzung einer individualisierten, entstaatlichten Biopolitik in ein Zeitalter ein, das jede Expertenkritik erübrigt?

In theoretischer Hinsicht ergibt sich aus diesen Fragestellungen der Anspruch, zwei ganz unterschiedliche soziologische Diskurse, nämlich die modernisierungstheoretisch orientierte Thematisierung von Grenzpolitiken (Beck/Lau 2004) mit der konstruktivistischen Analyse von Nichtwissensproblematiken zu verbinden (Luhmann 1995), um eine wissenssoziologische Analyse der humangenetischen Expertenpraxis zu entwerfen. Dabei wird der Zuständigkeitsanspruch der Medizin, die für die vorgeburtliche Auseinandersetzung mit dem Phänomen Behinderung maßgeblichen Begriffe und Konzepte bereit zu halten, kritisch

reflektiert.

3. Gliederung der Arbeit

Im ersten Teil (A) sind einleitende Bemerkungen zu jenem theoretischen Horizont gesammelt, der diese Studie begrenzt. Diese Analyse humangenetischer Expertenpraxis verortet sich in einem theoretischen Kontext, der von der Brüchigkeit industriegesellschaftlicher Ordnungssemantiken ausgeht. Institutionelle Ordnungen, zentrale Leitwerte und Basisprämissen der Moderne – so die These – werden im Verlauf der Modernisierung unscharf, widersprüchlich, problematisch. Dieser gesellschaftstheoretischen Annahme entspricht eine paradoxe Orientierung hin auf das Ephemere, Ausgeschlossene, »Nicht-Phänomenale«. D.h., Ordnung, Sicherheit und Kontrolle als Basiskoordinaten des »soziologischen Blicks« verlieren ihre Prägkraft. Dies beweist sich nicht zuletzt an einem Boom soziologischer Begrifflichkeiten wie Unsicherheit, Uneindeutigkeit, Nichtwissen, die mittlerweile an deren Stelle getreten sind. Gerade der Kategorie des Nichtwissens ist in letzter Zeit einige Beachtung zuteil geworden. Im Anschluss an die (nicht zuletzt risikosoziologisch informierte) Debatte um das Nichtwissen wird vorgeschlagen, die Routinen und das professionelle Selbstverständnis der Experten als Ergebnis eines spezifischen Umgangs mit Nichtwissen und Ungewissheit zu verstehen. D.h., Hinweise aus der Risiko- bzw. Nichtwissenssoziologie werden gewissermaßen zu einem sensibilisierenden Konzept verknüpft, das einerseits die Formulierung der Fragestellung beeinflusst, zum anderen damit aber auch die Auswertungsperspektive maßgeblich bestimmt.

Der zweite Teil (B) beschäftigt sich mit den methodologischen und methodischen Grundlagen der in dieser Studie verwendeten Methode der Datenproduktion, des Experteninterviews. Die Ausführlichkeit dieses Abschnitts verdankt sich zum einen der Vernachlässigung dieser forschungspraktisch bedeutsamen Methode in der einschlägigen Literatur. Denn es sind bestimmte Abgrenzungs- und Definitionsleistungen nötig, um zu einem konsistenten Profil des Experteninterviews als qualitative Methode zu gelangen. Zweitens hat die praktische Beschäftigung mit dem Experteninterview zu der dann auch theoretisch entwickelten Einsicht geführt, dass sich Experteninterviews durch Interaktionskonstellationen auszeichnen, die bedeutsame Implikationen für die Auswertung haben. Weil der Interviewer vom jeweiligen

Experten als Angehöriger einer bestimmten Disziplin, als Vertreter einer bestimmten Institution und daher spezifischen normativen Orientierungen und forschungspraktischen Interessen angesehen wird, findet jedes Experteninterview unter ganz bestimmten Vorzeichen statt. Erst die Reflexion der konkret realisierten Interaktionskonstellation im Interview hat in dieser Untersuchung zu einer Analyseperspektive geführt, die mit der Identifizierung eines bestimmten »Kernproblems« in den Ausführungen der Experten verbunden ist. Kurzum, erst die methodische Reflexion hat einen analytisch fruchtbaren Umgang mit den als Legitimationsdiskurs interpretierbaren Argumentationen der Experten erlaubt. Über diese methodischen Grundlagen hinaus werden in diesem Teil B allerdings auch wichtige konzeptionelle Diskussionen geführt, so etwa über die Begriffe des Experten bzw. des Expertenwissens.

Im dritten Teil (C) sind die Ergebnisse der empirischen Untersuchung gebündelt. Hier steht in vielfältiger Weise die Grenzpolitik der Experten im Mittelpunkt. Dabei wird zunächst jene Ebene von Diskursen ins Zentrum gerückt, in denen sich die moderne Humangenetik von bestimmten Prinzipien und Praktiken abgrenzt (z.B. Eugenik). Die Rekonstruktion dieser Grenzziehungsdiskurse soll dabei Aufschluss geben über spezifische Formen der Durchsetzung wissenschaftlicher Kompetenz- und Geltungsansprüche. Auf einer anderen Ebene sind jene Grenzziehungsdiskurse angesiedelt, die als Ausdruck einer Suche nach Neuorientierungen jenseits überkommener Leitdifferenzen und Unterscheidungen zu verstehen sind, und zwar anlässlich ganz bestimmter praktischer Probleme (z.B. Spätabtreibung). In jedem Fall werden die Grenzziehungen der Experten nicht als strategisches Handeln oder als individuelle Rechtfertigungsrhetorik gelesen, sondern ins Verhältnis gesetzt zu kollektiven Orientierungsmustern, die sich aus einer komplexen sozialen Praxis ergeben. D.h., es wird gezeigt, dass die Grenzziehungsdiskurse der Humangenetik Rückschlüsse zulassen auf die Strukturierung professioneller Handlungsorientierungen. Beide Ebenen treffen sich letztlich in der Fragestellung, welche Faktoren dazu beitragen, die professionelle Autorität einer historisch belasteten und umstrittenen Wissenschaft wie der Humangenetik zu sichern. Weitere Schwerpunkte dieses Teils behandeln zum einen die fortschreitende Verwissenschaftlichung der Pränataldiagnostik. Es wird offenbar, dass die Implementierung neuartiger Testverfahren mit einer Generalisierung des Risikoverdachts verbunden ist (und damit einer Reformulierung der Basisunterscheidung gesund/krank), die neuartige Rationalitätsansprüche formuliert und den schwangeren Frauen die Entwicklung von Risikokompetenzen abverlangt. Zum anderen

werden in einem eigenen Kapitel die Folgen eines klientenorientierten Beratungsideals für Status und Selbstverständnis des Experten thematisiert. Eine detaillierte Darstellung der einzelnen (arabisch nummerierten) Abschnitte findet sich jeweils zu Beginn der übergeordneten Kapitel.

Im abschließenden vierten Teil (D) werden unter Bezug auf wissenssoziologische und gesellschaftstheoretische Diskussionen einige Schlussfolgerungen gezogen. Mit Blick auf die in Teil C dargestellte Grenzziehungspolitik der Experten, die sich auf konkrete Entscheidungs- und Gestaltungszwänge bezieht, wird hier die Verknüpfung von Expertenwissen und gesellschaftlichen Diskursen herausgehoben. Auf diese Weise tritt nicht so sehr das Sonderwissen der Experten als vorrangige Legitimationsquelle professioneller Autorität in Erscheinung, vielmehr die gesellschaftliche Signatur des Expertenwissens. Anschließend wird unter Bezug auf Debatten um eine »zweite« Moderne resümiert, inwiefern Reflexionsleistungen der Experten – z.B. in Form der Anerkennung von Ungewissheit und Uneindeutigkeit des Expertenwissens durch die Experten selbst – als empirische Indizien für ein »Reflexiv-Werden« der humangenetischen Praxis zu werten sind (Kap. 2). Das abschließende Kap. 3 versucht im Sinne eines Ausblicks, die Konsequenzen der in Teil C skizzierten Handlungsordnung auf politischer Ebene zu explorieren. Konstatiert wird ein Strukturwandel biopolitischer Regulierungspraktiken, eine Ablösung staatlich gesteuerter, zentral verwalteter und hierarchisch strukturierter Praktiken durch individualisierte und autonomieorientierte (Life-Politics). Diese Darstellung verbindet sich mit dem Versuch, die Selbstgewissheit der modernen Humangenetik, dass eine Entstaatlichung und Individualisierung der Biopolitik gleichbedeutend sei mit einer reflexiven Praxis, zu irritieren. Eine kurze Diskussion um Nutzen und Grenzen der Analyse beschließt diese Arbeit.