

6. Gewöhnung an die Folsäurekapsel

Schwanger sein ist keine private Angelegenheit. So wird das Verhalten von Schwangeren seit je verhandelt, kontrolliert und beurteilt. Es herrscht ein Dickicht an Verboten, Vorschlägen und Empfehlungen. Die präventive Empfehlung der täglichen Einnahme einer Folsäurekapsel, mit der das Risiko für die Bildung einer Spina bifida beim Ungeborenen reduziert werden will, steht nachfolgend zur Diskussion. Folat ist ein Vitamin, das überwiegend in pflanzlichen, aber auch in tierischen Lebensmitteln vorkommt. Der menschliche Körper stellt Folat nicht selbst her, sondern nimmt es über die Nahrung auf. Die Medizinwissenschaften sprechen dem Vitamin eine wichtige Rolle für die Zellteilung und -funktion, die Blutbildung und die Herstellung der Erbsubstanz zu (vgl. Rissmann 2018). Zudem, so die Empfehlungen der Präventivmedizin, sei der Bedarf an Folat und Folsäure (die synthetische Form) bei Schwangeren erhöht, da sie auch für die embryonale Entwicklung wichtig seien. Das Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) empfiehlt allen »Frauen im gebärfähigen Alter, die schwanger werden möchten oder könnten«, sich folatreich zu ernähren und täglich 0,4 mg synthetische Folsäure als Kapsel einzunehmen, und dies bis zwölf Wochen nach Schwangerschaftseintritt (vgl. Eichholzer et al. 2008: 52). Ob frau einen Kinderwunsch hat oder nicht, ist in dieser Empfehlung nicht relevant. So richtet sich die Prophylaxe an alle Frauen im gebärfähigen Alter und fordert sie dazu auf, sich gemäss der Empfehlung zu verhalten. Mich interessiert, wie sich ein solches Präventionsregime herausbilden und etablieren konnte und wie mit den präventiven Forderungen ein abstraktes Risikokalkül, konkrete Schuldempfindungen und eine transgenerationelle Responsibilisierung verknüpft sind.

Am Folsäurediskurs ist eine besondere Spielart von Compliance zu erkennen, die eng mit der Frage nach dem Normalmachen verbunden ist. So soll die Compliance von gebärfähigen Frauen zur präventiven Empfehlung Teil einer alltäglichen Routine werden. Das Schlucken der Kapsel soll gewöhnlich werden. Dieser Produktion von Selbstverständlichkeiten, mit der routinierte Abläufe herbeigeführt und neue gelebte Körperrealitäten geschaffen werden, gehe ich nach. Diese Prozesse zu vertiefen, ist wichtig, da das, was uns »normal« erscheint, immer historisch, kulturell und sozial gewachsen ist. Wie wurde nun also der gebärfähige Frauenkörper

zum Risiko erklärt? Mit welchen sprachlichen Mitteln wird ein wissenschaftliches Wissen in eine öffentlichkeitswirksame Verhaltensempfehlung übersetzt? Und zu welchen Aushandlungen kann dies bei den Adressatinnen führen?

Um präventive Massnahmen zu erlassen, muss zuvor etwas zu einem Problem erklärt werden. Es gilt deshalb zunächst zu besprechen, wie der Folat- und Folsäurereichtwert von Frauen zu einem Problem formiert wurde (Kapitel 6.1). Danach wird gefragt, wer durch wen für diese Problematik mit welchen präventiven Massnahmen in Verantwortung genommen wird. Zeigen wird sich, dass die Massnahme der »flächendeckenden Prophylaxe«, womit die Anreicherung eines Grundnahrungsmittels mit Folsäure gemeint ist, in der Schweiz kontrovers verhandelt wurde (Kapitel 6.2). Im Gegensatz dazu hat die auf den Frauenkörper ausgerichtete Individualprophylaxe bis heute keine Kritik erfahren. Inwiefern die bereits seit längerem etablierte Antibabypille als Voraussetzung für die Etablierung und Konsolidierung dieses Präventionsregimes zu verstehen ist, führe ich in Kapitel 6.3 aus. Zuletzt bespreche ich, wie das präventivmedizinische Wissen in der Öffentlichkeit dramatisierend, stigmatisierend und komplexitätsreduzierend vermittelt wird und zu welchen Aushandlungen dies bei den Adressatinnen führen kann. Wie und dass ein abstraktes Risiko in einer konkreten Schuldempfindung münden kann, ist unter Miteinbezug der komplexen Ätiologie einer Spina bifida zu diskutieren (Kapitel 6.4).¹

6.1 Problematisierung des Folatstatus

Nachfolgend wird dargelegt, wie der Folatstatus von Schwangeren problematisiert wurde, wie sich daraufhin der Folsäuremangel als präventivmedizinischer Gegenstand realisiert und wie sich damit verbunden ein neu zu erzielender Folsäure-Sollwert formiert hat.

Wie der Folatstatus von Frauen zum Problem gemacht wurde

Die Engländerin Lucy Wills war die erste Ärztin, die die Bedeutung von Folat für Schwangerschaften entdeckte.² In den 1930er-Jahren untersuchte die Ärztin im heutigen Mumbai die Blutarmut (Anämie). Sie traf sie besonders oft bei Schwangeren an, konkret bei mangelernährten Textilarbeiterinnen. Wills (vgl. 1931) ging davon aus, dass die Ernährung eine wichtige Rolle spielt, und verabreichte den

1 Meine zentrale Argumentation zur Problematisierung des Folsäurediskurs ist auch im Artikel »Schuldig. Kritische Bemerkungen zum Diskurs der Folsäure-Prophylaxe« (Gratwohl 2021) nachzulesen.

2 Die allzu oft übersehene Pionierinnenarbeit von Lucy Wills wird in »The Folate Story: A vitamin under the microscope« (Hoffbrand 2023) eingehend beleuchtet.

Schwangeren ein Hefeextrakt, das viel Folat enthält. Folat erhielt seinen Namen allerdings erst im Jahr 1941, als es erstmals von Spinat isoliert werden konnte. Ab 1945 verabreichte Wills den von Blutarmut betroffenen Schwangeren Folsäure in synthetischer Form (vgl. Hoffbrand/Weir 2001: 579).

Seit Mitte des 20. Jahrhunderts wurden mehrere Studien veröffentlicht, die gezielt die Effekte von Folat auf den Schwangerschaftsverlauf, fetale Fehlbildungen und Aborte untersuchten. Im Jahr 1960 präsentierte Marjorie Maxine Nelson ihre experimentelle Arbeit »Teratogenic Effects of Pteroylglutamic Acid Deficiency in Rat« anlässlich des Ciba Foundation Symposiums zu angeborenen Fehlbildungen. In ihrem Tierexperiment erhielten trächtige Ratten in den ersten Schwangerschaftstagen eine folaltarme Diät, um den teratogenen Effekt des künstlich evozierten Mangels bei Babyratten zu studieren.³ Je nach Dauer und Zeitpunkt der Diät kam es zu embryonalen Todesfällen oder starken Fehlbildungen (vgl. Nelson 1960: 134ff.). Den Zusammenhang zwischen Folatmangel und angeborenen Fehlbildungen stellte auch der Londoner Arzt Bryan Hibbard her (vgl. 1964: 537). Er brachte in die Diskussion ein, dass ein Mangel in der Schwangerschaft durch sozioökonomische Faktoren hervorgerufen werde. So gehöre die Mehrheit der untersuchten Frauen einer Population an, die »poor financially, poor gastronomically and poor obstetrically« (ebd.: 531) sei. Deren Ernährung sei protein- und vitaminarm. Er schlussfolgerte, dass in diesen Fällen bereits vor der Konzeption ein Folatmangel existiere, der durch den erhöhten Bedarf an Folat während der Schwangerschaft immer mehr zunehme. Und kommt so zur Empfehlung: »true prophylaxis begins before conception« (ebd.: 541). Damit führte Hibbard ein zentrales Element der heutigen Empfehlung ein, worin sich auch das einer jeden Prävention zugrundeliegende Zeitproblem zeigt: Prävention kann nie genug früh starten oder zu viel sein, wie es Ulrich Bröckling (vgl. 2008: 42) in »Soziologie der Prävention« schreibt. Hibbard nahm also den Frauenkörper in seiner sozioökonomischen Umwelt wahr, die er als gestaltbar konzipierte. Für ihn war klar, dass sich Frauen im Hinblick auf eine Schwangerschaft vorzubereiten haben, womit deren Ernährung in die Zuständigkeit der Präventivmedizin gelangte.

Nach den Ausführungen von Bryan Hibbard sind weitere klinisch intervenierende Studien zu vernehmen, die nun die Verbindung von Folsäuremangel und fetalen Neuralrohrfehlbildungen (wozu auch Spina bifida zählt) untersuchten (vgl. E. Hibbard/Smithells 1965, Smithells et al. 1980).⁴ In diesen Studien wurde jedoch ein

3 Teratogen stammt aus dem Griechischen und setzt sich aus den Wörtern *teras* (Monster) und *genesis* (Geburt) zusammen. Unter teratogen werden chemische, biologische oder physikalische Einflussfaktoren verstanden, die bei einem Organismus Fehlbildungen hervorrufen (vgl. Nicolay 2004).

4 Ich schreibe bewusst von Folsäuremangel, da diese Studien mit synthetischen Folsäurepräparaten arbeiteten.

Multivitaminpräparat verabreicht, sodass nicht mit Sicherheit gesagt werden konnte, ob Folsäure oder ein anderes Vitamin für den präventiven Effekt ausschlaggebend war. Infolgedessen führte die Medical Research Council Vitamin Study Research Group einen »randomised double-blind prevention trial« (Wald et al. 1991: 131) durch. Formiert wurden vier Gruppen von Frauen, die eine Schwangerschaft planten und in einer vorangehenden bereits die Diagnose einer fetalen Neuralrohrfehlbildung erhielten. Die vier Gruppen nahmen entweder ein Multivitaminpräparat oder Folsäure, beides zusammen oder nichts ein (vgl. ebd.: 132). Das Forschungsteam kam zum Schluss, dass Folsäure einen präventiven Schutz für die Bildung eines fetalen Neuralrohrdefekts bietet. Zudem hielten sie fest, dass dieser Effekt nicht nur für die Ungeborenen der gewählten Gruppe gilt:

There is, however, no reason to believe that the preventive effect of folic acid is restricted to this group. If additional folic acid can prevent a second neural tube defect pregnancy it is also likely to prevent a first one. (Wald et al. 1991: 135)

Damit hat sich die Ausrichtung der Prophylaxe verlagert. Wurde zuvor versucht, das Wiederholungsrisiko zu minimieren, wird nun zusätzlich die Primärprophylaxe anvisiert. Diese Einteilung in Präventionstypen geht auf den Psychiater Gerald Caplan (1964) zurück: Die primäre Prävention soll Krankheiten und Unfälle vermeiden, die sekundäre setzt im Frühstadium einer Krankheit ein und die tertiäre soll Folgeschäden und Rückfälle einer Krankheit verhindern. Solch eine Kategorisierung fusst auf einer klaren Trennung zwischen Gesundheit und Krankheit sowie Prävention und Therapie. Diese binäre Sehweise ist, so mein Argument, für die zur Diskussion stehende Thematik irreführend. Die Formulierungen der Folsäureprophylaxe bedienen sich vielmehr eines Kontinuums von Gesundheit und Krankheit respektive verwischen ihre Grenzen. Denn Prävention holt potenzielle Krankheiten in das Leben »gesunder« Menschen, da sie immer von der Prämisse der Eintrittsmöglichkeit geleitet ist. Die ausgesprochene Krankheit wird, wenn auch nur als Imagination, zur Realität gemacht. Gleichzeitig, und dies ist zu betonen, zieht die Prophylaxe eine klare Grenze zwischen einem guten und einem mangelhaften Folat- und Folsäurewert.

Für die nachfolgende Ausführung ist mitzugeben, dass der wissenschaftliche Konsens heute besagt, dass bei »adäquatem Folatstatus zum Zeitpunkt der Konzeption« 50 bis 70 Prozent der Neuralrohrfehlbildungen »zu vermeiden wären« (Rissmann 2018: 10). Um solch einen Status zu erreichen, bedarf es einer Prophylaxe in Form von Folsäurekapseln und einer folatreichen Ernährung, wie es einem die Präventionskampagnen wissen lassen.

Formierung von Handlungsbedarf und neuen Sollwerten

Hoffmann (2013) erläutert in »Die Arbeit der Wissenschaften« unter Rückgriff auf Knorr-Cetinas (1988) Ausführungen zur Medizin als »Reparaturwissenschaft«, wie Wissenschaften wie die Medizin nicht einfach auf Probleme »reagieren«, sondern »Phänomene als Probleme passgenau zu ihrer Expertise formieren.« (Hoffmann 2013: 76) Damit verbunden ist die Beobachtung, dass sich »Handlungsbedarf und Handlungsdruck [...] nicht von alleine auf[bauen]« (ebd.: 76). Dass dem durch die Medizin selbst formierten Problem mit konkreten Massnahmen zu begegnen ist, die von ihr sogleich mitgegeben werden, zeigt sich auch im Beispiel der Folsäureprophylaxe. Die Sprengkraft der Verhaltensempfehlung ergibt sich vor dem Hintergrund von Knorr-Cetinas Überlegungen. Diese führt aus, dass die Medizin als Reparaturwissenschaft eine »Wissenschaft [ist], die, durch gesellschaftliche Reparaturanliegen veranlaßt, in erster Linie Normalisierungsleistungen erbringen soll.« (1988: 91) Auch im Folsäure-Präventionsregime sind Normalisierungsprozesse am Werk. Sie beziehen sich sowohl auf die zu normalisierenden Verhaltensweisen der Frauen als auch deren Folat- und Folsäurestatus. Das Besondere an letzterem Element ist, dass hier kein zuvor existierender, »normaler« Status wiederhergestellt wird. Denn erst durch die Problematisierung des Folatstatus von Schwangeren wurde der bis anhin »normale« Folatstatus von gebärfähigen Frauen im Hinblick auf eine potenzielle Schwangerschaft für defizitär befunden, um im selben Zuge einen neuen optimierten Sollwert zu definieren. In diesem konkreten Fall umfasst die Reparaturarbeit weit mehr als die Wiederherstellung eines Normalzustands (vgl. Strebel/Bovet 2018). Vielmehr strebt sie eine neue Realität an, die den »normalen« respektive unbehandelten Folat-/Folsäurestatus von gebärfähigen Frauen als defizitär erscheinen lässt. Deutlich wird, dass die Prophylaxe mit »Normalitätsnormen« (Bröckling 2008: 44) verbunden ist. So verschafft sie dem Frauenkörper einen neuen Folat- und Folsäurehaushalt, der über die Normalisierung eines neuen Verhaltens von Frauen erzielt werden soll. Nun zielt aber die Prophylaxe nicht auf die Optimierung der Gesundheit der Frauen ab, sondern auf jene der nächsten Generation, womit sie mit weiteren Normalisierungsbestrebungen verbunden ist: So will Prävention »Defizitmenschen« [...] verhindern und »Voll-« bzw. »Normalmenschen« (ebd.: 42) schaffen.

Der von gebärfähigen Frauen neu zu erlangende Sollwert ist weder einfach gegeben noch wird er von Wissenschaftler:innen vorgefunden, vielmehr wird er durch Untersuchungen hergestellt, die unter konkreten Bedingungen und Umständen stattfinden. Zu berücksichtigen ist also, dass dieser Wert durch eine fortwährende Wissensproduktion geformt und in den Laboren unterschiedlich ausgelegt werden kann. Zumeist werden solche Sollwerte von ihren Bedingungen entkleidet, da sie bereits als eine feste Grösse funktionieren. Der Folsäure-Sollwert – also der Wert, der bei einer Laboranalyse als Vergleichsgrösse dient – wird selten bis nie mit den

präventiven Empfehlungen mitgeteilt. Eine Erklärung dafür ist, dass die gängigen Folsäurepräparate die präventiv erwünschte Dosierung enthalten, um den Sollwert zu erreichen. Ferner kann der eigene Istwert weder selbstständig gemessen noch überwacht werden. In der Regel kennen Frauen ihren im Blutserum messbaren Folat- und Folsäurewert nicht. Was sie aber durch die Präventionskampagnen erfahren, ist die täglich notwendige Zufuhr an Folsäure, die sich ebenso in einem Zahlenwert artikuliert.

In Bezug auf diesen Zahlenwert ist ein Wandel zu beobachten. Zunächst lautete die Empfehlung, täglich eine Folsäurekapsel von 0,4 mg einzunehmen. Dieser Wert wurde durch eine scheinbar kleine Zugabe ergänzt: *min.* 0,4 mg. Mitunter wird eine Einnahme von 0,8 mg empfohlen, um »absolut sicher zu gehen [sic!] und auf eine mögliche Schwangerschaft vorbereitet zu sein« (SFS 2009: 4). Diese Dosierung basiert auf der Annahme, dass eine erwachsene Person »für den normalen Tagesumsatz« 0,4 mg Folat benötigt, was über die Nahrung aber kaum aufzunehmen ist. »Vier Wochen vor bis zwölf Wochen nach« der Konzeption seien weitere 0,4 mg nötig (ebd.). Die SFS argumentiert, dass Frauen mit einer »ausgewogene[n] Ernährung« lediglich auf etwa 0,25 oder 0,3 mg kommen. Dies sei »eine genügende, jedoch nicht unbedingt eine gute Folsäure-Basis« (ebd.: 4). Damit wird der optimierende Impetus jeder Prävention unterstrichen: Es kann nie genügend vorgesorgt sein.

Neben der variierenden Dosierung verändert sich auch die Dauer der Prophylaxe von Zeit zu Zeit. Seitens des Präventionsregimes wäre, wie ausgeführt, eine Einnahme über die gesamte Gebärfähigkeit hinweg erwünscht. In den Kampagnen und Berichten wird die Dauer der Prophylaxe zudem oft im Hinblick auf eine geplante Schwangerschaft angegeben. Die anfänglichen vier Wochen vor der Konzeption wurden im Jahr 2017 auf drei Monate erhöht (vgl. SFS 2017: o. S.). Im Interview erklärt der Leiter des wissenschaftlichen Beirats der SFS Kurt Baerlocher, dass sich diese Änderung auf den Forschungsergebnissen von Klaus Pietrzik abstütze, den er als »Folsäure-Papst« (#351f.) des deutschsprachigen Raums bezeichnet. Der Ernährungswissenschaftler habe festgestellt, dass manche Frauen nach vier Wochen noch nicht den erwünschten Sollwert erreicht hätten.

Und deshalb hat man nachher gesagt, es ist besser, wenn man schon früher anfängt, zwei oder drei Monate vorher. Und das ist natürlich auch eine Frage der Dosis. Wenn sie dann natürlich 5 Milligramm Folsäure einnehmen und das vier Wochen vorher, statt 400 Mikrogramm [betonend] [entspricht 0,4 Milligramm, Anm. d.V.], dann können sie dieses Optimum innerhalb von vier Wochen sicher erreichen. (Baerlocher, #357ff.)

Das Zitat zeigt, dass Frauen ein bestimmtes »Optimum« zu erreichen haben. Der Weg zum Sollwert kann sich somit unterschiedlich gestalten. Am Ende ist aber, so Baerlocher, der Wert zum Zeitpunkt der Konzeption ausschlaggebend, der dem wis-

senschaftlich produzierten Sollwert, dem »Optimum«, entsprechen soll. Wichtig ist also, *wie* und vor allem, *dass* ein Sollwert zu erreichen ist.

6.2 Aushandlung von Verantwortung

Neben der Individualprophylaxe wird in der Schweiz seit den 1990er-Jahren eine weitere Massnahme diskutiert, die mit einer anderen Verantwortung einhergeht: die flächendeckende Prophylaxe. Nachfolgend wird diese präventivmedizinisch, gesellschaftspolitisch und juristisch verhandelte Massnahme vertieft. Mich interessiert, welche sozialen Welten die Massnahme mit welchen Argumenten befördert oder bekämpft haben und wie die »fehlende[] Compliance« (Baerlocher et al. 2002: 46) der Frauen gegenüber der Individualprophylaxe zum zentralen Argument der Befürworter:innen der flächendeckenden Prophylaxe wurde.

An dieser Stelle sind Vorbemerkungen zu der in den Folsäure-Diskussionen frequentiert eingesetzten Begrifflichkeit der Compliance zu machen, die sich im Kontext der Medizin zunächst mit einer Folgsamkeit, Therapie- und Regeltreue von Patient:innen übersetzen lässt. Die Medizin- und Gesundheitswissenschaften bieten keine eindeutige Definition von Compliance⁵ an, jedoch lässt sich festhalten, dass seit einigen Jahren die paternalistische Sehweise, wonach Patient:innen den Anweisungen der Ärzt:innen zu folgen haben, kritisiert wird (vgl. Schäfer 2017: 16). Plädiert wird für eine Auslegung, die auf Kooperation, Interaktion und Partizipation abzielt. Idealerweise würden Ärzt:innen und Patient:innen basierend auf einem »vernünftigen Diskurs[] zu einer gemeinsamen Entscheidung über das geeignete Behandlungsprogramm« gelangen, »an das sich der Patient dann auch halten will« (Schwarzer 2004: 141). Diese Konzeption, die eine kooperative Sozialbeziehung vorsieht, entspricht dem vor allem im englischsprachigen Raum verwendeten Begriff der *adherence* (vgl. Sabaté/WHO 2003: V). Auf die Differenzierung von Adhärenz und Compliance zielen meine Ausführungen nicht ab, zumal diese Begriffe im deutschsprachigen Raum oft synonym verwendet werden (vgl. Schwarzer 2004: 141). Was für die folgenden Ausführungen relevant ist, ist jedoch die Frage, wie in den hier untersuchten Diskussionen konkret über Compliance gedacht, gesprochen und geschrieben wird.⁶

5 Compliance wird auch betriebswissenschaftlich operationalisiert, womit die Regeltreue von Unternehmen und deren Mitarbeiter:innen an Gesetze und Leitlinien verstanden wird (siehe Stessl 2012, Seidel/Wendt 2017).

6 Was es aufseiten der Adressatinnen bedeutet, im Rahmen des Präventionsregimes compliant zu sein, respektive wie deren Handlungssituationen beschaffen sind, wird in Kapitel 6.4 vertieft.

Die Massnahmen im Überblick

Die Diskussionen zur Folsäureprophylaxe in der Schweiz um die Jahrtausendwende werden von einigen wenigen machtvollen Stimmen geprägt. Mit machtvoll ist gemeint, dass den Empfehlungen und Wissen dieser Akteure eine Sichtbarkeit zukommt und sie aus einer Expertenposition formuliert werden, die den Worten eine legitimierende Kraft verleihen. Das Besondere an solchem Expertenwissen ist, dass es »praxiswirksam und damit orientierungs- und handlungsanleitend« ist, womit es einen »Machtaspekt« enthält (Bogner et al. 2014: 14). Otmar Tönz, ehemaliger Präsident der Eidgenössischen Ernährungskommission (EEK) und ehemaliger Chefarzt des Kinderspitals Luzern, Jürg Lüthy, ehemaliger Leiter der Fachstelle Ernährung des BAG, sowie Baerlocher gehör(t)en dem Folsäureprophylaxe-Expertenkreis an. Die zwei Erstgenannten verfassten im Jahr 1996 den Artikel »Folsäure zur primären Verhütung von Neuralrohrdefekten«. Darin präsentierten sie drei mögliche Massnahmen für die Schweiz: (1) eine folatreiche Diät seitens der Frau, (2) die Anreicherung eines Grundnahrungsmittels mit Folsäure und (3) die individuelle Folsäureprophylaxe in galenischer Form, sprich die tägliche Kapsel für die Frau (vgl. Tönz/Lüthy 1996: 571).

Die erste Massnahme schätzen die Autoren als wenig wirksam ein. Zudem sei die »Compliance [der Frauen, Anme. d.V.] auch bei grosser Motivationsarbeit über die Medien (ebenfalls teuer!) erfahrungsgemäss schlecht« (ebd.: 571). Dieses Argument nimmt zwei Motive auf, die die Diskussionen prägen: Einerseits ist dies die »schlechte« Compliance der Frauen und andererseits sind es ökonomische Überlegungen. Die »fehlende« oder »schlechte« Compliance bei der individuellen Prophylaxe wird zum zentralen Argument gemacht, um die Vorteile einer flächendeckenden Prophylaxe zu betonen (vgl. ebd., Baerlocher et al. 2002: 46, Tönz 2004: 6). Die Prophylaxe über mit Folsäure angereicherte Produkte stufen Tönz und Lüthy als »ein einfaches, sinnvolles und billiges Vorgehen« (1996: 571) ein, womit es als das klar zu favorisierende Vorgehen hervorgeht. Zugleich äusserten sie Bedenken, ob die Dosierung für eine wirksame Prophylaxe die Zustimmung der Gesellschaft erlangen werde. Die Anreicherung werde wohl als ein »Nahrungsdiktat« und eine »unverhältnismässige Freiheitsbeschränkung« (ebd.) empfunden. Bei einer »sanften« Anreicherung, bei der dem Mehl weniger Folsäure zugefügt würde, wird den Frauen zusätzlich eine Individualprophylaxe in galenischer Form empfohlen, da nur eine »partielle Verhütung« (ebd.) zu erwarten sei. Bei dieser Variante wäre eine geteilte Handlungsträgerschaft und Verantwortung auszumachen: Der Staat und das Individuum müssten Massnahmen ergreifen.

Das Politikum der flächendeckenden Prophylaxe

Die von Tönz und Lüthy als ein »einfaches, sinnvolles und billiges Vorgehen« prä-sentierete Massnahme – die Anreicherung eines Grundnahrungsmittels – fand bald darauf Eingang in die Politik. Im Jahr 1997 reichte der einst dem Landesring der Unabhängigen (LdU) angehörige Nationalrat Roland Wiederkehr ein Postulat⁷ ein, mit dem er den Bundesrat einlud, die Option einer flächendeckenden Prophylaxe zu überprüfen (vgl. Wiederkehr 1997). Baerlocher meint sich zu erinnern, dass Tönz dafür den Nationalrat Wiederkehr eingespannt habe (vgl. Baerlocher, #123ff.). Wie bei der Kostengutsprache zeichnet sich ein Zusammenspiel politischer und medizinischer Akteur:innen ab, weshalb das Postulat als eine sowohl politisch als auch medizinisch motivierte Angelegenheit zu verstehen ist.

Zur Begründung der Frage führt Wiederkehr nebst Literaturreferenzen auf Tönz und Lüthy das für die Legitimierung einer flächendeckenden Prophylaxe typische ökonomische Argument an: »Angesichts des Leidens und der Kosten, die die entsprechenden Geburtsgebrechen verursachen, würde sich eine derartige Prophylaxe zweifelsohne lohnen.« (Wiederkehr 1997) Mit dem ökonomischen Argument wird eine Prävention eingefordert, damit bestimmte Krankheitsfälle gar nicht erst eintreten. Diese werden sowohl als für die Gesellschaft kostenintensive Versicherungsfälle gerahmt, wie auch normativ wertend als lebensweltliche ›Leidensfälle‹ adressiert. So gehen »Geburtsgebrechen« als Verursacherin eines »Leidens« aus dem Text hervor, womit sie stigmatisiert und dramatisiert werden (siehe Kapitel 6.4).

Der Bundesrat nahm im Dezember 1997 das Postulat an. Im Nationalrat bekämpften Angelina Frankhauser (SP) und Yves Guisan der Freisinnig-Demokratischen Partei (FDP) das Postulat, die Diskussion wurde verschoben und fand eineinhalb Jahre später in der Session vom 17. Juni 1999 statt. Zuerst stellte Wiederkehr das Postulat vor, wobei er den »offenen Rücken« als eine für das damit geborene Kind und seine Familie »sehr tragische Angelegenheit« einordnete. »[B]esonders tragisch« sei dies, »weil man die offenen Rücken eigentlich sehr gut durch eine Prophylaxe mit dem Vitamin [...] *verhindern* könnte« (Wiederkehr 1999: 1267, Herv. d.V.). Weiter ging er auf den mangelnden Wissensstand der Frauen ein – ein weiteres typisches Argument. Er teilte den Ratskolleg:innen mit:

Denn es ist so, dass viele Schwangere gar nichts von dieser einfachen Prophylaxe wissen. Wüssten sie es, könnte man die offenen Rücken bei Neugeborenen *vermeiden*. Aber wie kann man erreichen, dass die Frauen wissen, dass eine einfache

7 Mit einem Postulat wird der Bundesrat beauftragt, »zu prüfen und Bericht zu erstatten, ob ein Entwurf zu einem Erlass der Bundesversammlung vorzulegen oder eine Massnahme zu treffen« ist. Nach der Annahme durch den Rat wird das Postulat an den Bundesrat übergeben (Art 123 und 124 des Parlamentsgesetzes (ParlC)).

Einnahme von Folsäure *in den meisten Fällen dieses schreckliche Geburtsgebrechen* und damit auch die für die Allgemeinheit anfallenden Kosten verhindern kann? Denn die Kosten sind hoch. (Wiederkehr 1999: 1267, Herv. d.V.)

Wiederkehrs Ausführung enthält einerseits eine markante Stigmatisierung von Spina bifida und weist andererseits eine Komplexitätsreduktion in Bezug auf die Verbindung zwischen Folsäure und der Herausbildung einer Spina bifida auf, wenn er davon spricht, dass, wenn die Frauen doch nur besser aufgeklärt wären, die »offenen Rücken« zu »vermeiden« wären. Frankhauser übernahm die erste Wortmeldung als Bekämpferin, wobei sie ausgehend von sich selbst und von Familienmitgliedern, die an Allergien »leiden«, ein »Argument der Betroffenheit« einbrachte, wie sie es nennt. »[U]ngemein mühsam« sei es, herauszufinden, welche Zusätze in Nahrungsmitteln enthalten seien. Erstaunlich sei, »wie viele Sachen, die man für gesund hält, Allergien auslösen«. Das eine »Leid« könne nicht »korrigiert« werden, indem »neue Leiden« geschaffen würden (Frankhauser, in Wiederkehr 1999: 1267). Während Frankhauser darauf pochte, dass Massnahmen, die der Risikoreduzierung dienen, zugleich neue Risiken schaffen können, führte Yves Guisan, promovierter Mediziner, medizinwissenschaftliche Bedenken an. Seine Rede eröffnete er damit, dass die Prophylaxe von Neuralrohrfehlbildungen durch Folsäure umstritten (*discutable*) sei. Damit nimmt eine seltene Parole Einzug, wird der Effekt von Folsäure doch überwiegend für unumstritten gehalten. Guisan führte aus, worin die Uneindeutigkeit zu sehen ist. So sei vielmehr die Aufnahmefähigkeit von Folat im Darm in manchen Fällen ein Problem, was wiederum bedeute, dass die angestrebte orale Ergänzung nicht in der Lage sei, den Mangel zu beheben. Ferner sei die Folsäureanreicherung keine unproblematische Sache, da sie kostspielig sei und es nicht garantiert sei, dass alle Personen die angereicherten Produkte einnehmen würden.

Et tout ça pour un effet aléatoire sur une pathologie rare [...] qui a de multiples autres causes, et, qui plus est, elles ne sont pas toujours établies avec certitude. (Guisan, in Wiederkehr 1999: 1267)

Ausgehend von diesem Argument, dass es auch andere, nicht mit Sicherheit festzuhaltende Ursachen für die Bildung einer Spina bifida gebe, bat Guisan um Ablehnung des Postulats. Damit brachte der Nationalrat die bis heute ungeklärte Ätiologie einer Spina bifida in die Diskussion ein (siehe Kapitel 6.4). Die SP-Bundesrätin Ruth Dreifuss übernahm das Schlussvotum. Sie bedauere die Opposition gegenüber diesem »einfachen Postulat«, stimme aber zu, dass eine Anreicherung zu überprüfen sei. Auch erinnerte sie daran, dass Zusätze bereits »Wunder« bewirkt hätten und

verweist auf den Jodzusatz im Salz, mit dem der »Alpen-Kretinismus«⁸ (*crétinisme des Alpes*) habe »überwunden« (*surmonté*) werden können (Dreifuss, in Wiederkehr 1999: 1268). Das Postulat wurde mit 40 Ja- und 27 Nein-Stimmen an den Bundesrat überwiesen.

Infolgedessen hat das BAG die EEK damit beauftragt, eine Expert:innengruppe zu formieren, um diese im Postulat gestellte Frage zu überprüfen. Baerlocher, wissenschaftlicher Leiter der SFS, leitete die Gruppe, in der Monika Eichholzer, Ulrich Moser, Jörg Lüthy und Otmar Tönz mitgearbeitet haben. Der im Jahr 2002 publizierte »Expertenbericht« bespricht die individuelle und die flächendeckende Prophylaxe. Letztere schlägt er als den zu favorisierenden Weg vor. Dabei wird einmal mehr die (fehlende) Compliance von Frauen zum Argument gemacht.

Einsteigend wird im »Expertenbericht« erklärt, dass die individuelle Prophylaxe »eine bewusste Entscheidung und damit gute Kenntnisse und eine hohe Motivation« (Baerlocher et al. 2002: 9) der Frauen voraussetzt. Diese Bedingungen würden von der Zielgruppe aber ungenügend erfüllt (vgl. ebd.: 10, 46f.). Die individuelle Prophylaxe in Kapselform weise zwar die optimale Dosierung auf und stärke die »Eigenverantwortung für die Gesundheit von Mutter und Kind« (ebd.: 47), sie scheitere aber »an der fehlenden Compliance seitens der jungen Frauen« (ebd.: 46). Diese diskurstypische Ausführung beinhaltet den Vorwurf, dass Frauen eine falsche Verhaltensweise pflegen und der ihnen durch die Präventionspolitik zugeteilten Verantwortung ungenügend nachkommen.

Die Expert:innengruppe differenziert die »Zielgruppe« (alle gebärfähigen Frauen), indem sie in Bezug auf die Compliance eine »grösste[] Risikogruppe« hervorhebt: »Besonders schlecht ist die Compliance bei [...] der sozialen Unterschicht, Immigrantinnen etc. Nebst ungenügendem Wissensstand scheint ihnen das Risiko von 1 % subjektiv offenbar als zu gering.« (Baerlocher et al. 2002: 46) Wie in anderen Präventionsdiskursen werden hier »Immigrantinnen« und die »Unterschicht« zu den »Nicht-Aktivierbaren« oder »präventiven Nichtsnutzen« auserkoren (vgl. Niewöhner 2010: 318f.). Die »besonders schlechte« Compliance der »grössten Risikogruppe« wird auf ein ungenügendes Wissen und ein mangelndes Risikobewusstsein zurückgeführt. Ferner werden ökonomische Gründe als eine weitere Erklärung angeführt (vgl. Baerlocher et al. 2002: 46).⁹ Compliance bedeutet hier, dass die adressierten Frauen über ein Wissen verfügen müssen, das sie korrekt

8 Jod ist für die Produktion von Schilddrüsenhormonen wichtig. Wenn ein Mangel dieser Hormone vorliegt, kann es zu einem Kretinismus kommen, der u.a. mit Kleinwuchs, Unterentwicklung des menschlichen Hirns und Taubstummheit verbunden ist (siehe Als 2008).

9 Nicht alle Folsäurepräparate werden von den Krankenkassen übernommen. Zudem muss für eine Rückerstattung ein ärztliches Rezept eingeholt werden, was eine weitere finanzielle Belastung bedeutet.

einzustufen und auch umzusetzen haben. Wie kann sich aber ein Individuum zu einem Krankheitsrisiko verhalten? Was bedeutet solch ein Risiko?

Ein Krankheitsrisiko bedeutet eine statistische Wahrscheinlichkeit, wonach ein Individuum aufgrund von Verhaltensweisen, Erbanlagen oder Umweltfaktoren eine Krankheit entwickelt (vgl. Sarasin 2011: 44). Ein Risiko dient dazu, eine rein theoretische Möglichkeit in die Gegenwart zu bringen. Über die Eintrittswahrscheinlichkeit im Einzelfall sagt ein Risiko aber nichts aus, es bleibt also immer abstrakt. Von den adressierten gebärfähigen Frauen wird gefordert, dass sie sich zu einer statistischen Wahrscheinlichkeit verhalten, wobei es im Sinne der Prävention *de facto* nur ein richtiges Verhalten gibt: Dem Risiko soll mit einer entsprechenden Prophylaxe entgegengewirkt werden. Frauen sollen eine potenzielle Krankheit in ihren Verantwortungsbereich holen: »Risikomanagerin« (Samerski 2002) sollten sie sein.

Die Expert:innengruppe argumentiert, dass die flächendeckende Anreicherung aufgrund der »fehlenden Compliance« gegenüber der individuellen Prophylaxe die beste Lösung sei, denn mit ihr würden auch die Risikogruppen erreicht (vgl. Baerlocher et al. 2002: 45). Hiermit wird die Verantwortung von der individuellen Ebene weggelenkt und an den Staat delegiert. Damit wird entgegen dem Trend hin zur *Verhaltensprävention*, die im Zuge der Risikofaktorenmodelle immer stärker gewichtet wird, die strukturelle Prävention, also die *Verhältnisprävention*, aufgerufen, mit der die Rahmenbedingungen der Lebensbereiche und die Umweltfaktoren möglichst risikoarm gestaltet werden sollten (siehe Timmermann 2010). Mit der Verlagerung von der individuellen zur staatlichen Zuständigkeit werden die Verantwortlichkeit für den eigenen Körper und der Entscheid gegen eine Folsäureprophylaxe streitig gemacht. Die direkte Intervention in den gesamten Bevölkerungskörper wird durch das Nichtgreifen der präventiven Massnahmen auf individueller Ebene legitimiert. Wie bereits im Rahmen der »sanften« Anreicherung ausgeführt, erklärt auch die Expert:innengruppe, dass trotz der Anreicherung weiterhin eine Individualprophylaxe, nun anstatt 0,4 mg noch 0,2 mg, erfolgen müsste (vgl. Baerlocher et al. 2002: 47f.).

Aus »wissenschaftlich-medizinischen und gesundheitspräventiven Gründen« (ebd.: 62) spricht sich die Expert:innengruppe für die Anreicherung aus. Empfohlen wird allerdings nicht nur Folsäure, sondern auch ein Zusatz von Vitamin B₁₂. Zum einen habe dieses Vitamin ebenso eine prophylaktische Wirkung für Neuralrohrfehlbildungen (vgl. ebd.: 10). Zum anderen seien die beiden Vitamine miteinander verknüpft, sodass bei einer Person, die einen Vitamin-B₁₂-Mangel habe und nun mehr Folsäure erhalte, das Diagnostikum für ihren Mangel verdeckt werden könnte (vgl. ebd.: 26). Baerlocher (vgl. #163ff.) erläutert im Interview, dass letzterer Punkt erkläre, weshalb sich die Anreicherung in Europa – anders als in Nord-, Mittel- und

Südamerika (vgl. Rissmann 2018: 12) – bisher nicht durchsetzen konnte. Dass neben dem fehlenden Diagnostikum weitere Argumente hineinspielten, sodass die Empfehlung der Expert:innengruppe nie umgesetzt wurde, ist dem weiteren Verlauf des Geschäfts zu entnehmen.

Der Vorwurf einer »Zwangsmedikation«

Im Frühjahr 2002 stellte die Expert:innengruppe ihren Bericht der EEK vor, der gutgeheissen wurde. Die Empfehlungen wurden daraufhin mit einem vom BAG im Jahr 2004 in Auftrag gegebenen Rechtsgutachten auf ihre juristische Durchführbarkeit überprüft.

Die Vermutung von Tönz und Lüthy, dass die flächendeckende Prophylaxe von manchen Personen als »Nahrungsdiktat« und »unverhältnismässige Freiheitsbeschränkung« empfunden werden könne, sollte sich mit dem Rechtsgutachten bewahrheiten. So kommen der Rechtsanwalt Christoph Zenger und die Rechtsanwältin Lilian Ischi zum Schluss, dass in der Schweiz die gesetzliche Grundlage fehle, um Mehl mit Folsäure anzureichern (vgl. Zenger/Ischi 2006: 119). Die empfohlene Massnahme wird deshalb als »Zwangsmassnahme« und »Zwangsmedikation« eingestuft.

Veranlasst durch die staatlichen Behörden und vermittelt durch die Verpflichtung der Anbieter, wird mithin der Konsum erhöhter Folsäuremengen durch die betroffene Bevölkerung erzwungen. Der Zwangskonsum ist eine mittelbare Wirkung behördlichen Handelns, eine Wirkung, die sich indirekt ergibt, aber nicht in Gestalt einer Neben-, sondern der hauptsächlich beabsichtigten Wirkung. Daher sind »obligate« Folsäurezusätze bezogen auf die betroffene Bevölkerung als Zwangsmassnahme einzuordnen. Weil der Zweck in der Krankheitsverhütung durch ein (medizinisch indiziertes) Einwirken auf den menschlichen Organismus mit einem Stoff chemischen oder biologischen Ursprungs besteht, ist die Massnahme überdies als Zwangsmedikation zu qualifizieren. (Zenger/Ischi 2006: 20)

Kritisiert wird, dass ein Grundnahrungsmittel, das potenziell von der Gesamtbevölkerung konsumiert wird, zugunsten einer medizinischen Prävention mit einem Stoff angereichert würde. Hierdurch würde ein Basiselement der Ernährung in den Bereich medizinischer Zuständigkeit gelangen, womit ein Prozess angesprochen ist, der gemeinhin als Medikalisierung verstanden wird (vgl. Conrad 1992: 211). Die juristische Einordnung als eine »Zwangsmedikation« traf bei Tönz auf Unverständnis und Empörung:

Darf die Optimierung der Versorgung mit einem primordialen Vitalstoff, ohne den Leben in keiner Form denkbar ist – keine einzige Zellteilung! –, als »Medikation« bezeichnet werden und die Sorge um eine adäquate Zufuhr als Zwang statt

als »Versorgungsgarantie«? [...] Wir leben heute – leider – in einer individualistischen Gesellschaft. Selbstbestimmungsrecht steht auch für den Juristen über dem Allgemeinwohl. (Tönz 2007: 29)

Tönz reflektiert den Begriff »Zwangsmedikation« aus einem präventionspolitischen Denkstil. Als gesundheitspolitisch engagierter Arzt versteht er die flächendeckende Folsäureprophylaxe als eine optimierte »Versorgungsgarantie«. Klar wird, wie verschieden der Befürworter und die Autor:innen des Rechtsgutachtens über den Gegenstand denken. Hinsichtlich der Prophylaxe verfügen sie über ungleiche Sehweisen, da sie anderen Denkkollektiven angehören. Die Lücke, die zwischen den beiden Welten entsteht, rührt daher, dass die Logik der Präventionsbefürworter auf die Eintrittsmöglichkeit ausgerichtet ist. Prävention ist von der Möglichkeit her organisiert und wird jeder anderen Betrachtungsweise übergeordnet: Das Nichteintreten der Möglichkeit wird in diesem Denken ausgeblendet. So soll sich das Verhalten gebärfähiger Frauen an der Möglichkeit einer Schwangerschaft und einer dabei eintretenden fetalen Fehlbildung orientieren.

Der von Tönz eingebrachte Begriff der »Versorgungsgarantie« besitzt eine rhetorische Kraft, ist aber für den Sachverhalt unzulänglich. So gibt es nicht nur keine Garantie, dass alle Frauen angereicherte Produkte konsumieren, auch ist im Falle einer Konsumation nicht garantiert, dass alle Frauenkörper die Folsäure gleichermassen aufnehmen und umsetzen. Ferner ist nicht garantiert, dass Folsäure eine jede Neuralrohrfehlbildung »verhindert« (siehe Kapitel 6.4). Die von Tönz präsentierte Gegenüberstellung der »Selbstbestimmung« und des »Allgemeinwohls« ist ein weiteres Argument, das die Diskussionen zur flächendeckenden Prophylaxe prägt. Das Allgemeinwohl wird aus Sicht der Befürworter sowohl medizinisch als auch ökonomisch gefasst. Medizinisch gesehen sei das sogenannte »Lebensvitamin« nicht nur für die fetale Entwicklung wichtig, sondern es reduziere das Risiko für Demenz, Asthma und Allergien, helfe Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorzubeugen, verbessere die Spermienqualität und halte die Haut »länger straff und jung« (SFS 2018a: 12f.). Jeder:r würde von einer Beigabe profitieren, so die SFS. Auch dies setzt voraus, dass alle Personen Mehlprodukte konsumieren und alle Körper Folsäure aufnehmen können. Ökonomisch wird das Allgemeinwohl in Hinblick auf die »für die Gesellschaft erhebliche finanzielle Belastung[]« (Tönz/Lüthy 1996: 569) ausgelegt, die durch Neuralrohrfehlbildungen entsteht. Das Argument des Allgemeinwohls greift auch Erich Meyer, Geschäftsführer und Initiator der SFS, auf, wenn er von seiner persönlichen Reaktion auf das Rechtsgutachten erzählt:

[I]ch bin anno dazumal sehr [...] besorgt gewesen, dass gewisse Menschen der Meinung sind, dass man so etwas nicht tun sollte, weil es der freiheitlichen Entscheidungsfähigkeit widerspreche. [...] Wenn der Staat gewisse Massnahmen in einem Problemfall nicht vorschlägt, der allgemein anerkannt ist, dann setzen dies die

Leute [...] zu wenig um. Und ich finde es eine [betont] Anmassung von gewissen Leuten, die sagen: Das können wir nicht machen. Denn ebendiese Leute sollten eigentlich die Verantwortung übernehmen für das Leid, das entsteht, wenn man ein Kind mit Spina bifida hat. [...] eigentlich könnte man ja enorm viel Leid für Menschen vermeiden, mit einer sehr einfachen und anerkannten Massnahme. (Meyer, #507ff.)

Erneut zeigt sich, dass Verantwortungszuständigkeiten verhandelt werden und wie dabei ein zu verantwortendes »Leid« vorausgesetzt wird. So betont Meyer die Relevanz der staatlichen Verantwortung, da sie »enorm viel Leid für Menschen vermeiden« könne. Auch spricht er die Verantwortung von Personen an, die sich gegen eine Anreicherung ausgesprochen haben und deshalb das »Leid« zu »verantworten« haben. Welche Leute hat Meyer dabei im Blick?

Baerlocher berichtet, dass sich die Konsumentenorganisationen »mit Händen und Füßen« gegen eine Gesetzesänderung gewehrt hätten. Bereits als sie den »Expertenbericht« vorgestellt hätten, hätten sie die flächendeckende Prophylaxe als eine »Zwangsmassnahme« betitelt (vgl. #533ff.). Angesichts dieser Bezeichnung fragt sich Baerlocher, »wovor sie ihre Konsumenten eigentlich schützen, wenn sie gegen solche Sachen sind« (#543). Für Baerlocher ist klar, dass die Konsumentenorganisationen Frauen, Paare und Familien vor einem Kind mit einer Neuralrohrfehlbildung zu »schützen« haben. Auch das Rechtsgutachten spricht die Funktion des Konsumentenschutzes an, kommt aber auch hier zu einem anderen Schluss.

›Obligate‹ Folsäurezusätze könnte man nur dann als Vorkehr des Konsumentenschutzes verstehen, wenn man davon ausginge, dass KonsumentInnen nicht in der Lage sind, die Folgen des Konsums oder Nicht-Konsums bestimmter Lebensmittel bzw. der darin enthaltenen Stoffe zu berücksichtigen und darum auch die Belastungen als Folge der Unterlassung erhöhter Folsäure-Einnahme nicht erkennen könnten: Dafür wäre allerdings eine Komplexität oder der [sic!] Abstraktheit der Zusammenhänge vorausgesetzt, die den KonsumentInnen normalerweise eine freie Konsumwahl verunmöglichen. Diese Voraussetzung ist in casu nicht gegeben; bei hinreichender Aufklärung und Erziehung zu folgenbewusstem Ernährungsverhalten sind die Betroffenen im Normalfall durchaus in der Lage, die Zusammenhänge zwischen Folsäure-Versorgung und Krankheiten zu verstehen. (Zenger/Ilschi 2006: 77f.)

Argumentiert wird, dass Konsument:innen die Problemlage intellektuell erfassen und verantworten können und deshalb die Entscheidungsfreiheit betreffend Produktwahl haben sollten. Der Konsumentenschutz, wie er im Rechtsgutachten basierend auf Art. 97 der Bundesverfassung präsentiert wird, überträgt die Verantwortung an das Individuum, das über ein angemessenes Ernährungsverhalten »aufzuklären« und zu »erziehen« ist.

In der Folge des Rechtsgutachtens kam es zu einem weiteren Versuch, das Gesetz doch noch zu ändern. Die SP-Politikerin Liliane Maury Pasquier (2013) reichte im Jahr 2013 im Ständerat die Interpellation »Einnahme von Folsäure vor der Schwangerschaft« ein, mit der sie den Bundesrat bat, von den Effekten seiner Präventionskampagnen zu berichten und davon, ob er die Absicht habe, »ein Spezialgesetz zur Prävention« zu erarbeiten, um eine Anreicherung doch noch zu erreichen. Der Bundesrat teilte mit, dass der Gesetzesrahmen festgelegt und keine weitere Massnahme geplant sei. Der Staat zeigt sich damit im Folsäure-Präventionsregime bislang nicht in einer direkt intervenierenden Funktion, sondern stellt mit Broschüren, Faktenblättern und Empfehlungen eine »appellierende Instanz« (Sarasin 2011: 44) gegenüber der Zielgruppe dar, an der es nun liegt, ihr Verhalten entsprechend zu gestalten.

6.3 Medikalisierung des reproduktiven Frauenkörpers

Während die präventive Massnahme, die potenziell die Gesamtbevölkerung betrifft, auf Kritik gestossen ist, wird jene, die über den Frauenkörper richtet, bisher als unbedenklich und zumutbar eingestuft. Tönz und Lüthy formulierten zwar auch diesbezüglich mögliche Bedenken, die manche Personen haben könnten, brachten jedoch eine Begründung ein, mit der sie jegliche Bedenken beseitigten.

Die Massnahme [Individualprophylaxe, Anme. d.V.] mag manchem als »Medikalisierung« der Gesellschaft erscheinen, doch darf nicht übersehen werden, dass wir dieses Stadium mit der Verhütungspille bereits erreicht haben. Insgesamt müsste von der Frau das harmlos-gesunde Vitamin Folsäure unvergleichlich weniger lang eingenommen werden als der hormonelle Konzeptionsschutz. Es wäre lediglich zu postulieren, dass jede Frau beim Absetzen der »Anti-Baby-Pille« für einige Zeit, d.h. bis 8 Wochen nach erfolgter Konzeption, mit einer FS-Tablette weiterfährt. (Tönz/Lüthy 1996: 571)

Die Begründung der Autoren, weshalb die Medikalisierung unbedenklich sei, ist vor dem Hintergrund meiner Frage, wie sich das Präventionsregime herausbilden konnte, zu vertiefen. Ihre Argumentation basiert darauf, dass Frauen bereits die Antibabypille einnehmen und die Medikalisierung deshalb gewohnt sind. Damit halten sie diesen Konzeptionsschutz für selbstverständlich. Wird ihr Narrativ verfolgt, planen Frauen entweder keine Schwangerschaft und verhüten mit der »Pille« oder sie möchten schwanger werden und nehmen Folsäure ein. Mithilfe der selbstverständlich gewordenen »Pille« weisen sie jegliche Medikalisierungskritik an die Individualprophylaxe zurück. Dass die eine Medikalisierung die nächste legitimieren soll, fasse ich als einen schleichenden Prozess der Entproblematisierung auf. Was als

normal erachtet wird, wird nicht mehr länger hinterfragt und problematisiert, da es bereits hinreichend als eine Selbstverständlichkeit stabilisiert worden ist (vgl. Blumenberg 1981: 37). Inwiefern die »Pille« die Herausbildung des Präventionsregimes und mit ihr die bis heute anhaltende Individualprophylaxe unterstützt haben könnte, wird nun besprochen. Zu betonen ist, dass die im Zitat genannte Individualprophylaxe nicht die »Gesellschaft« betrifft, wie es Tönz und Lüthy schreiben, sondern eine aufgrund ihrer biologischen Möglichkeiten selektierte Bevölkerungsgruppe.

Von der »Pille« zur Folsäurekapsel

Die Antibabypille, die erstmals 1960 in den USA auf den Markt kam, galt einst als Symbol der Emanzipation und der sexuellen Befreiung der Frau. Mit der Neuen Frauenbewegung erfuhr die »Pille« in den 1970er-Jahren jedoch erstmals Kritik (vgl. Sichtermann 1996: 59ff.), weil sie den Frauenkörper medikalisiert habe. Damit ist gemeint, dass die Verhütung in eine medizinische Sache transformiert und die gesunde Frau zur Patientin gemacht wurde, die täglich eine Pille schluckt. Für die Pharmaindustrie ist diese Entwicklung hingegen lukrativ.¹⁰

Durch die Antibabypille wurde die tägliche Einnahme eines Präparates für viele Frauen zur Selbstverständlichkeit, trotz erheblichen Nebenwirkungen. Damit wurde nicht nur der Frauenkörper medikalisiert, sondern das damit verbundene Tun: Die scheinbar kleine Handlung des täglichen Pillenschluckens wurde normalisiert. Auf diesem tiefgreifenden und im Alltag für viele Frauen bereits unauffälligen Geschehen basiert die folgende Überzeugung von Tönz und Lüthy: Die tägliche Einnahme einer Folsäurekapsel sei für den ohnehin medikalisierten und an die Pille gewöhnten Körper unbedenklich. Diese bereits vorhandene Gewöhnung befördert bei den Autoren die Hoffnung, dass die Einnahme einer weiteren Pille von den Frauen compliant ausgeführt wird. Überdies handle es sich in diesem Fall um ein »harmlos-gesundes« Vitamin, womit Frauen sich selbst und dem potenziellen Ungeborenen etwas Gutes täten. Für die Autoren ist es normal, dass Frauen eine Pille verschrieben wird und sie diese regelmässig einnehmen. Barbara Duden hätte es im selben Jahr anlässlich der Ausstellung »Die Pille. Von der Lust und von der Liebe« im Deutschen Hygiene-Museum in Dresden nicht treffender beschreiben können: »Die Gewöhnung an die Pille hat symbolische Pionierarbeit geleistet.« (Duden 1996: 76) So ist sie die erste Pille, die von gesunden Frauen täglich eingenommen wird und die den physischen weiblichen Körper normalisiert: Der eigene Fruchtbarkeitszyklus wird unterdrückt und durch einen Normzyklus von 28 Tagen mit einer durch das Absetzen der »Pille« bedingten Abbruchblutung ersetzt (vgl. Rainer 2005: 181).

10 Dies bildet nur eine Erklärung, weshalb bis heute kein Äquivalent für Männer besteht. Über die »Pille« für den Mann als eine »technology in the making« schreibt die STS-Forscherin Nelly Oudshoorn (2003).

Die »Pille« hat den reproduktiven Frauenkörper medikalisiert und normalisiert. Mit ihr ist es normal geworden, den Frauenkörper für etwas »einzustellen« und »einzurichten«; er wurde zum »natural object for intervention« (Oudshoorn 2003: 4). Diese Entwicklung findet nicht nur mit der fetomaternalen Chirurgie eine Fortsetzung (vgl. Ploeg 2001: 36), sondern ist auch als eine Vorausleistung für die gesundheitspolitische Förderung und gesellschaftliche Akzeptanz der Individualprophylaxe einzuschätzen. Dass diese Massnahme keinen Medikalisierungsvorwurf erhielt, kann darauf zurückgeführt werden, dass sich die Folsäurekapsel als anschlussfähig an die etablierte Antibabypille erwiesen hat und so leise normalisiert wurde.¹¹

Das Zitat von Tönz und Lüthy verstehe ich als einen Versuch der Normalisierung der Folsäurekapsel auf Basis des bereits medikalisierten Frauenkörpers. Es ist ein Körper, der stets »eingrichtet« werden soll: Von der »Pille« zur Folsäurekapsel, und in den sogenannten Wechseljahren mögen weitere Pillen folgen. Normalisiert wird damit das Narrativ eines Frauenkörpers, der immer defizitär ist. Angestrebt wird ein »optimaler« und »richtig« eingestellter Körper, der nur unter aktivem Zutun zu erreichen ist. Das tägliche Schlucken eines Arzneimittels, das im Sinne der Präventivmedizin in einem fließenden Übergang in der Folsäurekapsel münden soll, ist weder unpolitisch noch unschuldig, sondern wirkt auf den Körper ein und bringt neue Körperrealitäten hervor. Dieser Sehweise folgend ist nicht entscheidend, ob es ein »harmlos-gesundes« Vitamin ist oder nicht, sondern dass überhaupt etwas eingenommen werden soll und dass diese Einnahme über eine sich im Alltag einschleichende Gewöhnung angestrebt wird, die zur Selbstverständlichkeit werden soll.

Wie die Gebärfähigkeit problematisiert wird

Dass nicht nur Frauen mit einem Kinderwunsch adressiert und in Verantwortung genommen werden, geht aus den Präventionskampagnen deutlich hervor. Auf die Frage, wer sich aktuell einer Prophylaxe unterziehen soll, findet Baerlocher im Frühling 2020 klare Worte: »Im Grunde soll dies jede Frau. Das Problem ist, [...] dass es immer noch ungeplante Schwangerschaften gibt und gewisse Frauen keine gezielte Folsäureprophylaxe durchführen können.« (#331ff.) Ungeplante Schwangerschaften werden als ein in der Prävention einkalkuliertes Problem verstanden. In der Präventionslogik ist das Ungeplante als Möglichkeit enthalten, auf das sich Frauen vorbereiten sollten. Dies führt zur Medikalisierung der Gebärfähigkeit von Frauen: Medizinische, gesellschaftliche und gesundheitspolitische Akteur:innen erklären die reproduktive Möglichkeit von Frauen zum Risiko und erteilen präventive Empfehlungen, um dieses Risiko zu minimieren. Dementsprechend stuft das BLV »alle Frauen«

11 Wiederum zeigt sich, wie wichtig die Anschlussfähigkeit für die Produktion von Selbstverständlichkeit ist, wie es bereits Orland (2001 und 2002) herausgestrichen hat und in Kapitel 4 besprochen wurde.

als eine »Risikogruppe« ein (Eichholzer et al. 2008: 59).¹² Der Körper, der menschliches »Leben« austrägt, wird als Gefahr und Risiko konzipiert. Diese Sehweise wird durch die Empfehlung des BLV an jene Frauen, die keine Schwangerschaft planen, verdeutlicht. Ihnen soll vermittelt werden,

[d]ass sich der Körper für eine Schwangerschaft vorbereitet, auch wenn die Frau nicht schwanger werden will; dass Folsäure eingenommen werden soll, damit der Körper bereit ist, wenn auch die Frau bereit ist. (<https://hcet.org/resource/postcofn/folicapst.html>, zit.n.: Eichholzer et al. 2008: 58)

»Bereit sein« ruft militärische Assoziationen hervor: Der Frauenkörper soll einsatzfähig und für ein fiktives Ungeborenes stets optimal eingerichtet sein.¹³ Das im Zitat bediente Narrativ sieht für die gebärfähige Frau vor, dass sie gewiss schwanger werden möchte und sich für diese Phase allzeit optimal vorzubereiten, sich in »Stellung« zu bringen hat. Damit werden Frauen restlos auf ihre reproduktiven Möglichkeiten reduziert, wobei ihre Körper primär schwanger und mütterlich gedacht werden, was an das Konstrukt des Frauenkörpers als »Container« erinnert (siehe Richard/Zaremba 2007).¹⁴

Dass das Präventionsregime der Problematik einer ungeplanten Schwangerschaft auch mit anderen Mitteln entgegenwirkt, zeigt sich mit der von Bayer Schering Pharma entwickelten Antibabypille, die Metafolin® enthält.¹⁵ Die US-amerikanische Aufsichtsbehörde Food and Drug Administration (FDA) liess im Septem-

12 Wie in der Publikation von Baerlocher et al. (2002) werden auch hier neben der Risikogruppe »Alle Frauen« gezielte Subgruppen gebildet, denen ein erhöhtes Risiko zukommt und mit weiteren Massnahmen zu begegnen sind: »Jugendliche«, »Frauen der sozialen Unterschicht«, »Migrantinnen/Ausländerinnen« und »Frauen, die keine Tablette einnehmen möchten« (Eichholzer et al. 2008: 59).

13 Susan Sontag führt aus, wie die Kriegsmetaphorik angesichts der »Bekämpfung« einzelner Krankheiten missbraucht wird. Damit werde eine Krankheit selbst dämonisiert und stigmatisiert, was wiederum zu einer Schuldzuschreibung gegenüber den Patient:innen und deren Stigmatisierung führe (vgl. Sontag 1989: 11f.).

14 Dass der weibliche Körper diskursiv und visuell als Vorrat oder Behälter konstruiert wird, halten Richard und Zaremba in ihrer Arbeit zu medizinischen Bildern im Internet fest. Zwei Konstruktionen treten wiederkehrend auf: Zum einen wird der weibliche Körper als eine »HÜLE« – eine makellose und jugendliche Oberfläche – dargestellt und zum anderen als ein potenziell mütterlicher Körper, der als Behälter oder Gefäss für das Ungeborene fungiert. In letzterem Zusammenhang sprechen die Autorinnen von einem »CONTAINER« (vgl. Richard/Zaremba 2007: 9 und 31, Herv. i.O.). Im untersuchten Diskurs wird der Folat- und Folsäurewert des Frauenkörpers als Vorrat für ein fiktives Ungeborenes gedacht.

15 Metafolin® – eine Calciumverbindung von 5-Methyltetrahydrofolat – ist die biologische aktive Folatform, die für den Körper besser verfügbar ist als die synthetische Folsäure. Für die Aufnahme von Folsäure müssen im Organismus Umwandlungsschritte erfolgen, bis die Wirkform vorhanden ist (vgl. Deutsche Apotheker Zeitung 2006: 46).

ber 2010 die Pille Beyaz zu und zwei Monate später folgte die zweite angereicherte Pille Safyral (vgl. Pharmazeutische Zeitung 2010). Auf diesem Weg transformierte sich die Antibabypille in eine »Pro-Health-Baby-Pille«. Intrikat ist, dass die Einnahme der »gewöhnlichen« Antibabypille zugleich dazu führt, dass Folat im Darm nicht genügend gut umgesetzt wird, weshalb sie »Folsäure-Räuberin« genannt wird. Das SFS-Magazin schreibt dazu, dass »[v]ielen Frauen [...] dieser Zusammenhang leider nicht klar« (SFS 2008: 6) sei. Frauen haben also auch über ihren durch die »Pille« aus dem Gleichgewicht gebrachten Folatwert Bescheid zu wissen. Es mag kaum überraschen, dass die SFS die angereicherte Pille als »verantwortungsvolle Verhütung« (SFS 2011c: 8) begrüsst. Damit werden Frauen paradoxerweise auch dann für die Gesundheit eines potenziellen Ungeborenen verantwortlich gemacht, wenn sie die »Pille« einnehmen, um nicht schwanger zu werden. Selbstverständlich können Frauen eine »Pille« wählen, die nicht angereichert ist. Die Wahlmöglichkeit bleibt vorhanden, es besteht nun aber zusätzlich der Druck, sich für ein im Sinne der Prävention »verantwortliches« orales Kontrazeptivum zu entscheiden.

Wenn Frauen unabhängig von einem Kinderwunsch zu einer Lebensführung zugunsten eines fiktiven Ungeborenen aufgefordert werden, ist dies als biologische und genderbedingte Diskriminierung einzuordnen (vgl. McLean 1998: 252). Wird das präventivmedizinische Narrativ weitergedacht, müssten beispielsweise alle gebärfähigen Frauen stets auf Alkohol verzichten, um einem fetalen Alkoholsyndrom vorzubeugen. Die Soziologin Elizabeth Ettorre sieht darin einen »reproduktiven Asketismus« (2002: 246). Problematisch ist, dass damit gebärfähigen Frauen eine bestimmte Lebensführung nahegelegt wird, wodurch ein Handlungsdruck entsteht: Sie sollten wissen, was das »richtige« Verhalten sei. Solche Verhaltensempfehlungen sind immer von moralisch wertenden Normalitätserwartungen begleitet.

Wird versucht, aus der Frage, wer oder was im Präventionsregime medikalisiert wird, ein Resümee zu ziehen, lässt sich konstatieren, dass nicht die Frau, das vulnerabel konzipierte Ungeborene oder die Gesundheit des künftigen Kinds im Fokus steht. Problematisiert und medikalisiert wird die reproduktive Möglichkeit des Frauenkörpers. Eine unvorbereitete Schwangerschaft wird zur Gefahr für die Gesundheit des Ungeborenen erklärt. Da die Präventivmedizin nun aber entsprechende Mittel und Wissen bereitstellt und diese scheinbar nur noch von der adressierten Zielgruppe zu ergreifen und »richtig« umzusetzen sind, wird die lauernde Gefahr in ein handhabbares Risiko verwandelt.¹⁶

16 Auf die Differenz von Gefahr und Risiko in Verbindung zur Prävention weist Bröckling (vgl. 2008: 40) in Anlehnung an Luhmann (1991 und 2005) hin. Sobald präventives Handeln im Jetzt erfolgt, werden künftige Gefahren in kalkulierte Risiken transformiert.

6.4 Herstellung reproduktiver Bürgerinnenschaft

Der Sozialanthropologe Jörg Niewöhner konstatiert, dass die sozialwissenschaftliche Literatur in der Prävention der 1990er-Jahre eine gouvernementale Logik sieht, also eine »Logik, die auf Regulierung durch Selbstsorge« (Niewöhner 2010: 309) abzielt. Dem Präventionsregime rund um die Folsäure könnte solch eine Logik zugesprochen werden, verlangt sie doch von ihrer Zielgruppe ein eigenverantwortliches Verhalten. Wird die gouvernementale Logik aber den vielfältigen Relationen gerecht, in denen sich die Folsäureprävention realisiert? Mit dem foucaultschen Kunstwort *Gouvernementalität* wird die Regulierung durch Selbstführung verstanden. In einem solch »aktivierenden Staat« (ebd.: 320) wird die Bevölkerung als zentrale Zielscheibe und als Zweck der Regierung verstanden, die »direkt durch Kampagnen oder [...] indirekt durch Techniken beeinflusst« (Foucault 2014a: 158) wird. Die Frage nach den konkreten Aushandlungen aufseiten der anvisierten Gruppe bleibt dabei weitgehend unbeantwortet – und genau die soll nun vertieft sein. Werden die Aushandlungen aufseiten der Adressatinnen näher angeschaut, wird deutlich, dass sich die untersuchte Praxis nicht einfach durch eine gouvernementale Logik beschreiben lässt. Die vielfältigen Sozialbeziehungen, in denen von den gebärfähigen Frauen ein compliantes Verhalten verlangt wird, sind nun darzulegen. Dass die anvisierte Regulierung durch Selbstführung nicht lückenlos gelingt, verweist darauf, dass Compliance nicht ohne Aushandlung herzustellen und keine Selbstläuferin ist. Wie die präventiven Empfehlungen zu einer »Schuldfrage« und einer Verunsicherung bei ihren Adressatinnen führen können, ist angesichts der multifaktoriellen Ätiologie einer Spina bifida abschliessend zu besprechen.

Mit Erziehung und Aufklärung zur complianten Umsetzung des »richtigen Wegs«

Compliance begreife ich hier primär als ein soziales Phänomen, und nicht als medizinisches Konzept. Denn die präventivmedizinischen Empfehlungen werden nicht nur von ärztlichen oder staatlichen Akteur:innen kommuniziert. So erklärt das BLV Gratiszeitungen, Fachzeitschriften, Ernährungsberatungen, Drogerien, Apotheken, Schulen, Freund:innen, Prominente und Antibabypillen-Hersteller zu Botschafter:innen, um eine »Verbesserung der Einnahme von Folsäuresupplementen zur NRD-Prophylaxe« (Eichholzer et al. 2008: 59) zu erzielen.¹⁷ Solch eine Rollenzuschreibung lässt sich auf dem Deckblatt eines SFS-Magazins finden. Der Bildschirm eines Handys ist mit einem Chatverlauf abgebildet. Es unterhalten sich vermutlich zwei Freundinnen: »Ich wünsche mir ein Baby.« – »Dann denk an

17 NRD ist die Abkürzung für Neuralrohrdefekt.

Folsäure, Anja!« – »Mach ich, mein Arzt hat mich schon informiert.« (SFS 2011a) Vertrauenspersonen wie Freundinnen sollten die Botschaft der Prophylaxe verbreiten. Diese Aufklärung soll beiläufiger als jene durch Ärzt:innen erfolgen. Die SFS agiert mit ihren multimedialen Kampagnen, damit möglichst viele Leute die Botschaft an die gebärfähigen Frauen weitertragen. So warnt sie: »Don't be a Folsäure fool!« und versorgt die Leser:innen mit dem, »[w]as man über Folsäure wissen sollte.« (SFS 2018a: 12f.) Für Tönz ist klar, »junge[] Frauen [müssen] zur Selbstständigkeit erzogen werden« (2007: 29), damit sie die Prophylaxe korrekt einnehmen.

Die Gesundheitserziehung beruht auf einer »asymmetrischen Kommunikationssituation« (Haug 1991: 31), die ein »Verhältnis zwischen Erzieher und Edukanden« (ebd.: 25) voraussetzt. Während den Patient:innen damit eine Unmündigkeit und Erziehungsbedürftigkeit zugesprochen wird, nehmen Ärzt:innen eine belehrende und führende Position ein (vgl. ebd.: 31). Dem gegenüber steht das Konzept der Gesundheitsbildung, mit dem ein selbstbestimmtes Gesundheitsbewusstsein gefördert wird (vgl. A. Koch 1991). Gesundheit wird darin als eine »kulturelle Leistung« verstanden, die nicht (nur) über die Informationsvermittlung zu erlangen ist. Eher sei das Wissen in ein »sinnvolles Verhalten« zu übersetzen (vgl. Raithel et al. 2009: 237). Ähnlich verlangt das BAG von der Bevölkerung, dass sie sich »gesundheitskompetent« verhalten soll. Dies sei »die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken.« (BAG 2020) Die Konzepte vereint, dass Gesundheit als etwas verstanden wird, was nicht einfach da ist, sondern was jede:r Einzelne für sich selbst zu erarbeiten hat. Gesundheit scheint ohne Bildung nicht möglich. Wenn Tönz nun fordert, dass Frauen »zur Selbstständigkeit [zu] erziehen« sind, ruft er nur scheinbar zur Selbstbestimmtheit auf, denn er hat die selbstverpflichtete Übernahme einer definierten Lebensführung im Blick. Es zeichnet sich ab, dass das Zuschreiben von Selbstbestimmung mit einem »Pflichtenkatalog« durchkreuzt wird (vgl. Lemke/Wehling 2013: 51). Wie und warum Frauen zu »erziehen« sind, begründet Tönz wie folgt:

Sie [die gebärfähigen Frauen, Anme. d.V.] selber sollten sich das Medikament besorgen: beim Absetzen der Verhütungspille direkter Übergang zur Vitaminpille! Dem Apotheker fällt dabei eine wichtige Rolle in der Beratung zu. Das Abwarten einer ärztlichen Verordnung ist meistens gleichbedeutend mit einem *verspäteten* Behandlungsbeginn. (Tönz 2007: 29, Herv. d.V.)

Dem Apotheker wird die Rolle eines Erziehers oder Botschafters zugeteilt. Seine Rolle ist deshalb so wichtig, da er einer »verspäteten« Einnahme entgegenwirken kann. Dass die Grenzen von Gesundheit und Krankheit in der Rationalität dieser einzuhaltenden idealtypischen Lebensführung verwischt werden, hält der Historiker Philipp Sarasin fest:

Dies nicht nur, weil nicht mehr klar ist, wann die Krankheit beginnt – sie beginnt gemäss dieser Vorstellung schon bei der *falschen Steuerung* der relevanten Faktoren, ohne das [sic!] die Krankheit sich zu manifestieren bräuchte. (Sarasin 2011: 44, Herv. d.V.)

Wie heikel es ist, von einer ›richtigen‹ und ›falschen‹ Steuerung auszugehen, wird später vertieft. Festzuhalten ist aber, dass die Präventionskampagnen jeweils die ›richtige‹ Steuerung (Zeitpunkt und Dosierung) hervorheben. So zeigt der Titel »Für einen gesunden Start ins Leben« eines SFS-Artikels (2012: 5) den Frauen den ›richtigen‹ Weg an, um deren Kindern einen »gesunden Start« ins Leben zu ermöglichen. Einsteigend wird die mit dem Elternwerden einhergehende »grosse Verantwortung« adressiert (ebd.). Frauenärzt:innen würden den Schwangeren nicht nur raten, auf Alkohol und Nikotin zu verzichten, sondern auch auf die Folsäure hinweisen, da sie für die Gesundheit des Embryos entscheidend sei (vgl. ebd.). Bemängelt wird, dass »[t]rotz dieser Gefahr [Spina bifida, Anme. d.V.] und der offiziellen Empfehlung des Bundesamtes für Gesundheit [...] noch immer über die Hälfte der Frauen zu spät zu Folsäure-Kapseln« (ebd., Herv. d.V.) greifen. Diese Frauen schlagen also einen ›falschen‹ Weg ein, der nicht der »grossen Verantwortung« entspricht, die eine Frau mit Kinderwunsch zu übernehmen hat. Die Adressatinnen werden vor der Möglichkeit gewarnt, dass ihnen respektive ihrem Ungeborenen etwas zustossen kann, wenn sie nicht »alles richtig machen« (ebd.). In derselben Sprache operierend bekräftigt der Artikel »Vorsicht, Fehlstart!« (SFS 2018c: 9) die Idee einer ›falschen‹ Steuerung. Frauen können etwas ›falsch‹ machen, und z. B. den »idealen Startzeitpunkt« (ebd.) verpassen, der oft vor einem formulierten Kinderwunsch da sei. Die präventive Semantik eignet sich die von Sarasin formulierte »falsche Steuerung« bewusst an. Ein möglicher »Geburtsfehler« eines fiktiven Ungeborenen soll im Alltag gebärfähiger Frauen stets präsent sein, um den ›richtigen‹ Weg zu verfolgen. Die Formulierung »zu spät« der SFS verstärkt die Idee einer geplanten Reproduktion, für die der Frauenkörper respektive ihr Folat- und Folsäurewert im Sinne eines »Vorrates« rechtzeitig aufzufüllen ist. Pointiert formuliert lautet die Botschaft: Wenn sich die Frauen nicht um ihren »Vorrat« kümmern, ist es »für einen gesunden Start ins Leben« des Nachkommens »zu spät«.

Der Spielraum für die Adressatin ist in der präventiven Rationalität, die paternalistisch-erzieherisch funktioniert, beschränkt: Sie kann entweder den ›richtigen‹ Weg für einen »gesunden Start« einschlagen oder einen »Fehlstart« begehen. Hinsichtlich der Dauer und der Dosis der Einnahme ist keine Verhandlung vorgesehen – die ›richtige‹ Lebensführung ist vorgegeben. Dennoch wäre es falsch zu sagen, dass die anvisierten Frauen durch den Staat selbstführend regiert oder gelenkt werden. Zumal deutlich wurde, dass längst nicht nur der Staat und ein zu erziehendes Subjekt involviert sind: Das Risiko einer fetalen Neuralrohrfehlbildung zu managen, gilt als eine gesamtgesellschaftliche Handlungsnorm. Das Präventionsregime

ist verteilt und dezentral organisiert. Einmal konfrontiert mit der Verhaltensempfehlung, sehen sich Frauen unweigerlich zu einer Haltung aufgefordert. Dass die paternalistische Erziehung gerade nicht lückenlos gelingt, verstärkt mein Argument, dass die Frauen weit mehr denn »Zielscheibe« einer Prävention sind.

Zur Beschaffenheit des Wissens

Bevor ich darauf eingehe, wie die Adressatinnen die Empfehlungen aushandelnd wahrnehmen, ist die Beschaffenheit des vermittelten Wissens in der Rückschau bisheriger Ausführungen zu präzisieren. Zunächst wird ein Expertenwissen der Ernährungswissenschaften und der Präventivmedizin behandelt. Wie dargelegt, wurde der Folat- und später der Folsäurewert von schwangeren und gebärfähigen Frauen mittels Tierexperimente und klinischer Beobachtungen problematisiert und ein Mangel als das zu behebende Problem deklariert. Die Problematisierung des Folat- und Folsäurewerts in Verbindung mit fetalen Neuralrohrfehlbildungen hat sich als faktisches Wissen weitgehend stabilisiert. Es ist ein wissenschaftliches Wissen, das in unserer Gesellschaft per se als wissenswert gilt (vgl. Hoffmann 2013: 48ff.). Damit weist diese Wissensform eine besondere Qualität auf: Wir schenken ihr grundsätzlich Glauben und Vertrauen. Das wissenschaftliche Wissen wird nach aussen getragen und übt dort einen Druck aus. Dieser Druck lässt sich mit Hoffmann als »sanften Druck« begreifen, der durch die »Faktengewalt« entsteht (vgl. ebd.: 61). Unter »Faktengewalt« versteht der Wissenschaftsforscher zum einen Situationen, in denen wissenschaftliche Fakten verwendet werden, um ein bestimmtes Verhalten zu fördern, und zum anderen solche, in denen die Fakten von ihren Bedingungen und Umständen »entkleidet« werden, um ihnen Wirksamkeit zu verleihen (vgl. ebd.: 57f.). Ähnliches ist für die Präventionskampagnen festzuhalten: Sie teilen jeweils nicht mit, unter welchen Bedingungen sich ein Folat- oder Folsäuremangel artikuliert, sondern nur, wie dem mit Forschungsergebnissen belegten Mangel entgegenzutreten ist. Formulierungen, wie »es ist wissenschaftlich empfohlen« oder »eine Studie hat gezeigt«, sind für die Faktengewalt typisch (vgl. Hoffmann 2013: 60) und vermögen bei der Leser:innenschaft einen Druck aufzubauen.

Das wissenschaftliche Wissen wird weiter in einem öffentlichkeitswirksamen Narrativ als ein zu wissendes Allgemeinwissen präsentiert. Dass das Duo Folsäure und Kinderwunsch Allgemeinwissen sei, teilt Maria Walliser, Botschafterin und Präsidentin der SFS, mit (vgl. SFS 2018b: 3). Die ehemalige Schweizer Skirennfahrerin brachte das Thema Spina bifida durch ihre Tochter Siri, die mit einer Spina bifida zur Welt kam, in die Öffentlichkeit. Meyer erklärt, dass Walliser »die ideale Person in der Schweiz« sei, »um mit relativ wenig Geld, aber in kurzer Zeit diese Botschaft vom Lebensvitamin ins Herz der Leute zu bringen« (#658f.). Die von der SFS gezielt eingesetzte Emotionalisierung entspricht einem klassischen Marketinginstrument. Leser:innen werden auf einer emotionalen Ebene angesprochen,

wobei Sprachbilder wie »Leid vermeiden« und typisches Bildmaterial verwendet wird. Das präventivmedizinische Expertenwissen wird bewusst in Szene gesetzt, was bei den Leser:innen etwas auszulösen vermag. Dies stellt die zweite Qualität des Wissens dar. Die präventive Semantik ist nicht zufällig; sie verstärkt die Botschaft und basiert vermutlich selbst auf Ergebnissen der Marketingforschung. Wiederkehrende Formulierungen sind auszumachen, die sich auf Sprachbilder wie »Leid« (Tönz/Lüthy 1996: 569), »Gefahr« (SFS 2012: 5), »Unheil« (Tönz/Lüthy 1996: 572), »Fehlstart« (SFS 2018c: 8), »Problemfall« (Meyer, #610) stützen und abwechselnd in Verbindung mit »schütz[en]« (Eichholzer et al. 2008: 40), »verhüte[n]« (Tönz 2007: 24), »vermeiden« (SFS 2019: 9) oder »Verhinderung« (SFS 2020: 4) verwendet werden. Das wiederkehrende Sprachbild »Leid« legt jeweils nahe, dass das durch eine unterlassene Prophylaxe entstandene »Leid« zu verantworten sei oder dass Frauen durch eine »richtige« Prophylaxe ein »Leid« »vermeiden«, »verhindern« oder »verhüten« könnten. Mit dieser ableistischen Sprache werden Neuralrohrföhlbildungen dramatisiert und stigmatisiert.¹⁸ Denn ob eine Person mit Spina bifida leidet, kann nur sie selbst sagen. In den präventiven Formulierungen wird das Leid jedoch immer vorausgesetzt. Zudem befördern Verben wie »verhindern« als Konnex von Folsäure und Spina bifida eine Komplexitätsreduktion, indem eine statistische Wahrscheinlichkeit als eine im Einzelfall gültige Sicherheit und ein komplexer Sachverhalt in eine eindimensionale Sache verwandelt wird (vgl. Liebert 2002: 362ff.).¹⁹ In der präventiven Semantik wird das Risiko einer Spina bifida auf einen Folsäuremangel reduziert und erhält mit dem Frauenkörper einen konkreten Ort. Solch präventive Semantiken schaffen Realitäten und sind nie apolitisch. Die Worte bewirken etwas, das zwar auch das Ziel der Prävention ist, aber durchaus heikel bleibt.

Auch wenn die Empfehlungen von den Macher:innen der Präventionskampagnen als Allgemeinwissen deklariert werden, bleibt es ein zu erlernendes Wissen, denn weder der Folat-/Folsäuremangel noch das Risiko für einen Geburtsfehler sind somatisch erfahrbare. Frauen spüren nicht, dass ihnen täglich 0,4 mg Folsäure für eine prospektive Schwangerschaft »fehlen«. Es bleibt ein abstraktes Wissen über den eigenen für defizitär erklärten Körper, über das ihre Besitzerin »aufzuklären« ist.

18 Mit dem Begriff Ableismus werden jene (Benennungs-)Praktiken gemeint, mit denen Menschen mit Behinderung als minderwertig respektive nicht der »Norm« entsprechend adressiert werden.

19 Der Sprach- und Kulturwissenschaftler Wolf-Andreas Liebert hält zudem fest, dass bei der Transformation wissenschaftlicher Ergebnisse in öffentlichkeitswirksame Texte drei Muster zu erkennen sind: »Vorläufiges wird endgültig«, »Uneindeutiges wird eindeutig« und »Wahrscheinliches wird sicher« (2002: 362ff.).

»Ich dachte, ich wäre geschützt«

Wie verhandeln nun die Adressatinnen dieses präventivmedizinische Wissen? Was kann es bei ihnen nach Erhalt der Diagnose Spina bifida für ihr Ungeborenes auslösen? Diese Fragen gilt es zu besprechen, wozu ich auf die Pränatalstation der Schweizer Klinik zurückkehre. Dort tauschen sich die Schwangeren über das »Lebensvitamin« aus. Dabei werden zwei Aspekte oft adressiert: das Gefühl des »Geschütztseins« und die »Schuldfrage«.²⁰ Ohne dass ich danach gefragt hatte, erzählte mir Frau Widmer bei einem Feldbesuch von ihrer eigenen Prophylaxe:

[Widmer, Wiedereintritt #8] Bereits vor der Feststellung der Schwangerschaft habe sie Folsäure eingenommen. Dies sei wichtig, so Widmer, denn eine Spina bifida bilde sich bereits in den ersten 30 Tagen der Schwangerschaft. *Das wusste ich auch nicht zuvor, dass das bereits so früh ist*, fügt sie an. Es gebe einige Frauen, die erst nach der Feststellung der Schwangerschaft das Präparat zu sich nähmen, *dann ist es aber bereits zu spät*. Ich frage nach, ob sie mit der Einnahme von Folsäure eine Verbindung zu Spina bifida gemacht habe. *Ja, also ich dachte schon, dass ich jetzt dagegen geschützt bin. Und auch viele Freundinnen und Bekannte denken, dass man dann geschützt ist*, erklärt sie. [...] Frau Widmer erinnert sich, dass ihr Frauenarzt sie gefragt habe, ob sie die Folsäure regelmässig und bereits vor der Schwangerschaft eingenommen habe. Und auch Bekannte hätten sie danach gefragt, *die Mehrheit geht davon aus, dass man mit der Folsäure geschützt ist*.

Wir erfahren, dass Frau Widmer die »richtige« präventivmedizinische Verhaltensempfehlung kannte und umsetzte. Indem sie erklärt, dass manche mit der Prophylaxe »zu spät« beginnen, übernimmt sie die Sprache der Präventionskampagnen. Bemerkenswert an ihrer Ausführung ist, dass sie weiter von einem »Schutz« spricht. Sie dachte, sie wäre davor – womit sie Spina bifida meint – geschützt. Mit dem Wissen um die präventive Semantik mag einen kaum verwundern, dass ein solches Gefühl bei den Adressatinnen entstehen kann. Nicht nur gesundheitspolitische Broschüren vermitteln, dass Frauen die »normale embryonale Entwicklung des Kindes« (Eichholzer et al. 2008: 3) in grossem Masse beeinflussen können, auch wird dies in Fachzeitschriften kultiviert:

Die Tragik der Geburt eines so schwer behinderten Kindes wird noch grösser, wenn man weiss, dass das Unheil mit einfachen Mitteln zu verhüten gewesen wäre. (Tönz/Lüthy 1996: 572)

20 Es ist daran zu erinnern, dass wir es mit einem spezifischen Kollektiv zu tun haben. Es gibt noch weit mehr mögliche Aushandlungen und Umgangsweisen aufseiten der Adressatinnen, die aufgrund der Einschränkung des empirischen Materials nicht besprochen werden können.

Ein »Unheil [...] verhüten«. Etwas Unerwünschtes kann abgewendet, verhindert werden. Es gibt eine mögliche Lösung, »einfache[] Mittel[]«, die aber auch aktiv zu ergreifen sind. Dies teilt uns die Formulierung mit. Aber ist dies verhältnismässig? Wäre das »Unheil« mit »einfachen Mitteln zu verhüten gewesen«?

Wie uns das Beispiel von Frau Widmer zeigt, kann sich trotz der »richtigen« Prophylaxe eine Spina bifida herausbilden. Umso wichtiger ist es, zu vertiefen, wie trügerisch dieses womöglich durch die präventive Semantik beförderte Gefühl des »Geschütztseins« ist. Wer präventive Empfehlungen erteilen möchte, muss die Bedingungen kennen, die das vorzubeugende Phänomen auslösen. Bröckling formuliert konzis: »ohne Ätiologie keine Prognostik, ohne Prognostik keine Prävention.« (2008: 42) Die Ätiologie erforscht, wie Krankheiten verursacht werden und entstehen, wobei die drei C Anwendung finden: *Causa* (Ursache), *Contributio* (Zusammenhang), *Correlatio* (Wechselbeziehungen). Nur bei äusserst wenigen Krankheiten ist eine *Causa* auszumachen, also eine eindeutige Ursache, die *immer* zu einer bestimmten Krankheit führt. In der Regel sind mehrere Faktoren auszumachen, wobei ein Faktor häufig mit einer bestimmten Krankheit auftritt, aber nicht zwingend dazu führen muss.

Deutlich geworden sein sollte, dass ein Folsäuremangel keine *Causa* bei der Entstehung von Spina bifida ist, obwohl so manche Formulierungen dies nahelegen. Bis heute ist nicht geklärt, welche Faktoren zu Spina bifida führen und wie die bisher bekannten Faktoren bei ihrer Entstehung zusammenspielen. Ein Folsäuremangel gilt als allgemein anerkannter Risikofaktor. Es werden aber weitere Faktoren vermutet, die sowohl genetisch (womit auch die Väter ins Spiel kommen) als auch nicht genetisch sind. So zählen beispielsweise mütterliche Diabetes, Übergewicht, Mehrlingsschwangerschaften aber auch Umweltfaktoren wie Pestizide oder Luftverschmutzung zu den weiteren Risikofaktoren (vgl. Moers 2018: 1f.). In einem Tierversuch wurde ferner beobachtet, dass Neuralrohrfehlbildungen bei Nachkommen auch mit einem väterlichen Folsäuremangel zusammenhängen können (vgl. Lambrot et al. 2013: 9).²¹ Die Ätiologie einer Spina bifida ist somit auch von Nichtwissen umgeben.

Dass eine genetische Komponente hineinspielen kann, beobachtet auch die Schweizer Klinik. So erfuhr der beratende Chirurg Schneider in der Pränatalberatung der Familie Siebert, dass Herr Siebert selbst mit einer Spina bifida zur Welt kam. Es stellte sich heraus, dass er eine MZ hat, die »harmloseste« Variante, so Schneider. Beim Ungeborenen wurde hingegen die »schwerste« Form, eine MMC,

21 Die SFS (vgl. 2011b: 9) macht darauf aufmerksam, dass Folsäure die »Spermienqualität« in quantitativer und qualitativer Hinsicht verbessert, weist aber nicht darauf hin, inwiefern dies einen Einfluss auf die embryonale Entwicklung hat. Eine mögliche Verbindung von Spermien, Folsäure und Neuralrohrfehlbildung ist in den untersuchten Präventionskampagnen nicht enthalten.

diagnostiziert. Das Paar Siebert wurde bereits vor der Familienplanung von sich aus vorsorgend aktiv, indem es eine humangenetische Sprechstunde aufsuchte. Dort wurde ihnen jedoch mitgeteilt, dass Spina bifida nicht vererbbar sei. Herr Schneider korrigierte in der Sprechstunde anlässlich der Diagnosestellung, dass Spina bifida zwar nicht in mendelscher Form vererbt werde, ein Genkomponente aber dabei sei. So hätten sie immer wieder Patient:innen, bei denen der Onkel, die Tante, ein Geschwisterkind oder die Eltern einen offenen Rücken haben (vgl. Siebert, Pränatalberatung #1). Wie die Genetik bei der Bildung von Neuralrohrfehlbildungen genau wirkt, ist bislang unbekannt. Auch ist unklar, was die »exakte Rolle« (Rissmann 2018: 11) von Folsäuren im Rahmen der Prophylaxe ist. In jüngeren Studien wird Folsäure ein epigenetischer Effekt zugesprochen. Damit ist jener Forschungszweig adressiert, der untersucht, wie Umweltfaktoren die Aktivitäten des Genoms beeinflussen, wobei der Phänotyp (das äussere Erscheinungsbild) und nicht die DNA-Sequenz verändert wird. Es wird deshalb vom »Gedächtnis« oder von den »Lernfähigkeiten« eines Genoms gesprochen. Folsäure hat also das Potenzial, als Methyllieferant bei der DNA-Methylierung eine Rolle zu spielen. Mit Methylierung ist diese chemische Modifikation der Erbsubstanz gemeint, womit Gene »ab-« oder »angeschalten« werden (Vergères/Gille 2014: 3 und 8). In einer epigenetischen Perspektive wird der Körper noch enger mit der Umwelt gedacht. Letztere schreibt sich sozusagen in den Körper ein.

Die Ausführungen zur Ätiologie einer Spina bifida machen die Frage nach der Verhältnismässigkeit präventiver Empfehlungen dringlicher. So ist gesichert, dass nicht jede Spina bifida durch eine Folsäureprophylaxe »verhindert« werden kann. Wird das durch die präventive Semantik stabilisierte Begriffspaar von Folsäure und Spina bifida aber mit den Verben »schützen«, »vermeiden« oder »verhüten« angereichert, reduziert dies den komplexen Sachverhalt auf einen scheinbar handhabbaren Faktor. Und nochmals, ich sage nicht, dass jede einzelne Formulierung eine Komplexitätsreduktion enthält, aber allzu oft übertragen sie den gebärfähigen Frauen die alleinige Verantwortung für die künftige Generation. Durch die bislang ungeklärte genetische Komponente könnten die präventiven Verhaltensempfehlungen und -praktiken zudem an Legitimität einbüßen. Denn welche Empfehlungen wären angesichts eines solch komplexen und bisher ungeklärten Zusammenspiels möglicher Risikofaktoren zu formulieren? Weiter ist im Hinblick auf die Erzählung von Frau Widmer zu fragen, was es für die präventive Semantik bedeuten würde, wenn sie diese Komplexität abbilden würde. Wenn sie sich also nicht einer Sprache bedienen würde, die manche Adressat:innen denken lässt, dass eine Prophylaxe bei jeder *einzelnen* Schwangerschaft einen »Schutz« vor Spina bifida gewährt.

»Was habe ich falsch gemacht?«

Präventive Verhaltensempfehlungen koproduzieren die Vorstellung, was ein verantwortungsloses Verhalten ist. Eng damit verbunden ist der Schuldbegriff, wobei sich dieser auf vergangene Handlungen bezieht. Die mit Selbstvorwürfen und Schuldfragen verbundenen Auseinandersetzungen im Kontext der Folsäureprophylaxe verstehe ich als ihre Kehrseite. Wie sich diese artikulieren kann, verdeutlicht die folgende ethnografische Sequenz, bei der es sich um ein Gespräch mit Frau Kuhn handelt, das nach ihrem Wiedereintritt stattfand:

[Kuhn, Wiedereintritt #6] Frau Kuhn führt aus, dass die »Schuldfrage« immer da sei als Mutter. Beim vorzeitigen Blasensprung [weshalb sie früher wieder eintreten musste, Anme. d.V.] habe sie sich gefragt, *wieso ich? Was habe ich falsch gemacht?* Sie fügt an, *bei der Diagnose habe ich mich auch schon gefragt, was ich falsch gemacht habe.* Ich frage nach, woher diese Fragen kommen könnten, also weshalb sie sich frage, etwas falsch gemacht zu haben. Frau Kuhn meint, *ja, das ist eine gute Frage.* Sie überlegt und scheint sich über die Formulierung unsicher zu sein. Zögerlich beginnt sie, *ich glaube, weil man das Beste für sein Kind möchte. Als Mutter hat man eine Verantwortung für das Kind, also das ist das, was ich und viele Frauen so empfinden. Man trinkt keinen Alkohol, man raucht nicht und man schaut, was man isst.* Sie schaut mich mit einem festen Blick an und fährt fort, dass ihre erste Tochter [nicht jene der jetzigen Schwangerschaft, Anme. d.V.] nicht geplant gewesen sei, daher habe sie damals erst nach der Feststellung der Schwangerschaft Folsäure eingenommen. Hier in der Klinik hätten sie ihr gesagt, dass sich die Spina bifida in den ersten vierzig Tagen bilde. *Zu diesem Zeitpunkt wissen viele Frauen gar nicht, dass sie schwanger sind,* betont sie. Sie führt aus, dass sie bei der jetzigen Schwangerschaft schon lange davor mit der Prophylaxe begonnen habe. *Und bei der Diagnose fragt man sich dann schon, nehme ich sie nicht auf? Oder habe ich mal eine Pille vergessen oder habe ich es falsch eingenommen. Man fragt sich schon: wieso ich?*

Dreimal führt Frau Kuhn die von ihr bezeichnete »Schuldfrage« exemplarisch aus, die sie als Mutter und Schwangere begleite.²² Der vorzeitige Blasensprung, die Diagnose und damit verbunden die Folsäureprophylaxe liess sie jeweils fragen, was sie »falsch« gemacht habe. In ihrer Erzählung taucht die Verantwortungszuschreibung und -übernahme in Verbindung mit einer Schuld auf. Sie und viele andere Frauen empfänden eine Verantwortung, die mit einer Verpflichtung verbunden sei: keinen Alkohol, nicht rauchen und eine achtsame Ernährung. Die Ernährung führt Frau Kuhn gedanklich zur Folsäureprophylaxe, mit der sie bei der jetzigen Schwangerschaft bereits lange vor der Konzeption begonnen hat. Die Diagnose lässt sie ihr

22 Damit sei nicht gesagt, dass nicht auch Väter Schuld empfinden können.

Verhalten infrage stellen. Sie fragt sich nicht nur, ob ihr Körper die Folsäure überhaupt aufgenommen hat, sondern auch, ob sie alles »richtig« bzw. was sie »falsch« gemacht haben könnte.

In dieser Überlegung zeigt sich zum einen die heikle Gegenüberstellung vom »richtigen« und »falschen« Handeln und zum anderen die von ihr empfundene Verantwortung für ihr Ungeborenes, die sie in ein direktes Verhältnis zur Diagnose setzt. Die von ihr angestellte Ab- und Herleitung ihres Verhaltens in Bezug auf die Diagnose macht hellhörig. Da Frau Kuhn von der Folsäureprophylaxe wusste, ist davon auszugehen, dass dieses Wissen von einem *Wie* begleitet ist – genauso bei Frau Widmer.

Mit den präventiven Empfehlungen wird niemand zu einem Handeln gezwungen, auch wird nicht direkt über Schuld gesprochen. Es werden aber klare Handlungsoptionen dargelegt, wobei neben dem empfohlenen Weg nur eine weitere Option existiert: das Nichtbefolgen der Empfehlung. Jener Weg, der nicht der »grossen Verantwortung« entspricht. Eine Haltung zu dem vermittelten Wissen einzunehmen, mündet folglich zuerst in einer Dualität: Folge leisten oder nicht, verantwortungsvoll oder verantwortungslos, compliant oder nicht compliant. An dieser dual beschaffenen Situation lässt sich die *logic of choice* erkennen, wie sie Mol im Kontrast zur *logic of care* ausführt. In ersterer Logik werden Patient:innen als Bürger:innen und Konsument:innen adressiert, wobei sie in diversen Lebenslagen Entscheidungen zu fällen und diese dann auch zu verantworten haben. Diese Logik operiert normativ und ist deshalb immer von einer Schuld begleitet: »The logic of choice comes with guilt. Everything that follows after a choice has to be accepted as following from it.« (Mol 2008: 79) Dieser Logik entsprechend tragen Bürger:innen die Verantwortung für all das, was aus ihrer Entscheidung folgt. Diese auch in der Prävention enthaltene Logik mag verstehen helfen, weshalb Frau Kuhn auch nach dem Einschlagen des präventiv »richtigen« Wegs die Schuld bei sich selbst sucht.

Die Rahmung von Bürger:innen, die ihr Handeln stets zu verantworten haben, ist auch im Konzept *reproductive citizenship* enthalten, das unter anderen Amy Salmon (2004) ausführt. Die Soziologin stellt fest, dass Frauen die alleinige Verantwortung und Verpflichtung übertragen wird, das Ungeborene vor Schaden zu schützen, wobei dieser Schaden sehr eng definiert ist (vgl. ebd.: 120). Auch die dezentral organisierten Präventionskampagnen übertragen den Frauen die Verantwortung für die Gesundheit der nächsten Generation, womit eine reproduktive Bürgerinnen-schaft formiert wird. Heikel ist, dass die präventive Semantik mit der Logik operiert, dass Bürger:innen sich nur »richtig« zu entscheiden hätten, um nicht den verantwortungslosen Weg zu begehen. Wie heikel diese *logic of choice* ist, verdeutlicht ihre Kehrseite, die bei den Aushandlungen der adressierten Frauen sichtbar wird. Denn ganz egal, ob der »richtige« Weg befolgt oder ein anderer Weg eingeschlagen wurde, Schuldfragen und Vorwürfe können bei den anvisierten Bürgerinnen ohnehin entstehen.

Auch Frau Lorenz und ihre Zimmernachbarin, Frau Pichler, tauschen sich am Eintrittstag über ihre Prophylaxe aus.

[Lorenz, Eintritt #2] Frau Lorenz erzählt, dass sie erst mit der Feststellung der Schwangerschaft mit der Einnahme von Folsäure begonnen habe. Die Schwangerschaft habe sie aufgrund ihres regelmässigen Zyklus aber sehr schnell wahrgenommen. *Aber diese Schwangerschaft war eigentlich schon geplant – viel mehr als die anderen Schwangerschaften, die waren nicht geplant. Folsäure hätte ich gut schon früher einnehmen können. Ab und zu mache ich mir Vorwürfe, dass ich sie erst mit der Feststellung der Schwangerschaft eingenommen habe – Nein, nein, das darfst du nicht! Andere machen gar nichts!*, entgegnet ihre Zimmernachbarin schnell, bestimmend und laut. Sie tauschen sich weiter darüber aus, was sie gemäss ihren Gynäkolog:innen vor und während der Schwangerschaft hätten einnehmen sollen. Und dass früher gar nichts getan worden sei und erst heute so viel untersucht werde.

Das Gespräch zwischen den Schwangeren verdeutlicht, wie Diagnosen immer eine Rückblende auf Vergangenes geben respektive den Blick auf Vergangenes offenbaren, wobei Vermutungen über das, was hätte getan oder unterlassen werden können, angestellt werden (vgl. Jain 2007: 83). In diesen Situationen wird davon ausgegangen, dass scheinbar nur mit *einem* Entscheid die Würfel für die Zukunft gefallen sind. So führt Frau Lorenz aus, dass sie mit der Prophylaxe rechtzeitig hätte beginnen können, da sie die Schwangerschaft geplant habe. Nun mache sie sich Vorwürfe. Ebendiese Vorwürfe sind an die Vorstellung geknüpft, dass ein anderes Handeln zu einer anderen Situation hätte führen können. Angenommen wird damit, dass die Entscheidung für die »rechtzeitige« Folsäureprophylaxe die bessere Entscheidung gewesen wäre. Dieser vermutlich durch die präventive Semantik verstärkten Denkweise entgeht die Verworrenheit einer jeden Entwicklung: Angesichts der unsicheren Zukunft gibt es »keine absoluten Kriterien« dafür, welche »Entscheidung die richtige ist« (Bröckling 2008: 40). Das durch die Prävention anvisierte Risikomanagement stellt zwar in Aussicht, dass diese unsichere, kontingente Zukunft zu bändigen sei. Die Zukunft bleibt aber unsicher, denn Risiken wie eine Folat-assoziierte Spina bifida bilden Wahrscheinlichkeiten ab, die nichts über den Einzelfall aussagen.

Deutlich wird, dass das durch die Präventionskampagnen vermittelte Wissen nicht unschuldig ist. Die Adressatinnen werden zu einer Entscheidung aufgefordert, für die sie sich verantwortlich fühlen und gemacht werden. Hoffmann führt aus, dass beim Auftreten einer Situation von »Faktengewalt« die zweite Option, der nicht empfohlene Weg, von einem Unbehagen begleitet ist: »Ich bin im Stand der Schuld, und zwar nicht nur meinem Gewissen gegenüber, sondern auch gegenüber den Wissenschaften.« (Hoffmann 2013: 60) Die Ausführungen von Frau Widmer haben uns gezeigt, dass die Frauen im Rahmen des Präventionsregimes nicht nur

im »Stand der Schuld« gegenüber dem eigenen Gewissen und den Wissenschaften sind. Sowohl ihr Frauenarzt als auch Bekannte hätten sie ausgehend vom Wissen um die Diagnose nach ihrer Folsäureprophylaxe gefragt, und zwar, ob sie diese korrekt durchgeführt habe. Damit sei nicht gesagt, dass sie Frau Widmer eine Schuld zusprächen, aber die Vorstellung, dass die Dinge auch anders hätten laufen können, haftet an.

Frau Lorenz wirft sich hingegen vor, nicht »rechtzeitig« mit der Prophylaxe gestartet zu haben, obwohl sie im Besitz des präventiven Wissens gewesen sei. Hieran zeigt sich, wie Frauen zu »moral pioneers« (Rapp 1999) gemacht werden, indem sie durch das präventiv vermittelte Wissen sozusagen die »Unschuld« verlieren, nichts [darüber] gewusst zu haben« (Feiler 2020: 13). Besitzt eine Frau hinsichtlich der Pränataldiagnostik das »Recht auf Nichtwissen«, so hat sie dies hier nicht. Ein Nichtwissen wird als ein mangelhafter, erziehungsbedürftiger Zustand gerahmt. Frauen sollten sich diesem Wissen gar nicht entziehen können. Entscheidend ist also, dass und vor allem *wie* etwas gewusst wird. Die Aushandlungen sind erst von Schuldgefühlen durchsetzt, da zuvor ein Verantwortungsbereich lokalisiert wurde.

Die Ausführungen zeigen, dass die Prävention von einer zweifachen Unsicherheit umhüllt ist. Nicht nur bringt die bislang in ihren Details ungeklärte Ätiologie eine Unsicherheit in die oft anzutreffenden eindeutigen Formulierungen ein, auch ist eine Unsicherheit aufseiten der Adressatinnen zu konstatieren. Oder präziser gesagt: Die von moralischen Normvorstellungen begleiteten Optionen können zur Verunsicherung führen. Und darin zeigt sich die Kehrseite dieses Präventionsregimes: Selbstvorwürfe und Schuldfragen finden einen Nährboden – und dies selbst dann, wenn mit der Vorsorge »rechtzeitig« gestartet wurde. Ein abstraktes Risiko endet so in einer konkreten Schuldempfindung. Angesichts dieser Feststellung drängt sich die Frage auf, was vonseiten der Frauen benötigt wird, damit sich der Druck von den präventiven Botschaften derart stark entfalten kann, dass sie in konkreten Schuldgefühlen münden. Eine erste Erklärung ist, dass es sich um gelebte Körperrealitäten handelt. Das Präventionsregime geht unter die Haut des Frauenkörpers und reiht sich in eine – um es in Arnis (2012) Worten zu sagen – »Denktradition« ein, die den Frauenkörper seit je als Gefahr wie auch Schutz für das Ungeborne betrachtet. Problematisch ist, dass hier Schuldgefühle für etwas entstehen, was Frauen nicht allein verantworten können.