

Inhalt

1. Einleitung | 7

- 1.1 Zum Stand der Forschung | 9
- 1.2 Die Konzeption der Studie | 23
- 1.3 Das methodische Design und das Forschungsfeld | 31
- 1.4 Die Gliederung des Buches | 37

2. Vorgespräche | 41

- 2.1 Die ›Registrierung‹ der Schwangerschaft | 42
- 2.2 Wissens(zu)träger | 45
- 2.3 Der Computer in der Kommunikation
zwischen Arzt und Patientin | 51
- 2.4 Die Schwangerschaftszeit(en) | 54
- 2.5 Die Aufklärung über ›genetische Sonografien‹ | 59
- 2.6 Resümee | 67

3. Die Präparationsphase | 69

4. Sonografieren als ›Körperpraktik‹ | 83

- 4.1 Die Herstellung von Sonoanatomie | 85
- 4.2 Visuelle Spuren im Verhältnis
zu anderen Repräsentationsformen | 96
- 4.3 Das Zusammenspiel von Händen und Augen | 102
- 4.4 Körper(in)differenzen | 109
- 4.5 Begegnungsformen und Sprechweisen | 114
- 4.6 Sehweisen | 120
- 4.7 Sehstärken, Sehschwächen und Sehhilfen | 128
 - 4.7.1 Verbale Marker und ›eigentätige‹ Orientierungshilfen | 132
 - 4.7.2 Technisch unterstützte Zeigepraktiken | 139
 - 4.7.3 Manuelle Zeigegesten | 144
 - 4.7.4 (Körper-)Displays | 151
- 4.8 Resümee | 163

5. Das Kindsgeschlecht | 167

6. Zu dritt: Dyadische Koalitionen und Einzelkämpfer | 177

6.1 werdende Väter: Zaungäste im gynäkologischen
Untersuchungsraum? | 177

6.2 Eine deutsch-türkische Begegnung | 191

6.3 Eine ›Ménage à trois‹ | 202

7. Eine Fruchtwasserpunktion mit Hindernissen | 219

8. Eine Sonografie vor dem Schwangerschaftsabbruch | 253

9. Nachgespräche | 271

9.1 Form(en) und Gestalt(en) des normalen Kindskörpers | 275

9.2 Ein Bild vom Kind | 287

10. Die Planung der Geburt | 291

10.1 Wehen(schmerzen) und die Agency des Körpers | 291

10.2 Der Wunschkaiserschnitt aus ärztlicher Sicht | 298

10.3 Das Geburtsplanungsgespräch: ›Geburt oder Kaiserschnitt‹ | 302

11. Schluss | 329

12. Literatur | 335

1. Einleitung

Der Ultraschall gehört heute zu den am häufigsten verwendeten bildgebenden Verfahren. Seine Implementierung in die Medizin – und speziell in die Geburtshilfe – erwies sich jedoch als langwieriger Prozess. Ursprünglich wurde die Ultraschalltechnik zu militärischen Zwecken verwendet, um während des ersten Weltkrieges U-Boote zu orten. Auch zur Materialbearbeitung ist sie geeignet. Man kann damit Löcher bohren, Hörgeräte und Brillen reinigen oder nicht mischbare Flüssigkeiten emulgieren. Hochseefischer machen per Sonar Fischschwärme ausfindig, und sogar die Polizei verwendet Ultraschall, da auch Radargeräte mit dem sogenannten ›Ultraschall Dopplereffekt‹ arbeiten. Für den Einzug der Sonografie in die Medizin war der österreichische Neurologe Karl Theo Dussik verantwortlich. Er war der erste Arzt, der die Technik diagnostisch verwendete, um das Gehirn darzustellen. Später wurde die Sonografie auch zur Untersuchung des Herzens und zur Beurteilung der Organe im Bauchraum angewendet. Die Ärzte mussten jedoch von Physikern angeleitet werden, denn sie konnten weder die Geräte bedienen, noch die Bildzeichen interpretieren. Bis in die 1960er Jahre war die Anwendung des Ultraschalls zudem sehr aufwändig, da die Patienten von Wasser umgeben sein mussten. Man setzte sie z.B. in Waschzuber, in Viehtränken oder in umgerüstete Bombenauswurfsschächte von Kriegsflugzeugen, die von einem motorgesteuerten Schallkopf umkreist wurden. Um den Auftrieb zu verhindern, mussten die Körper der Patienten jedoch mit Bleiplatten beschwert werden. Diese belastende Prozedur änderte sich erst, als Ende der 1950er Jahre ein neuer Gerätetyp konstruiert wurde, der es erlaubte, den Schallkopf direkt auf den Körper aufzusetzen. Was die Monitoransicht betrifft, arbeiteten die Ultraschallapparate lange Zeit nur im ›Amplituden-Modus‹, d.h. sie stellten die Echosignale eindimensional in Form einer Grafik dar. Später, mit dem sogenannten ›Brightness-Modus‹, konnten die Impulse dann in der heute üblichen 2D-Schnittbildform als nebeneinanderliegende Bildpunkte am Monitor projiziert werden. Da es über zweihundert verschiedene Helligkeitsstufen gibt, wird die Technik auch ›Grauwertverfahren‹ genannt. Anfangs dauerte der Bildaufbau sehr lange. Erst die ›Real-Time-Scanner‹ ermöglichten, die Bilder in Echtzeit auf dem Monitor darzustellen (vgl. Sohn/Holzgreve 1995: 3f., 7ff.; Frentzel-Beyme 2005: 446ff.; Dietrich 2006: 2-5).

Auch in der Gynäkologie war der Einsatz des Ultraschalls Mitte der 1950er Jahre noch eher experimenteller Natur, denn das Verfahren war zuerst mehr dem akademischen als dem diagnostischen Interesse geschuldet. Anfangs wurde die Sonografie zur Untersuchung von Tumoren der Eierstöcke und der Gebärmutter

eingesetzt. 1957 veröffentlichte Ian Donald, ein Gynäkologe aus Schottland, erste Aufnahmen von Schwangerschaften. Die klinische Anwendung konzentrierte sich primär auf den Ausschluss von Mehrlingen und auf die Vermessung des kindlichen Schädels zur Errechnung des Geburtstermins (vgl. Meinel et al. 1993: 7; Sohn/Holzgreve 1995: 3f.). Heute ist der Ultraschall das Diagnostikum schlechthin, wenn es um Schwangerschaft geht. Ein Sonografiegerät gehört mittlerweile genauso zur Standardausrüstung jeder Frauenarztpraxis, wie ein gynäkologischer Untersuchungsstuhl oder ein Spekulum. Schwangerschaften werden aber nicht nur mithilfe der Sonografie festgestellt, die ganze weitere Beobachtung der kindlichen Entwicklung fußt auf der Ultraschalltechnik. Neben niedergelassenen Gynäkologen sind heute auch die Fachabteilungen der Kliniken für die Schwangerschaftsvorsorge zuständig. Parallel zu den herkömmlichen Entbindungsstationen werden teilweise sogar eigene ›Pränatalabteilungen‹ zur stationären Behandlung Schwangerer eröffnet. Zur Servicepalette größerer Krankenhäuser gehört aber auch, dass sie spezielle Sprechstunden für Schwangere anbieten und dafür sogenannte ›Ultraschall- bzw. Schwangerschaftsambulanzen‹ einrichten. Einem solchen Setting widmet sich die vorliegende Studie.¹ In Anlehnung an die Mikrosoziologie Erving Goffmans und an praxistheoretische Vorstellungen von Sozialität werde ich in diesem Buch die ›Ultraschallsprechstunde‹ als soziale Situation zum Gegenstand machen. Dabei handelt es sich um eine regelmäßig stattfindende klinische Veranstaltung, die von gynäkologisch-geburtshilflichen Fachärzten abgehalten wird. Schwangere suchen sie aus vielfältigen Gründen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Schwangerschaftsverlauf auf, um sich einer pränataldiagnostischen Beratung und Untersuchung zu unterziehen. Die hospitierende Teilnahme an diesen Sprechstunden erfolgte über einen Zeitraum von mehreren Monaten. Das Forschungsinteresse richte ich sowohl auf den Situationsverlauf als auch auf die situierten Praktiken, in die neben Personen immer auch Körper und Artefakte involviert sind. Vor diesem Hintergrund wird das Beobachtungsspektrum gerade nicht auf einen Situationsausschnitt eingeengt, sondern ausgeweitet: Zum einen zeige ich, wie Sonografieren überhaupt *praktiziert* wird: Wie ›geht‹ Schallen, und welche Körperkompetenzen sind dafür erforderlich? Zum anderen steht die ›Fabrikation‹ des Kindkörpers im Fokus. Dazu arbeite ich heraus, wie Ungeborene als epistemische Wissensobjekte der Pränataldiagnostik im Verlauf der Sprechstunde – und insbesondere in und mit der Generierung sonografischer Repräsentationen – artikuliert und ›verkörpert‹ werden: Wie stellen Ärzte Sonoanatomie her? Welcher Art sind die deiktischen Praktiken, mit denen für werdende Eltern aus Bildzeichen kindliche Körperteile gemacht werden? Und wie wird mit Bezug auf verschiedene Referenzkörper ein normal entwickelter Kindkörper figuriert? Neben Ungeborenen und ihren Körpern nehme ich in dieser Studie aber auch die soziale Beziehung in den Blick, die die Anwesenden zum Zwecke der diagnostischen Tätigkeit miteinander eingehen (müssen). Sich ihrer zu widmen ist nicht nur interessant, weil sie auf besondere Weise ›körperintensiv‹ und artefaktvermittelt ist, sondern auch, wenn sich neben dem Arzt und der Patientin weitere Personen mit im Raum aufhalten (z.B. der werdende Vater oder die Freundin der Schwangeren), denn dann

1 | Die Autorin war von November 2008 bis April 2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin im DFG-Projekt ›Schwangerschaft und pränatale Sozialität‹, das an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz unter der Leitung von Prof. Stefan Hirschauer durchgeführt wurde.

lassen sich u.a. folgende Fragen stellen: Wie formieren sich die Teilnehmer interaktiv und kommunikativ im Verlauf der Situation? Welche Mitwirkungsoptionen haben BegleiterInnen, welche werden ihnen eingeräumt, und welche schaffen sie sich selbst? Im Hinblick auf die sonografische Praxis und die Interaktion unter Anwesenden beziehe ich zudem zwei besondere Konsultationen in die Beobachtung ein: Eine, die aufgrund eines außergewöhnlichen Anlasses stattfindet, nämlich wegen eines bevorstehenden Schwangerschaftsabbruchs, und eine, die auf ungewöhnliche Weise verläuft, weil die Punktion des Fruchtwassers nicht auf Anhieb gelingt. Ebenfalls berücksichtigt werden in dieser Arbeit die sogenannten ›Geburtsplanungsgespräche‹, für die die Schwangeren einige Wochen vor dem Entbindungstermin in die Ultraschallsprechstunde kommen. Diese Konsultationen verlangen von den Beteiligten insbesondere argumentatives Geschick.

Im Abschnitt 1.1 gebe ich einen Überblick über die vorhandenen Forschungsarbeiten zur pränatalen Sonografie und unterziehe sie einer abschließenden Beurteilung, um Desiderate aufzuzeigen. Dann gehe ich konkret auf die Konzeption der Studie und auf die Fragestellungen ein (1.2). Im darauf folgenden Abschnitt 1.3 beschreibe ich das methodische Design und stelle das Forschungsfeld vor. Beendet wird das einleitende Kapitel mit der Übersicht über die Gliederung des Buches (1.4).

1.1 ZUM STAND DER FORSCHUNG

Die Einführung des Ultraschalls in die Geburtshilfe und die technische Weiterentwicklung in den folgenden Jahren wurde von einem hohen Forschungsaufkommen begleitet.² Den größten Anteil daran hatten die Medizin und die medizinverwandten Disziplinen (wie z.B. die medizinische Psychologie und die Public-Health- und Pflegeforschung). Deren Studien werden zu Beginn dieses Abschnitts vorgestellt, im Anschluss daran werden die der Sozial- und Kulturwissenschaften ausführlich dargelegt.

Als die Sonografie in den 1980er Jahren Einzug in die Frauenarztpraxen fand, war sie als Vorsorgeinstrument noch Neuland. Deshalb richtete sich das medizinische Interesse unter anderem darauf, was Schwangere über die Untersuchung und über das Aussehen Ungeborener wissen. Teilweise stellten sich die Frauen Föten und Embryonen formlos oder tierähnlich vor (Lumley 1980). Manche glaubten, beim Schall handele es sich um Röntgenstrahlen (Janus/Janus 1980). Ende der 1990er Jahre war die Sonografie als pränatales Diagnostikum jedoch hinreichend bekannt. Schwangere holen sich heute Informationen aus den Medien, aus dem Bekanntenkreis, oder aus der Ratgeberliteratur (Larsen et al. 2000). Einige Studien stellten jedoch fest, dass Schwangere die diagnostischen Möglichkeiten der Sonografie tendenziell überschätzen (Crang-Svalenius et al. 1996; Lalor/Devane 2007), andere argumentierten dagegen, dass die Frauen das Potential des Ultraschalls, Missbildungen zu diagnostizieren, eher unterschätzen (Santalahti et al. 1998;

2 | Speziell zur Medizingeschichte der Ultraschalldiagnostik vgl. Kratochwil (1981), Oakley (1986), Yoxen (1987), Levi (1997), McNay/Fleming (1999) und Holländer (2005). Über die Entstehung und Etablierung medizinischer Visualisierungstechnologien im Allgemeinen siehe Holtzmann-Kevles (1997), Sturken/Cartwright (2004) und Van Dijck (2005).

French 2000; Cumming/Chudleigh et al. 2008), denn sie erwarten keine schlechten Nachrichten und sind dann auch entsprechend schockiert, wenn eine »negative« Diagnose resultiert (Bijma et al. 2008). Mittlerweile genießt die vorgeburtliche Ultraschalluntersuchung nicht nur eine hohe Akzeptanz bei Schwangeren, sie ist auch ein institutionalisierter Bestandteil der Schwangerschaftsvorsorge geworden, mit der sich werdende Eltern über den Gesundheitszustand des ungeborenen Kindes informieren können (Stephens et al. 2000; Gudex et al. 2006). Die positive Einstellung der Schwangeren ist auch bedingt durch die Möglichkeit, visuellen Zugang zum Ungeborenen zu bekommen (Larsen et al. 2000; Stephens et al. 2000; Dykes/Stjernquist 2001; Whynes 2002; Molander et al. 2010). Die elterlichen Interessen variieren jedoch im Zuge des Schwangerschaftsverlaufs: Im ersten Trimenon stehen das Sehen des Kindes und dessen körperliche Intaktheit im Vordergrund. Im zweiten Schwangerschaftsdrittel ist der Ausschluss von Fehlbildungen das wesentliche Anliegen der Frauen. In den letzten drei Monaten geht es ihnen vor allem um den Entwicklungs- und Wachstumsverlauf des Kindes (Rajaei et al. 2008).

Der Schwerpunkt des medizinischen Interesses liegt jedoch nicht auf den Wissensbeständen der Patientinnen, sondern auf der diagnostischen Effizienz der Sonografie, d.h. inwieweit sie in der Lage ist, das »Outcome« der Schwangerschaft positiv zu beeinflussen. Im Zentrum steht dabei die Fehlbildungsdiagnostik. Sie erfordert speziell ausgebildete Ärzte, die über Kenntnisse in Anatomie, Sonoanatomie, Embryologie und Pathologie verfügen müssen (Bronstein/Zimmer 1997; Strauss et al. 2002; Holzgreve 2002). Anfang der 1990er Jahre stellte eine in den USA durchgeführte klinische Interventionsstudie (bekannt als »Radius-Studie«) fest, dass die Mehrzahl der sogenannten »Low-Risk-Schwangerschaften« unkompliziert verläuft. Die Forschergruppe kam zum Ergebnis, dass vom sonografischen Screening keine entscheidenden Vorteile zu erwarten sind (Ewigman/Crane et al. 1993). Einige Jahre später untersuchte »Eurofetus« (eine prospektive Verlaufsstudie, die 200.000 Schwangere aus 14 europäischen Ländern einbezog) den Routineeinsatz der Sonografie in der Geburtshilfe (Grandjean/Larroque et al. 1998, 1999). Sie konnte dagegen eine hohe Sensitivität des Ultraschalls bei der Feststellung von Fehlbildungen nachweisen, d.h. nicht nur unter Berücksichtigung medizinischer sondern auch vor dem Hintergrund ökonomischer Kriterien (Strauss et al. 2002) ließ sich der Nutzen des Einsatzes der Sonografie in der Geburtshilfe belegen.³

3 | Auch mögliche Bioeffekte (negative Wirkungen der Schallwellen auf das untersuchte Körpergewebe) stehen im Fokus medizinischer Forschungsarbeiten. In den 1990er Jahren wurde in Tierversuchen festgestellt, dass eine hohe Schallintensität zu thermischen Schäden und zur Gasbildung im Gewebe führen kann (Koch 2001). Bei der 2D-Sonografie zu diagnostischen Zwecken werden jedoch geringere Schalllevel eingesetzt, die kaum zu thermisch bedingten Veränderungen führen (Sheiner/Abramowitz 2012). Es konnten bislang keine negativen Auswirkungen (z.B. neurologische Defekte, maligne Tumore, Intelligenzmängel oder geistige Erkrankungen) bei Kindern nachgewiesen werden, die vorgeburtlich Schallwellen ausgesetzt waren (Torloni et al. 2009). Insgesamt scheint der Nutzen der Sonografie die Risiken zu überwiegen, dennoch bedeutet dies nicht Risikolosigkeit (Romero 1993).

Schon seit geraumer Zeit werden auch dreidimensionale Sonografien⁴ durchgeführt. Die klinische Anwendung ist zwar teilweise noch zurückhaltend, doch in der medizinischen Literatur werden vor allem ihre Vorzüge gegenüber dem 2D-Ultraschall hervorgehoben. Am gespeicherten 3D-Datensatz können z.B. ohne Anwesenheit der Patientin eine ganze Reihe an Berechnungen durchgeführt werden. Der Fötus kann aus verschiedenen räumlichen Blickwinkeln betrachtet und selbst nach Tagen, Wochen oder Monaten erneut beurteilt werden (vgl. Merz, 1995: 159; Viereck/Meyer-Wittkopf 2002: 953; Benacerraf et al. 2006: 995; Meyer-Wittkopf et al. 2007: 99f.). Mithilfe eines elektronischen Skalpells sind nachträglich sämtliche Schnitte durch den fötalen Körper möglich. Bildinhalte können gefiltert und überlagernde Strukturen ausgeschnitten werden (vgl. Bega et al. 2001: 393; Viereck/Meyer-Wittkopf 2002: 953; Merz et al. 2000). Der Datensatz kann auch per Mail an Spezialisten verschickt werden, die ihrerseits daran arbeiten können (vgl. Hull/Pretorius 1998: 369; Tuomola et al. 2000: 540). Auch im Rahmen der Infertilitätstherapie hat die 3D-Sonografie Vorteile, weil die Eizellbildung und der Embryotransfer visualisiert werden können (Blaas et al. 1998; Baba et al. 2000). Zudem sind auch die Organanlagen und Organfunktionen des Ungeborenen detaillierter beurteilbar (Lee et al. 1996; Bega et al. 2001). Bereits Embryonen unter einer Länge von zehn Millimetern können dargestellt werden, was einer frühen Anomalieerkennung dienlich ist (vgl. Bega et al. 2001: 395). Insgesamt profitiert aus ärztlicher Sicht die Fehlbildungs-sonografie vom 3D-Schall, da sie eine sichere und akkurate Diagnostik erlaubt. Wesentlich für die Suche nach Missbildungen ist auch die Beurteilung des fötalen Gesichts, da viele Fehlbildungssyndrome mit Gesichtsanomalien einhergehen. Mit dem plastischen Darstellungsmodus lassen sich Pathologien schneller und besser erkennen (Merz et al. 1995; Hull/Pretorius 1998; Platt 2000; Timor-Tritsch/Platt 2002). Allerdings wird die 3D- und 4D-Sonografie nicht als Ersatz für die zweidimensionale Diagnostik angesehen, sondern nur als Ergänzung derselben, da das 3D-Bild nicht für alle medizinischen Fragestellungen herangezogen werden kann (vgl. Bega et al. 2001: 392). Skeptische Stimmen unter der Ärzteschaft heben vor allem den hohen zeitlichen und technischen Aufwand der 3D-Sonografie hervor: Die Anwendung erfordere spezielle medizinische Kenntnisse und ein erweitertes technisches Verständnis, zudem könne eine ungeübte Handhabung zu Artefakten beitragen (vgl. Merz 1995: 160; Meinel/Guntermann 1998: 122).

Gynäkologen schreiben den Schallbildern nicht nur diagnostische Bedeutung zu, sie haben ihnen zufolge auch einen »hohen emotionalen Stellenwert« (Langer 1989: 9). Dementsprechend machen die Medizin und die medizinverwandten

4 | Dreidimensionalität ist das Ergebnis von Algorithmen. Ausgangspunkt jeder 3D-Darstellung ist das zweidimensionale Bild, das dann zeitversetzt oder in ‚real-time‘ mithilfe von Rechenmodellen dreidimensional rekonstruiert wird. Das um den Faktor Zeit ergänzte 3D-Bild wird zur 4D-Darstellung, damit wird beim Betrachter der Eindruck eines sich bewegenden Körpers erweckt. Je mehr Einzelbilder rechnerisch hintereinander geschaltet werden, desto flüssiger erscheinen die Bewegungen (vgl. Merz 1995: 157ff.; Merz 1997a: 191; Timor-Tritsch/Platt 2002: 570ff.; Viereck/Meyer-Wittkopf 2002: 951f.). Einen komprimierten Überblick zur Technikentwicklung der 3D/4D-Sonografie geben Merton (1997) und Stephenson (2005). Für eine Synopse der Studien, die den medizinischen Nutzen des 3D/4D-Schalls in der Geburtshilfe zum Gegenstand machen, vgl. Kurjak et al. (2007).

Fächer seit den 1980er Jahren auch verstärkt die ›psychologischen Wirkungen‹ der Sonografie zum Gegenstand. Mithilfe psychometrischer Testverfahren (Spielberger et al. 1970) wird z.B. untersucht, inwieweit die Visualisierung des Ungeborenen dazu beiträgt, Ängste und Sorgen der Schwangeren zu reduzieren. Die sind vor allem dann groß, wenn eine ›Risikoschwangerschaft‹ vorliegt (Brisch et al. 2002). Einige Forschungsarbeiten konnten zwar eine Stressreduktion nach der Sonografie feststellen (Cox et al. 1987; Kovacevic 1993; Boukydis et al. 2006), doch randomisierte Studien zeigten, dass die Scorewerte sowohl in der Kontrollgruppe (die den Bildschirm nicht gesehen hat) als auch in der Vergleichsgruppe (die visuellen Zugang hatte) nach der Untersuchung abfielen. Zudem stieg die Angst der Frauen zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung einige Wochen später meist wieder an (Reading/Cox 1982; Michelacci et al. 1988; Teichman et al. 1991). Gerade jene Schwangeren, die schon einmal eine Fehlgeburt erlebt hatten, zeigten persistierende Stresslevel (Brisch et al. 2005). Für die Abnahme der elterlichen Sorge werden deshalb intervenierende Variablen verantwortlich gemacht, z.B. verständliche Erklärungen des sonografierenden Arztes (Reading/Platt 1985; Wittman/Cox 1989; Thornton et al. 1995) oder positive Persönlichkeitseigenschaften der Schwangeren, mit denen auch das ärztliche Feedback besser verstanden wird (Zlotogorski et al. 1995; Whynes 2002).⁵

Neben mütterlichen Ängsten wurde auch das ›Bonding‹ untersucht. Einige Forschergruppen nahmen an, dass die Visualisierung den Frauen hilft, eine Beziehung zum Ungeborenen aufzubauen (z.B. Kohn et al. 1980; Fletcher/Evans 1983). Folglich wurde das mütterliche Attachment⁶ untersucht, doch die Ergebnisse sind – ähnlich wie die zum Angst- und Stressverhalten – bivalent: Einige Studien weisen einen positiven Effekt nach, d.h. das Sehen unterstützt die Bindung der Schwangeren zum ungeborenen Kind (Cranley 1981; Boukydis et al. 2006). Das pränatale Bonding gilt zudem als guter Prädiktor für die Beziehung der Mutter zum Neugeborenen (Siddiqui/Hägglöf 2000). Andere Arbeiten fanden dagegen keinen Zusammenhang, d.h. das mütterliche Attachment ist entweder vom Sehen des Fötus unbeeinflusst, oder das Bild hat nur so lange eine beziehungsstiftende Wirkung, bis Kindsbewegungen erlebt werden, die im weiteren Verlauf der Schwangerschaft dann verantwortlich für einen signifikanten Anstieg des Maternal-Fetal-Attach-

5 | Einige Studien prüften die Hypothese, dass sich die Visualisierung des Fötus positiv auf das Gesundheitsverhalten der Schwangeren auswirken kann. Waldenstrom et al. (1988) konnten eine Einschränkung des Nikotinkonsums feststellen, andere Arbeiten belegten diese Wirkung nicht (Saari-Kemppainen et al. 1990; Newnham et al. 1993). Als ausschlaggebend wird auch hier die Arzt-Patient-Beziehung angeführt, die zur Verbesserung der Patientencompliance beiträgt (Wittmann/Cox 1989).

6 | Die Vorstellung, dass sich die mütterliche Beziehung zum Kind bereits pränatal entwickelt, geht auf Rubin (1984) zurück. Die meisten Studien beziehen sich auf den MFA-Score von Cranley (1981), eine Likertskala mit 24 Items. Das Maternal-Fetal-Attachment wird dabei mithilfe von Verhaltensparametern (sprachliche Zuwendung, Namenswahl usw.) und Haltungen dem Ungeborenen gegenüber (z.B. Vorstellungen über das künftige Aussehen) ermittelt (vgl. Heidrich/Cranley 1989).

ment-Scores sind (Kemp/Page 1986; Heidrich/Cranley 1989; Lerum/LoBiondo-Wood 1989; Lumley 1990).⁷

Die 3D- und 4D-Sonografie wurde ebenfalls daraufhin evaluiert, ob sie Auswirkungen auf das pränatale Bonding hat. Auch hier sind die Ergebnisse unterschiedlich. Im Vergleich mit dem 2D-Schall wird teilweise eine Intensivierung der Beziehung zum Ungeborenen festgestellt (Pretorius et al. 2006; Ji et al. 2005). Vor allem die Aufnahmequalität wirkt sich Ärzten zufolge unterstützend aus, weil sie an fotografische Portraits erinnert (vgl. Scharf/Farasaty Ghazwiny et al. 2001: 79; Campbell 2006). Gerade wenn das Gesicht oder die Extremitäten dargestellt werden, oder wenn babyähnliche Expressionen zu sehen sind, wie z.B. Greifbewegungen oder Daumenlutschen, würde dies das Attachment positiv beeinflussen (vgl. Campbell 2006: 243; Pretorius et al. 2006). Der Portraitähnlichkeit wird auch ein nutzbringender Effekt für die Interaktion des Arztes mit den Patientinnen attestiert, da die Bilder den Schwangeren ein größeres Sicherheitsgefühl vermitteln können als herkömmliche 2D-Aufnahmen (vgl. Lee/Pretorius et al. 2007: 78f.). Zudem kann damit nicht nur der abnormale, sondern auch der normale Befund überzeugender demonstriert werden (vgl. Merz 1995: 159). Ärzte machen darauf aufmerksam, dass werdende Eltern mitunter enthusiastische Reaktionen beim Blick auf das 3D-Sonogramm zeigen (Campbell 2002). Andere Forschungsgruppen fanden jedoch, dass sich das 2D- und das 3D-Bild gleichermaßen positiv auf das mütterliche Attachment auswirken können (Righetti 2005; Rustico/Mastromatteo et al. 2005; Alturu et al. 2012). Und nicht immer wird die realistischere Darstellungsweise von Schwangeren begrüßt, sie kann auch Erschrecken auslösen (Meyer-Wittkopf et al. 2007: 99).⁸

Dass die pränatale Sonografie von vielen werdenden Eltern als ein Höhepunkt der Schwangerschaftserfahrung angesehen und erwartet wird, ist auch durch ihre Kommerzialisierung mitbedingt. In den USA (und auch in anderen Ländern wie z.B. Großbritannien oder den Niederlanden) gibt es mittlerweile Ultraschallstudios, die gegen Honorar Bilder und Videos des ungeborenen Kindes anfertigen.

7 | Damato (2000) stellte fest, dass im Falle von Zwillingsschwangerschaften Schwangere zu jenem Kind eine intensivere emotionale Beziehung aufbauen, das besser sonografisch sichtbar gemacht werden kann und leichter zu ertasten ist. Nichols (1995) untersuchte den Einfluss von Geburtsvorbereitungskursen auf das mütterliche Attachment und kam zu einem negativen Ergebnis. Auch die ethnische Herkunft der Schwangeren beeinflusst die Bindung zum ungeborenen Kind nicht (Kemp/Page 1986). Psychologen empfehlen, neben psychosozialen Variablen auch sogenannte ›Biomarker‹ (Gene, Hormone) zu berücksichtigen, denn diese könnten sich ebenfalls auf die Beziehung der Mutter zum Ungeborenen auswirken (vgl. Van den Bergh/Simons 2009: 122f.). Für eine ausführliche Zusammenfassung der Studien, die sich mit den psychologischen Effekten der Visualisierung des Ungeborenen beschäftigen, vgl. die Synopsen von Baillie et al. (1999), Schönholzer et al. (2000) und Garcia et al. (2002). Erickson (1996), Canella (2005) und Alhusen (2008) konzentrieren sich speziell auf Studien zum Maternal-Fetal-Attachment. Die verschiedenen MFA-Skalen stellt der Übersichtsartikel von Van den Bergh und Simons (2009) vor.

8 | Eine italienische Forschergruppe (Severi et al. 2005) befasst sich mit dem ›Fetotouch-System‹, dabei handelt es sich um ein virtuelles 3D-Fötusmodell, zu dem eine haptische Kontaktaufnahme möglich ist. Dieser wird – wie auch den sonografischen Visualisierungen – attestiert, mütterliche Ängste reduzieren und das ›Bonding‹ fördern zu können.

Der Zweck dieser Sonografien ist kein diagnostischer, denn die Schwangeren lassen sie eigens durchführen, um sich das Kind zeigen zu lassen. Weil nicht Ärzte sonografieren, sondern Medizintechniker oder Hebammen, wird dieser Trend von Medizinern teilweise heftig kritisiert.⁹ Auch in Deutschland, wo die Sonografie rein in ärztlicher Hand liegt, bieten niedergelassene Gynäkologen auf ihren Homepages 3D-Schalle als sogenannte ›individuelle Gesundheitseigenleistung‹ – kurz IGEL – an (teilweise als ›Baby-TV‹ betitelt). Der Gynäkologe Merz (2008) plädiert jedoch dafür, dass auch Erinnerungsbilder nur im Rahmen medizinisch indizierter Sonografien angefertigt werden sollten, und selbst dies gehört ihm zufolge nicht zur Auftragsleistung des Arztes, sondern liegt rein in dessen Ermessen.

Ärzten ist zwar daran gelegen, dass die Sonografie nicht zum »vierdimensionalen Babyfernsehen für die gesamte Familie« (Hackelöer 2005: 71) reduziert wird, sie sind aber auch selbst von den Möglichkeiten der Technik fasziniert. Die Ultraschalldiagnostik wird in der medizinischen Fachliteratur z.B. als »Revolutionierung der Geburtsmedizin« (Holzgreve 2002: 9) bzw. als das »Stethoskop« des Geburtsmediziners (Bronstein/Zimmer 1997: 3) bezeichnet. Die Verfasser gynäkologisch-geburtshilflicher Lehrbücher geraten ins Schwärmen, wenn sie schreiben, dass »die differenzierte Beurteilung der embryonalen und fetalen Sonoanatomie – einschließlich der physiologischen Lebensäußerungen – zu einer der *vornehmsten* und *schönsten* Aufgaben in unserem Fachgebiet geworden [ist]« (Meinel et al. 1993: 11, H.d.V.). Sie empfehlen, nach der diagnostischen Inspektion beim »Schönen, leicht Erkennbaren und Eindrucksvollen« zu verweilen, da dies »in der Interaktion mit den Eltern nur noch Vorteile bringt und wohl für alle Beteiligten den Höhepunkt der Untersuchung darstellt« (ebd.: 50f.).

Die hohe innerdisziplinäre Wertschätzung der Sonografie und die reichhaltigen Forschungsaktivitäten zur Angstbewältigung und zum ›Bonding‹ mit dem ungeborenen Kind zeigen, dass auch die Medizin bzw. die medizinnahen Disziplinen ihren Beitrag dazu leisten, dass die Ultraschalldiagnostik von werdenden Eltern als ›Familienevent‹ antizipiert wird. Die Ärzte konzедieren jedoch, dass mit der zunehmenden Attraktivität der Sonografie die Erwartungshaltung der Patientinnen gesteigert wird, was dazu führt, dass diesen kommuniziert werden muss, dass die Sonografie zwar ein gutes, jedoch »nicht immer allmächtiges Instrument auch in den Händen erfahrener Experten ist« (Stiller et al. 2001: 230; vgl. Winter et

9 | Gegen kommerzielle Sonografien wird von Ärzten vor allem die lange Beschallungszeit (bis zu 45 Minuten) in Anschlag gebracht (vgl. Paul/Nawrocki 1997: 309ff.). Zudem besteht die Möglichkeit, das Bild bzw. Video, das von einem Nichtmediziner angefertigt wurde, als Beweismittel im Falle einer Klage gegen den behandelnden Arzt einzusetzen (vgl. Persutte 1995: 1). Ein reines ›Baby-watching‹ wird zudem als Angriff auf die medizinische Profession gesehen und medizinethisch als bedenklich bewertet (vgl. Platt 2000: 297; Sullivan 2002: 215; Voelker 2005: 25). Nur unter medizinischer Obhut kann Ärzten zufolge die pränatale Sonografie den Interessen der Schwangeren gerecht werden (vgl. Chervenak/McCullough 2005: 32f.). Raucher (2009) hat die Argumentation der US-amerikanischen Ärzteschaft gegen die kommerziell angebotenen Ultraschalle zum Forschungsgegenstand gemacht. Er stellt fest, dass die primäre Sorge der medizinischen Community nicht der Gesundheit des Fötus oder der der Schwangeren gilt. Das von ihnen geforderte Verbot der nichtmedizinisch indizierten Sonografie basiert auf Eigennutz, da die Ärzte ihre alleinige Autorität über die Anwendung des geburtshilflichen Ultraschalls gefährdet sehen (vgl. ebd.: 529, 532).

al. 2005: 60). Die mit der Weiterentwicklung der Pränataldiagnostik verbundene hohe elterliche Anspruchshaltung befördert nicht zuletzt auch Konflikte zwischen Arzt und Patientin, die zu Regressansprüchen führen können. Schon das nicht gesehene zweite Kind bei Zwillingschwangerschaften kann in eine Haftungsklage münden (vgl. Strauss/Hepp 2001: 8; Strauss et al. 2002: 81).

Nicht nur die Medizin, auch die Kultur- und Sozialwissenschaften interessieren sich für den Pränatalultraschall, der in den letzten Jahren im Zuge diverser TV-Doku-Soaps, in denen er als familiales Ereignis inszeniert wird, auch Eingang in heimische Wohnzimmer gefunden hat (Tegethoff 2008). Barbara Orland (2003) macht die vorgeburtliche Sonografie für die Relativierung des Geburtszeitpunktes verantwortlich. Er ist nicht länger Demarkation zwischen Prä- und Postnatalität, sondern die beiden Phasen verschmelzen, da Bilder einen nahtlosen Anschluss herstellen (vgl. ebd.: 22). Die Bedeutung, die der Blick auf den Monitor und auf die ausgedruckten Bilder für werdende Eltern hat, ist jedoch davon abhängig, ob die Frau und ihr Partner die Schwangerschaft eher als körperlich-sinnliches oder mehr als technisch-mediales Ereignis wahrnehmen (Foltys 2008), bzw. ob sie die Untersuchung in erster Linie als gesundheitliches Kontrollinstrument begreifen, oder als Gelegenheit nutzen, um ihr Kind kennenzulernen (vgl. Sänger 2010: 54). Doch gerade am Anfang der Schwangerschaft ist es für viele Frauen schwer, zu beschreiben, was sie am Bildschirm sehen. In Interviews verwenden sie dafür meist entsprechend »kleine« Metaphern, wie z.B. Bohne, Mohnkorn oder Gummibärchen (ebd.: 55). Was mit dem ausgedruckten Ultraschallbild passiert, hängt ebenfalls davon ab, ob es von der Schwangeren und ihrem Partner als medizinischer Beleg oder als »indexikalisches Zeichen für das Baby als werdendes Familienmitglied« (ebd.: 58, vgl. Sänger 2011: 131) angesehen wird. Neckermann und Felder (2001) schreiben dem Sonogramm vor allem deshalb beziehungsstiftendes und familienkonstitutives Potential zu, »weil es kein wirklichkeitsgetreues Abbild des Fötus bietet, sondern ein Schema, das der Schwangeren Raum für Projektionen lässt« (ebd.: 241). Das heißt also, gerade weil das Sonogramm keine Fotografie ist, sondern ein abstraktes »technisches« Bild, regt es die Betrachter an, sich die grauen Bildpunkte als *Kind* – und mit ihm das künftige Familienmitglied – vorzustellen. Diese die Imagination forcierende Wirkung schreibt auch Wulf (2008) den Ultraschallbildern zu, von denen ihm zufolge insbesondere werdende Väter profitieren, die ja die Schwangerschaft nicht körperlich erleben. Auch wenn Sonogramme keine Portraits sind, werden sie jedoch oft wie solche behandelt. Schwangere kleben sie in Alben, um sie dann im Familien- und Freundeskreis als erstes »Foto« vom Baby zu präsentieren. Was die Bekannten und Verwandten der Frauen auf den Bildern sehen, hängt Eva Sänger (2011: 137) zufolge jedoch von deren Nähe zum ungeborenen Kind und von deren Vertrautheit mit der Schwangeren ab, d.h. je emotionaler die Beziehung, desto bildkompetenter sind sie. Manche Frauen heften die Sonogramme in Schwangerschaftstagebücher ein oder rahmen sie, um sie im künftigen Kinderzimmer aufzuhängen (Weir 1998: 86f., 91f.; Sänger 2010: 53). Je mehr ein Körper auf den Ausdrucken gesehen wird, umso bedeutender sind sie, weil sie für Schwangere zu Stellvertretern für das kommende Kind werden. Die Gestalt auf dem Bild wird dann mit einer auf Verwandtschaft ausgerichteten Optik betrachtet und nach Familienähnlichkeiten abgesucht (vgl. Weir 1998: 85-89; Han 2009; Hockey/Draper 2005). Mittlerweile bieten manche Ärzte den Frauen auch an, USB-

Sticks zur Untersuchung mitzubringen, auf die sie die Bilder kopieren, so dass die Schwangeren die Möglichkeit haben, die Sonogramme online abzulegen oder per Mail zu versenden (vgl. Weir 1998; Palmer 2006; Sänger 2010). Im World-Wide-Web werden sie sowohl mit lebensweltlichen als auch mit medizinischen Indizes versehen: werdende Eltern verzieren sie mit pastellfarbenen Rahmen, sie illustrieren sie aber auch mit den anatomischen Termini der einzelnen Körperteile – »the medical and the sentimental are combined« (Palmer 2006: 232).¹⁰

Ärzte sehen in der routinemäßigen Anwendung der Sonografie einen Gewinn für die Schwangeren: Bietet man ihnen das Screening an, respektiert dies ihre Autonomie. Ohne Ultraschall haben sie keinen bzw. nur einen eingeschränkten Zugang zur Fehlbildungsdiagnostik und sind damit hinsichtlich der Option des Schwangerschaftsabbruches benachteiligt (vgl. Levi 2002: 288). Ganz anders argumentieren einige feministische Autorinnen anthropologischer und kulturwissenschaftlicher Studien. Sie werfen einen kritischen Blick auf die Pränataldiagnostik und beklagen die mit ihr einhergehende Medikalisierung der Schwangerschaft (z.B. Oakley 1980; Michaels 1999; Duden 1991, 2002a). Der menschenähnliche Eindruck der sonografischen Darstellung wird rein durch die bildgebende Technik erzeugt, die zu einer »neuen Schwangerschaftsästhetik« beigetragen hat (Krieger 1995). Weil bildlichen Informationen in unserer Kultur zudem eine hohe Evidenzkraft attestiert wird, führt dies den Autorinnen zufolge dazu, dass das Monitordisplay im Ultraschallraum von Ärzten und Elternpaaren als »objektive«, realitätsgetreue Abbildung behandelt und auch so rezipiert wird (vgl. Taylor 1992: 70f., 74ff.; Zachmeister 2001: 392; Mitchell 2001: 134). Harpel (2008) macht darauf aufmerksam, dass viele Frauen große Angst haben, wenn sie zur Untersuchung gehen. Diese Angst wird durch den Einsatz von Medizintechnologie aber nicht notwendig gemildert, sondern kann sogar noch geschürt werden (Harris et al. 2004). Die Sorge der Frauen um das Wohl des Kindes zeugt gerade davon, dass erst die Technisierung die Schwangerschaft zum riskanten Unterfangen gemacht hat (vgl. ebd.: 41). Statt die Bedenken der Schwangeren kommunikativ auszuräumen, würden Ärzte jedoch wiederum Ultraschall anwenden, zumal er sich unaufwändiger in die Praxisroutine einflechten lässt, als ein persönliches Gespräch (vgl. Baldus 2002: 243).

»Die Schäden des Schalls sind zahlreich«, sagt Barbara Zimmermann (1993: 98). Die Sonografie macht ihrer Ansicht nach die Frau abhängig vom Medizinsystem und die Schwangerschaft zum diagnosepflichtigen Zustand. Die Körpererfahrungen der Schwangeren werden zu »Einbildungen« (ebd. 99), die es medizinisch zu überprüfen gilt. Ähnlich argumentiert auch Barbara Duden (2002), die die Überformung der Körperwahrnehmung durch die Medizintechnik beklagt. Aus dem einstigen »Schwangergehen« der Frau ist eine medizinisch kontrollierte »entative Schwangerschaft« geworden, im Rahmen derer Bilddaten dem somatischen Erleben vorgezogen werden. Letzteres wird zum Wissen zweiter Klasse degradiert. Die ärztliche Autorität über den schwangeren Körper hat zur Folge, dass die Schwangerschaft »veröffentlicht« wird und damit nicht länger ein privates, in-

10 | Zur Konstitution elterlicher Subjekte im Zuge der Schwangerschaft vgl. die Ethnografie von Cornelia Schadler (2012).

times körperliches Erlebnis der Frau ist (ebd.: 11f., 13f., 47; 2002a: 121; 1991: 88; vgl. Krieger 1995).¹¹

Der publik gemachte Fötus zieht aus der Sicht der Autorinnen politische Konsequenzen nach sich: Er wird als zu schützendes, autonomes Wesen und als Rechtssubjekt wahrgenommen, die Frau dagegen als Objekt und ihr Körper als überwachungsbedürftiges, weil feindliches fötales Umfeld (vgl. Kaplan 1994: 132; Stabile 1998: 171ff.). Die Frauenforschung kritisiert auch die Verwendung der Schallbilder im Rahmen der Debatten zur Abtreibung. Sie werden vor allem von Abtreibungsgegnern genutzt, um den Fötus zum »fetal citizen« (Casper/Morgan 2004; Palmer 2008; vgl. Franklin 1991) zu deklarieren, d.h. zum Bürger mit Rechten, den es zu schützen gilt. Filme, wie z.B. »Silent Scream« (und andere), arbeiten mit Foto- und Filmtechnik, um für den Betrachter den Fötus »in natura« zu suggerieren (vgl. Petechsky 1987: 59ff.; Hartouni 1992; Boucher 2004, 2004a).¹² Monica Caspers (1998) Studie zur Fötalchirurgie macht zudem darauf aufmerksam, dass Ungeborenen nicht nur der Status einer Person, sondern auch der eines intrauterinen Patienten mit entsprechenden Rechten attestiert werden kann.

Auch der warenförmige Einsatz der Ultraschallbilder zu Werbezwecken wird kritisch betrachtet (Taylor 1992, 2008), da damit nicht nur die Personalisierung des Fötus, sondern auch die Kommerzialisierung der Schwangerschaft vorangetrieben

11 | Jennifer Shaw (2012) historisiert mit Rekurs auf Foucault (1973/2002) den »modernen Schwangerschaftskörper«, der ihr zufolge zeitgleich mit der Geburt der Klinik entsteht. Vera Bayer (1993) thematisiert die Geschichte der Subjektwerdung des Embryos. Zur Visualisierungsgeschichte des Ungeborenen vgl. neben Barbara Duden (2002) auch Karen Newman (1996) und Susan L. Erikson (2007). Newman (1996) macht an den verschiedenen Darstellungsformen seit dem 18. Jahrhundert ein durchgängiges Schema aus, nämlich einen vom weiblichen Körper separierten Uterus, der einen autonomen Fötus enthält (vgl. ebd.: 27, 33). Barbara Duden spricht dagegen von einem radikalen Bruch im Sinne eines Paradigmenwechsels: Mit der Geburt der Klinik (Foucault 1973/2002) entsteht Ende des 18. Jahrhunderts der moderne Körper als »Effekt und Objekt medizinischer Analyse« (Duden 1987: 15). Die Schwangerschaft, das Ungeborene und auch die Darstellungen davon sind »historische Objektivierungen« (Duden 2002: 46), d.h. die Zeichnungen der Anatomen im 16. Jahrhundert sind nicht mit heutigen Visualisierungen gleichzusetzen, denn sie zeigen immer nur ein Sinnbild bzw. »Ideogramm« (ebd.: 21) des kommenden Kindes, das als das »Eingeschlossene« (ebd.) dargestellt wird. Betrachtet man sie jedoch mit einem cartesianischen Körperverständnis, kann die ihnen inhärente historisch spezifische Symbolik nicht erschlossen werden (vgl. ebd.: 20f., 27f.).

12 | Antiabtreibungskampagnen verwenden häufig die vom schwedischen Fotografien Lenart Nilsson angefertigten fötalen Bilder, die er erstmals 1965 und dann noch einmal 1990 im Life-Magazin veröffentlichte. Carolin Stabile (1998) stellte fest, dass auf den Bildern, die 1965 publiziert wurden, der Körper der Schwangeren noch als schützende Sphäre gegen eine potentiell gefährliche Außenwelt dargestellt wurde. Im Jahr 1990 sind auf den Aufnahmen alle Spuren des Frauenkörpers verschwunden. Auch die Bildkommentierungen verweisen auf eine Unterscheidung zwischen Embryo und schwangerem Körper (vgl. ebd.: 179f.). Karin Newman (1996) kritisiert die Bilder Nilssons, da der Fötus als schlafendes Baby erscheint, was seine Humanisierung als »fötales Person« forciert. Dabei handelt es sich, so Newman, um eine Simulation des Lebens, denn realiter zeigen die Bilder den Tod, d.h. Föten, die abgegangen bzw. abgetrieben wurden (vgl. ebd.: 10-17).

wird. Vor allem die Ausstattung des Ungeborenen mit einem Geschlecht via Ultraschall regt die Kauflust der Schwangeren an, was wiederum die Personifikation des ungeborenen Kindes stimuliert, »buying things for the fetus [...] amounts to recognizing it as an individual consumer, a baby, a person« (Taylor 2002: 153, vgl. 158; 2008: 116f.). Die Visualisierung des Ungeborenen beeinflusst aber nicht nur das Kaufverhalten, allein die Inanspruchnahme der medizinischen Vorsorge diagnostik dient dem Kommerz (Mander 2011).

Die Anwendung der Sonografie wird von den feministischen Autorinnen jedoch nicht nur negativ gesehen. Sie konzedieren, dass die Schwangeren selbst die Diagnostik nachfragen, d.h. Frauen sind nicht (nur) passive Technik Konsumentinnen, sondern erfreuen sich an der Möglichkeit, das Ungeborene sehen zu können, »many of these women feel reassured and empowered by the cyborgification of the fetus« (Mitchell/Georges 1998: 114). Außerdem ordnen nicht alle Frauen ihr Körperwissen der Visualisierung unter (vgl. Saetnan 1996: 59; 2000: 340, 351). Harpel und Hertzog (2010) zufolge kann der Blick auf den Monitor nicht nur für werdende Mütter positiv sein, er unterstützt auch die bei der Untersuchung mitanwesenden künftigen Großmütter, eine emotionale Beziehung zum »fötalen Enkelkind« aufzubauen. Auf gleiche Weise profitieren werdende Väter, denn sowohl das Sehen des ungeborenen Kindes als auch das Miterleben der Untersuchung trägt zur Konstitution ihrer Vaterschaft bei (vgl. Draper 2002: 779, 786-790; Sandelowski 1994a: 232, 237; Sandelowski/Black 1994: 607f.). Doch selbst die etwas moderater eingestellten Forscherinnen äußern schlussendlich dann doch wieder Bedenken: Technik ist ein machtvoll Instrument. Die durch sie ermöglichte Visualisierung des Ungeborenen mag zwar von den Frauen positiv bewertet werden, doch die Technik verdrängt sie, weil sie sie als Informationsquellen nachrangig macht. Zudem bleibt den Schwangeren immer nur, sich dem Arzt zu subordinieren, da er ihnen das Bild erklären muss (vgl. Sandelowski 1994a: 239; Mitchell/Georges 1998: 110; Saetnan 2000: 340f.). Liegt ein Verdacht auf eine Missbildung vor, dann tun sich die betroffenen Frauen zudem schwer, sich das Kind auf Distanz zu halten, wenn sie es bereits am Schirm gesehen haben (vgl. Black 1992: 49). Für werdende Väter kann zwar die Anwesenheit im Sonografieraum von Vorteil sein, doch die Egalisierung des Zugangs zum Ungeborenen über das Sehen kann auch mit einer Devaluierung des Körperempfindens der Frau einhergehen (vgl. Sandelowski 1994a: 239; Saetnan 2000: 348; Draper 2002: 781). Zudem wird durch die Teilnahme von Männern das Schallgeschehen verändert: Wird die Sonografie von einer Ärztin durchgeführt, ist sie durch den (Ehe-) Mann nicht länger eine »women-only«-Veranstaltung (Sandelowski 1994a: 236), schallt ein Arzt, kann es zum patriarchalen Machtarrangement zwischen ihm und dem Partner der Schwangeren kommen (vgl. ebd.: 239; Saetnan 2000: 348).

Wird von ärztlicher Seite die Visualisierung des Ungeborenen als »Bonding-Instrument« begrüßt, weil sie das mütterliche Attachment befördert, so schreibt die Frauenforschung der Sonografie zu, die »natürliche« Mutter-Kind-Einheit technisch zu fragmentieren (z.B. Oakley 1993; Duden 1987, 2002). Während manche Ärzte argumentieren, dass die Frauen vorwiegend am Kind und weniger an ihrem Körper (z.B. am Zustand der Gebärmutter) interessiert sind (vgl. Filly/Crane 2002: 717), unterstellt die feministische Forschung der Medizin, den Fokus ausschließlich auf den Fötus zu richten, mit der Folge, dass der Körper der Frau buchstäblich von der Bildfläche verschwindet und damit »unsichtbar« wird (vgl. Krieger 1995: 11; Stabile 1998: 173). Mit der ultraschallevozierten technischen Enteignung des Fötus

geht Mitchell und Georges (1998) zufolge höchstens ein »technisches Bonding« einher (ebd.: 113; 1997: 382). Maßgeblichen Anteil daran wird dem Kommunikationsstil der Ärzte unterstellt: Der sonografisch vom mütterlichen Körper separierte »Cyborg-Fötus« (Mitchell/Georges 1998) wird der Frau vom sonografierenden Arzt über dessen personalisierende Bildbeschreibung als »ihr Baby« präsentiert. Dazu werden lebensweltlich relevante Körperteile (Gesicht, Extremitäten usw.) herangezogen. Die Bewegungen werden mimisch bzw. gestisch beschrieben (Lächeln, Winken), außerdem werden Intentionen attribuiert (vgl. Mitchell 2001: 172ff.). Dies führt dazu, dass jede Unterscheidung zwischen virtuellem und organischem Fötus verwischt wird (vgl. ebd.: 134; Sandelowski 1994: 269ff.; Palmer 2008: 224). Taylor (2004) macht dafür in erster Linie Ärztinnen verantwortlich, weil sie das Zeigen des »Babys« gegenüber der biometrischen Messung in den Vordergrund stellen (vgl. ebd.: 199f.; 2008: Kap. 2).¹³

Die Problematik, die die feministisch-kulturwissenschaftliche Forschung mit der Anwendung bildgebender Verfahren identifiziert, ist die Separation des Ungeborenen vom Körper der Frau, seine Konstitution als davon unabhängiges Individuum und seine damit verbundene Aufwertung zur Person bzw. zum Rechtssubjekt. Die Sorge der Autorinnen gilt jedoch primär den »verwaisten« Schwangeren: Lisa Mitchell (2001) macht auf den Verlust der reproduktiven Autonomie der Frau aufmerksam, die mit der Subjektivierung und Personifizierung des Ungeborenen einhergeht. Sie fordert deshalb, »to disrupt the conventional readings of fetal images and to harness the compelling »reality« of ultrasound« (ebd.: 200, H.i.O., vgl. 198f.). Auch andere Forscherinnen plädieren für eine Decodierung der Ultraschallbilder, damit der Betrachter sie als Konstruktionen entlarven kann (vgl. Krieger 1995a: 58; Newman 1996: 14; Palmer 2008: 230f.), denn der auf ihnen dargestellte Fötus ist fiktional und damit ein »Fetisch« (Petecksky 1987: 63; vgl. Taylor 2004). Den Autorinnen zufolge gilt es, die »weibliche« Erfahrung wiederzubeleben, d.h. der Frau und ihrem Körper(-wissen) muss der zentrale Platz im Schwangerschaftserleben zurückgegeben werden. Mitchell (2001) spricht sich deshalb für ein neues Bildgenre aus, das den Fötus zurück in den Körper der Frau bringt, so dass das Sonogramm dann auch etwas anderes zeigt, als »baby's first picture« (ebd.: 200; vgl. Saetnan 2005: 148).¹⁴

13 | In Arztpraxen in Griechenland werden Sonogramme nicht subjektivierend kommentiert. Personalität wird dort als relationale Kategorie begriffen, d.h. Ungeborene werden primär über Verwandtschaftsbeziehungen definiert (vgl. Georges 1996; Mitchell/Georges 1997: 385ff.).

14 | Janelle Taylor (2004) zufolge erzwingt die sonografische Diagnostik weder, dass der Frau das Ungeborene gezeigt wird, noch dass die Untersuchung zur Unterstützung des Bondings eingesetzt wird, noch dass die Frauen ihre Männer mitbringen, noch dass Ärzte Bilder aushändigen (vgl. ebd.: 190). Damit die Sonografie nicht länger fötale Subjekte hervorbringt, schlägt Lisa Mitchell (2001) eine medizinische Aufklärung in Form eines »informed choice« (ebd.: 205) vor, mit der der Arzt vor der Untersuchung die Schwangere nicht nur über die diagnostischen Möglichkeiten und Grenzen der Sonografie informiert, sondern auch mit ihr erörtert, warum sie das Kind überhaupt sehen will, bevor es geboren ist. Des Weiteren empfiehlt Mitchell, dass Ärzte die sonografische Untersuchung nur selektiv anbieten und auf personalisierende Bildbeschreibungen verzichten sollen. Sie plädiert, »ultrasound should be about fetuses as *part of women's bodies* rather than about [...] babies in women's bodies« (Mitchell 2001: 207, H.i.O.). Entsprechend sollte der Arzt Körperstrukturen und -bewegun-

Julie Palmer (2006) sieht einen ersten Schritt zur Rekontextualisierung des Fötus in der Nutzung von Online-Fotoalben. Dort werden die eingestellten Sonogramme oft mit anderen Aufnahmen verlinkt, z.B. landet man mit einem Mausklick auf dem Hochzeitsfoto der Eltern, bzw. auf einem Bild des schwangeren Bauches (vgl. ebd.: 237). Die neuere Frauenforschung hat auch die in den USA (und anderen Ländern) zu nichtdiagnostischen Zwecken angebotenen 3D-Ultraschalle zum Gegenstand gemacht. Durchgeführt werden sie meist von weiblichem Personal (Hebammen oder sogenannten ›Sonografers‹), das die Bilder in einer sehr weichen, femininen Stimmlage kommentiert. Der schwangere Körper wird dabei gerade nicht ausgeblendet, sondern der Frau bzw. dem Paar als behütendes ›Babymilieu‹ vorgestellt. Die Nabelschnur wird als Spielzeug des Kindes und die Plazenta als sein Kopfkissen beschrieben (vgl. Kroløkke 2009: 137; 2011: 15, 22). Körperstrukturen, die niedlich anzusehen sind (z.B. Gesicht, Hände oder Füße), werden sexuiert kommentiert. Weibliche Ungeborene haben z.B. Hollywoodlippen, männliche Fußballerbeine. Bewegungen werden als Spielen, Schwimmen oder Tanzen interpretiert. Die Art und Weise der Bildkommentierung zielt zwar explizit auf eine Personalisierung des Ungeborenen, doch im Gegensatz zur diagnostischen Sonografie erfolgt die ärztliche Deutung der Images, so Julie Roberts (2012), mit dem Paar zusammen. Die Schwangere und ihr Partner können dadurch nicht nur ihre eigenen Sehweisen einbringen, sie werden sogar explizit dazu ermutigt, eben weil der kommerzielle Schall ausschließlich aus familiären Gründen durchgeführt wird (vgl. ebd.: 311). Die Paare werden sogar angehalten, mit ihrem Baby auf dem Schirm zu sprechen und nach körperlichen Ähnlichkeiten zu suchen (vgl. Kroløkke 2009: 133ff., 2011: 29f.; Roberts 2011: 305ff., 310). Im Gegensatz zu den weiter oben genannten Autorinnen, die diese subjektivierende Form der Rezeption des Ultraschallbildes verurteilen, identifizieren JaneMaree Maher (2002) und Julie Palmer (2009a) – alias Julie Roberts – gerade diese auf emotionale Weise durchgeführten nichtmedizinischen ›Bonding-scans‹ als *förderlich* für den Erhalt der ›Mutter-Kind-Einheit‹: Anders als bei den diagnostischen Sonografien wird die Plazenta nicht als Schallhindernis moniert, sondern sie wird den Frauen als eine das Kind und den schwangeren Körper vermittelnde Struktur am Bildschirm gezeigt. Damit geht kein separierender, sondern ein Mutter und Kind verbindender Effekt einher. Die empathischen Bildkommentierungen der Beteiligten personalisieren den Fötus zwar, doch durch die andere ›Sicht‹ auf die Images (re)lokalisieren sie ihn im schwangeren Körper, statt ihn zum autarken Akteur zu machen (vgl. Maher 2002: 213f.; Palmer 2009a: 75ff.).

Bevor die Forschungsarbeiten zum pränatalen Ultraschall einer zusammenfassenden Beurteilung unterzogen werden, sollen an dieser Stelle noch die Ergebnisse einiger kulturanthropologischer Studien vorgestellt werden, die sich der lebensweltlichen Konzeption von Ungeborenen und der Inanspruchnahme der vorgeburtlichen Sonografie in nichtwestlichen Ländern gewidmet haben.

Ivry (2006, 2009) hat den Stellenwert der Pränataldiagnostik in Japan und Israel untersucht. In Japan gibt es keine klaren staatlichen Regelungen für die Schwangerschaftsvorsorge, entsprechend auch nicht für die Anzahl und die Indikation von Sonografien (vgl. Ivry 2006: 448). In den Augen japanischer Gynäko-

gen auf nüchterne, unemotionale Weise und mithilfe von anatomischem Vokabular kommentieren (vgl. ebd.: 207ff.).

logen ist der Ultraschall mehr ein Spielzeug als ein diagnostisches Instrument. Sie bieten invasive Untersuchungen (wie z.B. Fruchtwasserpunktionen) nur sehr zurückhaltend an und sprechen mit den Schwangeren auch nicht über das diagnostische Potential der Sonografie. Das Hauptanliegen der Ärzte ist, den Frauen das Kind zu zeigen, sowie deren Sorgen zu minimieren, die sich mehr um das ›Bonding‹, die Kindsgröße oder den Geburtsmodus drehen, als um mögliche Missbildungen, denn »in the Japanese arena, the word ›reassure‹ is almost completely absent« (ebd.: 452, H.i.O., vgl. 449ff.). In Israel kommt dagegen dem Ultraschall eine besondere Bedeutung zu, denn er ist mit ›bedrohtem Leben‹ konnotiert (Ivry 2009). Schwangerschaften werden auch schneller abgebrochen als in Europa oder in den USA, allein schon aufgrund kleinerer Defekte, wie z.B. deformierten Füßen. Entsprechend wird Pränataldiagnostik von den Frauen stark nachgefragt. Zudem wird jede Schwangerschaft als ›Risiko‹ eingestuft, d.h. die Einteilung ›low-risk‹ vs. ›high-risk‹ gibt es in Israel nicht (vgl. ebd.: 192f.). werdenden Eltern mag es durchaus Freude bereiten, auf den Monitor zu schauen, doch der Ultraschall wird in Israel nicht als Gelegenheit zur Personalisierung des Ungeborenen wahrgenommen. Den Ärzten ist es zum einen wichtig, Schwangere darauf aufmerksam zu machen, dass die Sonografie ein Diagnoseinstrument ist, um Fehlbildungen aufzuspüren. Zum anderen werden die Patientinnen informiert, dass das diagnostische Potential des Schalls limitiert ist (vgl. ebd.: 199). In Vietnam wird die Sonografie von den Ärzten als unverzichtbarer Bestandteil vorgeburtlicher Diagnostik angesehen. Entsprechend wird sie in den Großstädten häufig angewendet, zumal ihr Einsatz monetär sehr lukrativ ist (Gammeltoft und Nguyen 2007). Die Frauen fragen die Untersuchung auch nach, obwohl sie Zweifel haben, dass sie sicher und nützlich ist (Gammeltoft 2007). Auch in den Städten Syriens ist der Ultraschall eine etablierte vorgeburtliche Untersuchungsmethode (Bashour et al. 2005). Für die Schwangeren ist die Geschlechtsfeststellung im Zentrum, denn in der syrischen Kultur ist es wichtig, wenigstens einen Jungen zu gebären (vgl. ebd.: 150). Ähnlich verhält es sich in der Hauptstadt des Iran, auch dort ist der Schall für werdende Eltern unter anderem deshalb wichtig, um das Kindsgeschlecht zu diagnostizieren. Allerdings ist den meisten Frauen der Blick auf den Bildschirm verwehrt, auch das ärztliche Feedback hält sich in Grenzen (Ranji/Dykes 2012). Einen vergleichbaren restringierten visuellen Zugang haben Schwangere, die in den urbanen Regionen Botswanas sonografische Untersuchungen in Anspruch nehmen (Tautz et al. 2000). Viele wollen auch gar nicht wissen, was sich in ihrem Körper während der Schwangerschaft abspielt, so sagt z.B. eine Schwangere: »It's not our culture to look inside. Only god should know« (ebd.: 695). Der Ultraschall wird von den Frauen primär genutzt, um sich der Gesundheit des Ungeborenen zu versichern, nicht um das Kind zu sehen. Ein unangenehmer Moment war für die Schwangeren das Löschen des Lichts, denn Dunkelheit wird mit Tod assoziiert. Auch die Bewegungen des Schallkopfes wurden negativ beschrieben (vgl. ebd.: 694). In Tansania ist die Bedeutung der Sonografie eng verwoben mit der Kultur des Landes, d.h. ihre Anwendung ersetzt nicht tradierte Vorstellungen von Schwangerschaft, sondern bekräftigt sie (Müller-Rockstroh 2009). Frauenkörper sind permeabel und werden von menschlichen und nichtmenschlichen Entitäten bewohnt, z.B. von den ›nzoka‹, das sind die Geister der Vorfahren, aber auch von Würmern oder Ungeborenen. Mit der Ultraschalluntersuchung können diese Wesen entweder zum Vorschein gebracht werden, sie können aber auch durch das Gel, das zum Sonografieren auf den Bauch

aufgetragen wird, ausgewaschen werden (vgl. ebd.: 143ff.). Hexen – und auch die Schwangeren selbst – sind in der Lage, eine Schwangerschaft auf den Rücken zu verlagern, wo sie fortan unsichtbar bleiben kann – auch für das Schallgerät. Medizinisch liegt in diesem Fall zwar eine Fehlgeburt vor, doch tansanische Frauen halten mithilfe dieses Deutungsmusters ihre Reproduktionsfähigkeit unangefochten (vgl. ebd.: 146-148). Selbst wenn der Schall kein Kind zeigt, ist dies kein Zeichen für die Schwangere, nicht (mehr) schwanger zu sein, denn die Wahrheit zeigt nicht das diagnostische Gerät, sondern immer erst die Geburt. Die Sonografie ist in Tansania kein elterlicher Event, sie liefert nur dem Gatten den Beweis, der Vater des Kindes zu sein, da mit der Untersuchung der Konzeptionstermin berechnet werden kann. Auch der Status des Ungeborenen variiert im Laufe der Schwangerschaft: Ein Blutklumpen wird zur Eidechse, und diese wird schließlich zum Kind (vgl. ebd.: 149, 151). Im Hochland Ecuadors (Morgan 1997) sind Ungeborene ebenfalls liminale Wesen. Wann Leben beginnt, wird von den schwangeren Frauen individuell entschieden. Selbst Neugeborene werden teilweise noch als Entitäten »im Werden« begriffen, »the distinction between fetuses and infants is blurred and imprecise« (ebd.: 332). Es gibt auch »Quasi-Personen«, deren Status ambig ist, weil sie sich in Geister oder Kannibalen verwandeln können (vgl. ebd.: 324, 328ff., 338).

Auch wenn die Argumente der Medizin und die der medizinischen Disziplinen denen der medikalisierungskritischen kulturanthropologischen Autorinnen diametral gegenüber stehen, so lässt sich doch abschließend ein »kleinster gemeinsamer Nenner« für die in diesem Abschnitt vorgestellten Arbeiten zur pränatalen Sonografie ausmachen: Im Zentrum steht die »Visualisierung des Fötus« und mit ihr die soziale Bedeutung/Wirkung, die sie für/auf die Schwangere bzw. die werdenden Eltern hat – sei es nun Angstreduktion, die Förderung der Familienbildung und die Unterstützung des mütterlichen »Bondings« auf der einen Seite, oder die Separation einer naturhaft unterstellten Mutter-Kind-Einheit, sowie die Individuierung und Personifizierung des Ungeborenen auf der anderen Seite, für die die Frau die Zeche zahlen muss, weil sie ihrerseits objektiviert wird. Auf eine Kurzformel gebracht, hat die Forschung also bislang das »Fötalbild« und die damit verbundene Frage nach dessen sozialer, familialer und gesellschaftspolitischer Relevanz fokussiert.¹⁵ Diese Gemeinsamkeit spiegelt sich auch in der Methodik: Die medizinischen Arbeiten sind meist groß angelegte klinische Langzeitstudien. Auch die (medizinische) Psy-

15 | Der Grund für diese Engführung lässt sich nur vermuten: Bevor der Ultraschall in der Medizin eingesetzt wurde, gewährte schon seit geraumer Zeit die Röntgentechnik den Ärzten Zugang zum Innenkörper. Aufgrund der Strahlung war sie jedoch für Schwangere nicht routinemäßig anwendbar. Die Möglichkeit, über Schallwellen Zugang zu Embryonen und Föten zu bekommen, stellte deshalb ein historisches Novum dar, mit der Folge, dass die Schwangerschaft im ausgehenden 20. Jahrhundert zum gefragten Gegenstand medizintechnischer Forschung und Entwicklung avancierte. Einerseits löste die Visualisierung von Ungeborenen Begeisterung bei der Ärzteschaft aus, was dazu führte, sich auch der elterlichen Rezeption des fötalen Sonogramms zu widmen. Andererseits rief sie aber auch Lebensschützer auf den Plan und motivierte zu gesellschaftlichen (rechtlichen bzw. ethischen) Diskussionen, die wiederum bedingten, dass sich auch die kulturwissenschaftliche Forschung – mehr oder weniger kritisch – mit der Visualisierung von Föten und den damit verbundenen sozialen und politischen Konsequenzen auseinandersetzte.

chologie, die psychometrische Testverfahren oder (teil-)standardisierte Fragebögen einsetzt, arbeitet überwiegend mit Statistik. Ein Teil der sozial- und kulturwissenschaftlichen Forschung macht Diskursanalysen. Die meisten AutorInnen verwenden halboffene bzw. fokussierte Interviews, über die die Eindrücke der werdenden Eltern, die sie beim Blick auf das Sonogramm gewonnen haben, rekonstruiert werden. Die bisherige Forschung konzentrierte sich also im Wesentlichen auf Umfragen und Interviews, mit denen ein breites Wissen über die gesellschaftliche und subjektive Rezeption von Ultraschallbildern gewonnen werden konnte. Was jedoch fehlt, sind genuine Situationsbeobachtungen, d.h. keine Studie widmet sich explizit der klinischen Situation und der Praxis der Bildherstellung. Lisa Mitchell (2001), Julie Roberts (2011) und Charlotte Kroløkke (2011) haben zwar auch Kliniken aufgesucht, um an sonografischen Untersuchungen beobachtend teilzunehmen, im Fokus stehen aber die ärztlichen Bildkommentierungen, die als Gesprächsmitschnitte dargestellt werden. Die Situation als solche wird nicht aufgezeichnet (z.B. mithilfe von Beobachtungsprotokollen), sondern auf die ›Tonspur‹ reduziert. Nichtsprachliche Praktiken (Gestik, Mimik, Körperhaltungen und -bewegungen etc.) werden allenfalls zur Kenntnis genommen und als solche festgestellt (z.B. in Form situativer Hinweise, wie ›zeigt zum Schirm‹, ›mimt Gähnen‹ usw.), sie werden aber nicht einer Analyse unterzogen. Auch die Interaktion, in die die Anwesenden untersuchungsbedingt verstrickt sind, und das Sonografieren als praktische Tätigkeit werden nicht zu Daten gemacht und bleiben entsprechend analytisch weitgehend unberücksichtigt. Die Sozialwissenschaftlerin Aug Nishizaka (2010) hat ihre Studie in gynäkologischen Praxen in Japan durchgeführt. Ihr ist zwar auch an den manuellen Gesten der sonografierenden Hebamme gelegen (z.B. das Antippen des Displays mit dem Zeigefinger), die sie mit einer Kamera aufgezeichnet hat und in Form einiger weniger Zeichnungen präsentiert, doch als Konversationsanalytikerin legt sie ihr Augenmerk ebenfalls rein auf die Sprache, genauer gesagt auf die deiktischen Bildkommentierungen der Hebamme, die sie als sequenzanalytisch aufbereitete Gesprächsdaten darstellt. Auf die Dynamik der Gesten weist sie dann erst im Zuge der Interpretation dieser Sprechhandlungen hin.¹⁶

1.2 DIE KONZEPTION DER STUDIE

Gegenstand dieser Forschungsarbeit ist die Ultraschallsprechstunde als *soziale Situation* und die in ihr stattfindenden *sozialen Praktiken*. Sie orientiert sich dazu zum einen an der Mikrosoziologie Erving Goffmans, der die Interaktion unter kopräsenten Anwesenden zum Thema macht, jedoch unter der Prämisse, dass es ihm »nicht um Menschen und ihre Situationen, sondern [...] um Situationen und ihre Menschen« geht (Goffman 1967/1971: 9). Soziale Situationen bilden sich »unter der Ägide entsprechender sozialer Anlässe« (Goffman 1969/1971a: 43), d.h. die Teilnehmer

16 | Nishizaka zufolge wurzelt die von der feministischen Forschung beklagte Separierung des Fötus vom Körper der Frau in der sequentiellen Organisation der deiktischen Sprechakte. Sie weist aber auch auf einen ›verbindenden‹ Effekt hin: Die Kommentare werden vom klinischen Personal zwar auf den Bildschirm bezogen geäußert, doch weil sich der dort visualisierte Fötus ja im Körper der Frau befindet, wird damit eine Beziehung zwischen Display und schwangerem Körper hergestellt (vgl. ebd.: 310-312; 330f.).

treffen aufgrund eines zeitlich und räumlich begrenzten Ereignisses aufeinander, das Goffman auch als »soziale Veranstaltung« (ebd.: 29) bezeichnet. Auch die Ultraschallsprechstunde ist eine soziale Veranstaltung, die Goffmans Charakteristika durchaus gerecht wird: Sie ist durch eine strikte »Tagesordnung« (ebd.: 30), einen festgelegten Beginn und ein definiertes Ende gekennzeichnet. Die Anwesenden können keinen x-beliebigen Aktivitäten nachgehen, denn institutionell zugelassen sind nur jene, die auf den Anlass abgestimmt sind (also auf vorgeburtliche Diagnostik). Ein davon abweichendes Verhalten wird nicht toleriert. Meist übernimmt eine Person – der Arzt – die Regie über das situative Geschehen und sorgt auch dafür, dass es geordnet verläuft. Trotz der medialen Inszenierung in Spielfilmen, in der Werbung oder in TV-Dokumentationen sind gynäkologisch-geburtshilfliche Untersuchungsräume jedoch immer noch »private Orte« (Goffman 1969/1971a: 21). Entsprechend halten sich dort meist nur Klinikzugehörige und dorthin eingeladene Patienten auf, d.h. die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Je nachdem welche Funktionen die Beteiligten übernehmen, wird ihnen entweder mehr (Arzt, Patientin) oder weniger (Begleiter, z.B. werdende Väter) an »situiertem Engagement« (ebd.: 43) abverlangt. Soziale Situationen im Allgemeinen und die klinische Sprechstundensituation im Besonderen sind somit durch erwartbare Formen der Teilnahme reglementiert. Jeder Anwesende ist gefordert, ein dem situativen Anlass entsprechendes Verhalten an den Tag zu legen, denn damit zeigt er, dass er »in der Situation ›auf dem Teppich‹ ist, agil der Zusammenkunft gegenüber, an ihr orientiert und willig und offen für alle Interaktion, die sie bringen mag« (ebd.: 180, H.i.O., vgl. 41f., 179).

Neben Goffmans Konzept sozialer Situationen greift diese Studie auch auf praxeologische Prämissen zurück. Ihnen ist gemeinsam, dass sie Sozialität weder in aggregierten Einzelhandlungen, noch in einem übergeordneten Normen- oder Symbolsystem, noch in Diskursen oder Kommunikationssystemen verorten, sondern in einem Geflecht sozialer Praktiken, die Schatzki (1996) als »temporally unfolding and spatially dispersed nexus of doings and sayings« bezeichnet (ebd.: 89; vgl. Reckwitz 2004: 43, 2008: 112ff.). Praktiken sind ›situier‹t, d.h. sie finden in sozialen Situationen statt und sind deshalb auch der Beobachtung zugänglich. Sie werden nicht – wie Handlungen – nur intentional in Gang gesetzt, sondern sie ›laufen‹. Gefragt wird dann, wie sie ›praktiziert‹ werden, was sie am Laufen hält, oder was sie ausbremst. Weil es weniger um Akteure, sondern um deren Aktivität(en) geht, sind Praktiken nicht nur offen für die Beteiligung von Personen, sondern auch für Körper und Artefakte, d.h. Sozialität ist immer auch ›materialisiert‹. Mit Gegenständen oder Geräten wird aber nicht bloß hantiert, sie sind nicht nur instrumentelle Hilfsmittel, sondern sie ermöglichen erst bestimmte Verhaltensweisen und begrenzen andere (vgl. Hirschauer 2004: 73f.; Reckwitz 2008: 103; Hörning 2001: 68). Auch wenn eine Praxis ein routiniertes Tun ist, hält sie nicht nur Gewohntes in Gang, sondern ist immer auch produktiv. Nicht zuletzt deshalb sind Praktiken nie völlig berechenbar, sondern können auch misslingen. Und weil nicht nur Akteure ihre Träger sind, können für das Scheitern auch nicht funktionierende Dinge oder ungeschickte Körper verantwortlich sein, denn sie gewinnen mitunter im Praxisvollzug Eigengewicht, wenn sie für den Nutzer zur Zumutung oder zum Ärgernis werden (vgl. Hörning 2001: 14; Reckwitz 2004).¹⁷

17 | Da Praxistheorien nicht – wie Handlungstheorien – intentional handelnden Akteuren die Trägerschaft von Sozialität attestieren, wird auch Wissen nicht als Bestand in den Köpfen ge-

Gerade klinische Dienstleistungsinteraktionen sind häufig artefaktvermittelt und zeichnen sich durch räumliche Kopräsenz der Beteiligten aus. Schon allein deshalb liegt es nahe, Kommunikation nicht auf Sprechen einzuschränken, sondern auch »expressive Botschaften« (Goffman 1969/1971a: 24) einzubeziehen, d.h. körperliches Ausdrucksverhalten, für das Goffman (1976b) den Begriff des »Displays« verwendet. Klinische Praktiken sind jedoch – mehr *oder* weniger – auf verbale Kommunikation angewiesen: Manche können ausschließlich körperlich vollzogen werden und deshalb schweigsam vonstatten gehen, bei anderen reicht es, wenn sie nur episodisch sprachlich flankiert werden (vgl. Reckwitz 2008: 113ff.; Hirschauer 2001). Es gibt aber auch Praktiken, die gerade deshalb Personen beanspruchen, weil diese sich z.B. darüber verständigen müssen, was sie gerade warum und wie mit und an ihren Körpern tun. Dass bei klinischen Tätigkeiten sprachliche und nichtsprachliche Praktiken aufeinander verwiesen sind, haben schon Studien gezeigt, die Pflegeinteraktionen auf Intensivstationen zum Gegenstand hatten (z.B. Heimerl 2006). Gerade wenn die Patienten nicht mittels Narkose aus der Situation ausquartiert werden, müssen jene, die sich an deren Körpern zu schaffen machen, einen Preis dafür zahlen, indem sie neben der klinischen Aufgabe auch »Gefühls- und Beziehungsarbeit« (Strauss et al. 1980; vgl. Badura 1990) leisten. Diese erfordert vor allem verbale Zuwendung und ist oft dann unerlässlich, wenn intime Körperbereiche im Fokus stehen. Auch bei gynäkologisch-geburtshilflichen Untersuchungen wird immer mit Körpern an Körpern gearbeitet. Die kommunikative Dichte während der Ultraschallsprechstunde ist natürlich in erster Linie davon abhängig, was gerade »zu tun« ist. Je nachdem, ob der Arzt und die Patientin nur im Gespräch miteinander sind, oder ob gerade geschallt bzw. Fruchtwasser punktiert wird, wird mal mehr oder mal weniger miteinander geredet. Es macht also keinen Sinn, die Analyse klinischer Situationen auf Sprechhandlungen zu reduzieren. Im Gegenteil, verbale Kommunikation ist immer in das situative Geschehen eingelassen (Goffman 1976a) und entsprechend mit Körperpraktiken, dem Ausdrucksverhalten der Beteiligten und der artefaktunterstützten ärztlichen Tätigkeit verstrickt. Gerade während des Sonografierens bildet Nichtsprachliches nicht bloß den »Kontext« für Sprechhandlungen. Diese werden stattdessen vom diagnostischen Tun evoziert, strukturiert und oft auch »zum Schweigen« gebracht. Verbale Kommunikation ist während des Schallens also einerseits unabdingbar, weil sich immer auch Personen mit im Untersuchungsraum aufhalten, andererseits ist sie häufig nur »Begleitmusik« dessen, was die Anwesenden mit ihren Körpern machen.

Wenn diese Studie die Ultraschallsprechstunde als soziale Situation und mit ihr die situierten Praktiken in den Blick nimmt, dann bedeutet das, den Forschungsfokus auszuweiten und zu fragen, was sich denn in den gynäkologisch-geburtshilflichen Untersuchungsräumen im Verlauf der einzelnen Sprechstunden überhaupt ereignet: Welcher Art sind die »sozialen Veranstaltungen« (Goffman 1969/1971a), und wie laufen sie jeweils ab? Welche Praktiken lassen sich dabei beobachten? Im

dacht. Als »praktisches Wissen« ist es sowohl verkörpert als auch in Artefakten materialisiert und wird im Praxisvollzug situations- und kontextspezifisch hervorgebracht (vgl. Hirschauer 2004: 73ff.; Hörning 2004: 35ff.; Reckwitz 2008: 113-115, 117ff.; 2008a: 152; 2004: 44f.). Zu praxistheoretischen Ansätzen zählen z.B. Wittgensteins Sprachspiele (2001), Bourdieus Entwurf einer Theorie der Praxis (1979), die Ethnomethodologie (Garfinkel 1967) und die Akteur-Netzwerk-Theorie (Latour 1991, 1996a).

Zentrum steht also die ›konzertierte Aktion‹, in der die Bildherstellung stattfindet. Weil Praktiken nicht nur ineinander verzahnt, sondern auch zeitlich verkettet sind, orientiert sich die Situationsbeobachtung am klinisch organisierten Ablauf der Sprechstunde: Die Ärzte führen zuerst ein (anamnestisches/aufklärendes) Vorgespräch mit der Schwangeren, anschließend wird sie sonografiert, und nach Abschluss der Untersuchung findet eine (befundende/beratende) Nachbesprechung statt.

Neben dem Fokus auf die Situation grenzt sich diese Studie aber noch durch eine weitere konzeptionelle Besonderheit von der bisherigen Forschung ab: Das Ungeborene wird nicht als körperliche Entität (als das ›Kind‹ bzw. der ›Fötus‹) auf dem Bildschirm vorausgesetzt. Dadurch wird es möglich, eine bislang nicht aufgeworfene Frage zu stellen: Wie werden im Situationsverlauf – und im Speziellen in und mit der Praxis des Sonografierens – Ungeborene als ›Körperwesen‹ *hergestellt*? Mit welchen Praktiken werden Körper(teile) auf den Bildschirm *gebracht*? Vergleichbar, wie die »Fabrikation des Körpers in der Chirurgie« (Hirschauer 1996)¹⁸ zum Forschungsgegenstand gemacht wurde, so gilt es hier, die ›Fabrikation‹ des Kindskörpers entlang des Sprechstundenverlaufes soziologisch zu rekonstruieren. Im Sonografieraum wird zwar ständig *über* den Körper des Ungeborenen gesprochen, doch *vom* Körper als solchen ist dabei nie die Rede, denn die Anwesenden sprechen ausschließlich vom Kind.¹⁹ Der Begriff ›Kind‹ wird dabei wie eine Universalkategorie verwendet, unter die alles subsumiert wird, unabhängig, ob es um Einträge im Mutterpass, um Blutwerte oder Körpermaße geht. Dies ist nachvollziehbar, denn in der lebensweltlichen Perspektive ist das Ungeborene ja nicht nur ein entstehender Körper, sondern immer das werdende Kind, das zugleich als künftiges Kind antizipiert wird (und aus Sicht der Teilnehmer *ist* dieses Kind dann auch die Körpergestalt, die auf dem Monitor zu sehen ist).²⁰ Dass im Sonografieraum alle auf

18 | Die Praxis des Operierens bringt neben einem »Chirurgenkörper« auch einen Patientenkörper hervor, in den »Schnitt für Schnitt [...] die Strukturen ein[geschrieben] werden, die ein normaler, ordentlicher Körper haben sollte« (Hirschauer 1996: 115). Auch Annemarie Mol (2002) zeigt in ihrem Buch »The body multiple« am Beispiel von Patienten mit Arteriosklerose, wie deren Körper und die Erkrankung in den verschiedenen Settings der Klinik auf jeweils spezifische Weise im Zuge soziotechnischer Praktiken konstituiert bzw. performiert (›enaktiert‹) werden.

19 | Die KlinikärztInnen sprechen auch nicht von Föten oder Embryonen, weder ›unter sich‹ noch im Kontakt mit Schwangeren oder Elternpaaren. Bei der soziologischen Beschreibung wird ebenfalls auf diese Begriffe verzichtet, würden doch damit Figuren in die Situation eingeführt, die sich primär in politisch-ethischen Debatten bzw. in der medizinwissenschaftlichen Literatur finden. Weir (1998a) argumentiert, dass Klinikärzte in der Regel vom ›Baby‹ sprechen, wenn sie sich mit Schwangeren unterhalten. Auch dieser Begriff wurde im Beobachtungszeitraum allenfalls episodisch bei Amniozentesen gehört (vgl. Kap. 7). In dieser Studie wird in der Regel vom Ungeborenen bzw. ungeborenen Körper die Rede sein, nur ab und an wird auf die Teilnehmerkategorie ›Kind‹ zurückgegriffen.

20 | An dieser Stelle ließe sich anmerken, dass Kind und Körper ja nichts anderes als ›eins‹ sein können, da weder das Kind dem Körper noch der Körper dem Kind voraus geht. Alltagsweltlich (und wohl auch biologisch bzw. medizinisch) ist dem durchaus zuzustimmen. Soziologisch betrachtet ist es jedoch eine empirische Frage, wer zuerst ›da‹ ist – das Kind

das Kind gerichteten Aktivitäten seinen sich entwickelnden Körper im Zentrum haben, liegt auch im Selbstverständnis der Medizin begründet, denn ihr Gegenstand sind nun mal Körper. Gärtner hantieren mit Pflanzen, Schneider mit Stoffen, Köche mit Lebensmitteln, Goldschmiede bearbeiten Edelmetalle, Automechaniker sind auf Kraftfahrzeuge spezialisiert, und Ärzte sind eben ›Facharbeiter‹, die sich die Inspektion (Diagnostik) und Instandsetzung (Therapie) von Körpern auf die Fahnen geschrieben haben.²¹ Genau diese pränatalmedizinische ›Körperarbeit‹ wird in dieser Studie beobachtet, schließlich kann darüber auch verfolgt werden, welchen Beitrag sie zum ›Werden‹ des Kindes leistet. Dafür ist es jedoch sinnvoll, sich aus analytischen Gründen der lebensweltlichen In-eins-Setzung von Kind, Körper und Bildschirmdarstellung zu enthalten: So wie der Geschlechterdifferenzierungsforscher die Alltagsüberzeugung, dass es ›naturhaft‹ zwei Geschlechter gibt, ›einklammern‹ muss, um die Praktiken der Geschlechterunterscheidung bzw. -nichtunterscheidung in den Blick zu bekommen (Hirschauer 1989, 2003)²²,

oder sein Körper? Bei Paaren, deren Kinderwunsch lange Zeit unerfüllt blieb, mag das Kind vielleicht schon viele Jahre ›am Leben‹ sein, bevor sich dann endlich auch sein Körper in der Gebärmutter eingenistet hat. Im umgekehrten Fall einer ungewollten Schwangerschaft kann der Körper dem Kind vorausziehen, weil Letzteres unter Umständen erst nach Monaten zugelassen wird.

21 | Wie im gynäkologisch-geburtshilflichen Untersuchungsraum das Kind mit seinem Körper gleichgesetzt wird, so wird auch in jeder Arztpraxis nicht (nur) ein Körper diagnostiziert, sondern immer der Patient, also der Körpereigentümer. Dies zeigt sich in der Sprechweise: Der Arzt wird seinem Kollegen sagen, ›ich habe heute *Herrn Müller* untersucht‹, und Herr Müller wird zuhause seiner Frau erzählen, ›*ich* wurde untersucht‹. Diese Identifikation des Körpers mit der Person ist jedoch kein ärztliches Spezifikum, sondern alltagsüblich: Die Personenwahrnehmung ist ›körperlich‹, weil der Körper die ›materielle Substanz‹ der Person ist, über die sie als solche ›erkannt‹ wird. Gynäkologen verfahren zwar mit den Körpern Ungeborener wie mit denen von Patienten, doch deshalb sind Ungeborene für sie nicht automatisch auch Patienten. In der medizinischen Literatur gibt es Hinweise, wann sie zu solchen werden können: Wade (1999) macht allein die Leistung des Schalls, Missbildungen zu diagnostizieren, für die Zuschreibung des Patientenstatus verantwortlich. Stiller und Mitarbeiter (2001) binden die Attestierung an eine Fehlbildungsdiagnose. Für Levi (2002) ist nur der lebensfähige Fötus ein Patient. Auch die Ärzte in der Klinik, in der die Beobachtungen für diese Studie stattgefunden haben, haben erst einmal nur *eine* Patientin: die Schwangere. Das Ungeborene wird z.B. für eine der Ärztinnen zum Patient, »wenn ein Befund beim Schall rauskommt, oder wenn's bei der Geburt Probleme gibt«.

22 | Im Alltag wird die Zweigeschlechtlichkeit als ›Naturtatsache‹ verstanden, d.h. der Körper (sex) wird dem Sozialen vorgeordnet und damit zur Ursache für die Wahrnehmung zweier Geschlechter (gender). Mit dieser Logik werden Geschlechtsunterschiede dann – logischerweise – mit Geschlechtsunterschieden erklärt. Auch die Geschlechterforschung geht bei ihren Analysen von dieser Voraussetzung aus. Aus einer wissenssoziologischen Perspektive (Hirschauer 1989, 1994) wird die Geschlechterdifferenz dagegen als alltagspraktische Herstellungsleistung angesehen. Entsprechend wird die *Unterscheidungspraxis* in den Blick genommen: Wie *machen* sich Personen zu Männern und Frauen? Wie wird die Geschlechterunterscheidung hergestellt, aufrechterhalten und naturalisiert? Um diese Fragen überhaupt stellen zu können, muss jedoch die Alltagsüberzeugung eingeklammert und von der »Null-Hypothese« (Hagemann-White 1988: 230) ausgegangen werden: Es gibt keine notwendige, naturhaft vor-

so nimmt auch die sozialwissenschaftliche Beobachterin davon Abstand, den Kindskörper und mit ihm das Kind auf dem Monitor vorzusetzen. Mit dieser ›(Zurück-)Haltung‹ können Ungeborene als das betrachtet werden, was sie im gynäkologisch-geburtshilflichen Untersuchungsraum sind: Die ›epistemischen Wissensobjekte‹ der Ärzte, auf die die diagnostischen Bemühungen gerichtet sind. Hans-Jörg Rheinberger (2001), auf dessen Konzept hier zurückgegriffen wird, beschreibt in seinen Arbeiten zwar nicht die Tätigkeit von Frauenärzten, sondern die von Biochemikern im Labor, deren »epistemische Dinge« (ebd.: 24) Zellbestandteile sind, dennoch macht der Rekurs Sinn: Biochemiker untersuchen Reaktionen, die in der menschlichen Zelle ablaufen. Sie haben jedoch keinen direkten Zugang zu ihr, deshalb können sie genaugenommen nichts darüber sagen, was *in* ihr passiert. Ihnen bleibt nur, einen Raum *außerhalb* der Zelle zu schaffen – ein »Modell« bzw. »In-vitro-System« (Rheinberger 1994: 413) – für genau die Reaktionen, die ihnen zufolge *innerhalb* der Zelle stattfinden. Die Wissensobjekte der Biochemiker sind auch nicht einfach ›da‹ und warten darauf, entdeckt zu werden. Sie zeichnen sich stattdessen dadurch aus, dass sie in ihrer experimentellen Präsenz abwesend sind, dementsprechend ist ihr Status vorläufig, fragil und vage. Im Forschungsprozess können sie deshalb nur mittels »Spuren« bzw. »Repräsentationen« im Kontext eines Experimentalsystems »zur Artikulation« gebracht werden (Rheinberger 1994: 413f.).²³ Dies geschieht wiederum mithilfe »technischer Dinge« (Rheinberger 2001: 25). Dabei handelt es sich nicht nur um Apparate oder Instrumente, sondern auch um jene Wissenschaftsobjekte, die bereits durch das forschende Tun hinreichend stabilisiert wurden. Ob es sich nun um Eiweiße in der Zelle oder um einen menschlichen Organismus im Uterus handelt, wenn Wissensobjekte mittels ›Spuren‹ artikuliert werden, heißt das nicht, dass sie ›abgebildet‹ werden, denn die Repräsentationen – seien es bildliche, numerische oder textuelle – sind immer »Hervorbringungen« (Rheinberger 1994: 413), d.h. »das Wissenschaftsobjekt wird repräsentiert im Sinne einer Produktion: es wird dargestellt, indem es *hergestellt* wird« (Rheinberger 1992: 81, H.d.V., vgl. ebd.: 70f.). Regula Valerie Burri (2008), die Bildpraktiken im Rahmen der Magnetresonanztomographie untersuchte, sagt

geschriebene Zweigeschlechtlichkeit, es gibt nur verschiedene kulturelle Konstruktionen von Geschlecht. Die Gender Studies verstehen Geschlecht also nicht als etwas wesenhaftes, sondern es wird von Körpern und Personen de-zentriert und in körperlichen Darstellungen, in Tätigkeiten, in Sprachstrukturen, Wissenssystemen oder in Artefakten verortet (vgl. Hirschauer 1994, 2003). Aus dieser Perspektive sind auch Genitalien nicht per se Geschlechtszeichen und damit automatisch Klassifikationskriterien für Personen. Sie werden erst durch eine kulturelle Zuschreibungspraxis zu solchen gemacht (vgl. Hirschauer 1989). Zu ethnomethodologischen Studien über Transsexualität, die die kulturelle Praxis der Geschlechterunterscheidung beobachten, vgl. Garfinkel (1967), Hirschauer (1993) und Lindemann (1993).

23 | Rheinberger verweist auf Bruno Latour, der ähnlich argumentiert: Ihm zufolge kann der Forschungsgegenstand nur durch eine Liste der ihn konstituierenden Aktionen definiert werden. Immer, wenn man der Liste wieder eine Eintragung hinzufügt, ändert sich der Gegenstand, er bekommt eine neue Form bzw. eine neue Gestalt (vgl. Latour 1987: 87f.; Rheinberger 1992: 70; 1994: 409). Auch für Karin Knorr-Cetina (1998) sind Wissenschaftsobjekte im Forschungsprozess nie völlig erreichbar, weil sie erst im Prozess ihrer materialen Definition begriffen sind und entsprechend verschiedene Formen und Eigenschaften annehmen können (vgl. ebd.: 99-102).

in Anlehnung an Hans-Jörg Rheinberger, dass diese »in einem bestimmten Setting statt[finden], das einer wissenschaftlichen Experimentalanordnung gleichkommt« (ebd.: 89). Diese Charakterisierung trifft auch für den Sonografieraum in der Klinik zu: Als epistemische Wissensobjekte der Ärzte sind Ungeborene insofern ›Heranwachsende‹, da sie erst sukzessive im Verlauf der Schwangerschaft *körperlich(er)* werden. Entsprechend sind ihre *im Werden* begriffenen Körper ›epistemisch vage‹. Vage sind sie aber auch insofern, weil sie – anders als geborene Körper – visuell nicht ›vorhanden‹ sind und deshalb nur ›visualisiert‹ werden können. Aufgabe der Pränatalmedizin ist, diese doppelte Vagheit mittels diagnostischen Erkenntnissen zu reduzieren, d.h. die Anfertigung von sonografischen Repräsentationen trägt in diesem Sinne nicht nur zur ›Stabilisierung‹, sondern zuallererst zur ›visuellen Herstellung‹ des ungeborenen Körpers bei. Dieser nimmt zwar im Laufe der Schwangerschaft auch an Materie zu und wird dadurch im und am schwangeren Körper spür- und tastbar, dennoch ist der Gynäkologe in ›optischer‹ Hinsicht mit dem gleichen Problem konfrontiert, wie der Forscher im Biochemielabor: Auch wenn Ungeborene im Uterus auf andere (und vielleicht unaufwändigere) Weise visuell ›zugänglich‹ zu machen sind als Zellbestandteile, so ist doch dem Arzt ein unvermittelter Blick in die Gebärmutter genauso verwehrt (sofern er nicht operieren will), wie dem Biochemiker der direkte Blick in die Zelle. Der nutzt sein ›In-vitro-System‹, und der Gynäkologe greift auf bildgebende Apparate zurück, um damit Repräsentationen des ungeborenen Körpers herzustellen.²⁴ Das diagnostische Gerät mag aus der Sicht des Arztes ›Einsicht‹ in die Gebärmutter gewähren, doch die sonografisch produzierten Spuren können allein deshalb immer nur *Spuren* des Ungeborenen sein, eben weil es generell bei der Visualisierung des Körperinneren keinen externen Referenten gibt. Mit Latour formuliert, der von ›Inskriptionen‹ (Latour 1986) spricht, weisen Repräsentationen immer zirkulär aufeinander, denn der Referent »ist an allen Punkten des Netzes in Umlauf [...]. Wenn wir [...] der Übertragung der Inskriptionen folgen, können wir [...] *seine Spur verfolgen*« (Latour 1996: 186, H.i.O; vgl. Rheinberger 1994: 412).²⁵ Auch im Sonografieraum wird nicht

24 | Heute muss nicht mehr notwendig auf ›In-vitro-Systeme‹ zurückgegriffen werden, wenn es um intrazelluläre Vorgänge geht, denn die ›molekulare Bildgebung‹ ist zunehmend in der Lage, sie ›in vivo‹ zu visualisieren. Um z.B. die Genaktivität oder den Zellstoffwechsel in bestimmten Geweben darzustellen, werden dem Patienten radioaktiv markierte ›Tracer‹ oder magnetisierte Nanopartikel injiziert, die sich an spezifische Moleküle in der Zelle anheften, welche anschließend mit nuklearmedizinischen Verfahren (z.B. Szintigrafie, Computer- und Magnetresonanztomografie) sichtbar gemacht werden können. Auch lumineszierende Markierungssubstanzen werden eingesetzt. Sie rufen bestimmte Enzymreaktionen hervor, die – ähnlich wie bei Glühwürmchen – zu einer Lichtemission in der Zelle führen, die visualisierbar und messbar ist. Diese neuen Bildgebungsmodalitäten haben zum Ziel, Krankheiten (z.B. Formen von Demenz oder Krebs) bereits im ›molekularen Stadium‹ festzustellen, also lange bevor sie morphologisch oder symptomatisch diagnostizierbar sind (vgl. Schaeffter 2005).

25 | Bruno Latour bezeichnet mit dem Begriff ›Inskriptionen‹ die durch Einschreibeprozesse im Rahmen wissenschaftlichen Experimentierens generierten Repräsentationen. Mit ihnen wird das Objekt, um das sich das Forschungsbemühen zentriert, in die Form von Zeichen verschiedenster Art gebracht (vgl. Latour 1986: 7ff.). Diese befinden sich in einem Verhältnis zirkulierender Referenz, die Latour (1997) am Beispiel der Arbeit von Bodenkundlern herausarbeitet, die die Übergangszone zwischen Urwald und Savanne in Brasilien untersuchen. Er

einfach eine beliebige Sammlung voneinander unabhängiger Körperspuren produziert. Jede Repräsentation erlangt nur innerhalb einer synchronen (in der Untersuchungssituation gewonnenen) bzw. diachronen (im Schwangerschaftsverlauf generierten) *Kaskade* von Repräsentationen Bedeutung.

Auf vergleichbare Weise wie Gynäkologen mit Ungeborenen verfahren, so tun dies Kinderärzte mit bereits geborenen Kindern, d.h. sie werden über entwicklungsdiagnostische Untersuchungen als »Wissensobjekte« figuriert (Bollig 2010: 96). Und wie aus einer praxisanalytischen Perspektive die kleinkindliche Entwicklung weder als Wesensmerkmal des Kindes noch als Phänomen verstanden wird, das vom Ort seiner Beobachtung (der Kinderarztpraxis) unabhängig ist, sondern als etwas, was in den lokalen diagnostischen Praktiken »*in situ*« hervorgebracht wird und entsprechend in diesem »Praktiziert-Werden« zu rekonstruieren ist (ebd.: 96f.)²⁶, so werden in dieser Studie die apparativ vermittelten Praktiken im Sonografieraum als »spurengenerierende« betrachtet, mit denen Ungeborene »verkörpert« und damit epistemisch »dingfest(er)« (Rheinberger 1994: 413f.) werden.

Wenn die Ultraschallsprechstunde als soziale Situation Gegenstand dieser Studie ist, dann bedeutet das jedoch nicht, dass ausschließlich solche Praktiken berücksichtigt werden, die auf die diagnostische Fabrikation des Kindskörpers ausgerichtet sind. Im Laufe der Untersuchungssituation passiert um einiges mehr, und eine »umsichtige« sozialwissenschaftliche Beobachterin sieht auch mehr: Zum einen wird in dieser Arbeit die Tätigkeit des Sonografierens als »Körperpraktik« rekonstruiert, denn sie beschränkt sich keinesfalls nur auf die schlichte Handhabung eines technischen Artefakts. Der Arzt und die Schwangere müssen zwar ihre Körper zum Schallen mehr oder weniger ruhigstellen, dennoch sind diese keine »stummen Diener«. Zum anderen lohnt es sich, auch die Interaktion unter Anwesenden in die Analyse einzubeziehen. Ihr wurde von der Forschung bisher gar keine oder höchstens eine randständige Beachtung geschenkt. Sie ist jedoch aus mehreren Gründen interessant: Sonografieren kann einerseits nur stattfinden, wenn die Anwesenden interagieren, also etwas miteinander tun. Andererseits haben die Beteiligten zu einem gewissen Umfang Freiheiten, wie sie sich in der Situation engagieren. Vor allem, wenn BegleiterInnen mitanwesend sind, kann beobachtet werden, wie die Teilnehmer wechselseitig dyadisch aufeinander Bezug nehmen oder sich ins Abseits stellen. Zudem bergen klinische Situationen unterschiedliche Hürden für die Anwesenden, die gemanagt werden müssen. Dies lässt sich exemplarisch an besonderen Sprechstunden zeigen. Besonders sind sie deshalb, weil z.B. eine soziale Veranstaltung stattfindet, die spezifische Bezugsprobleme aufwirft und darum ungewöhnlich verläuft (eine schwierige Fruchtwasserpunktion), weil der soziale Anlass ein außergewöhnlicher ist (ein Schwangerschaftsabbruch), oder weil er für die Teilnehmer insofern eine Herausforderung darstellt, da beide, die

beschreibt die Transformationsprozesse ausgehend von der Erde vor Ort bis hin zum Diagramm in der abschließenden wissenschaftlichen Publikation. Ob Erdklumpen, Bodenprobe, Tabelle, Grafik oder Expeditionsbericht, jedes Element bezieht sich auf das davorliegende und das ihm nachfolgende, d.h. jeder einzelne Übersetzungsschritt ist immer sowohl Referent/Ding als auch Repräsentation/Zeichen (ebd.: 242).

26 | Zur kulturwissenschaftlichen Betrachtung der kindlichen Entwicklungsdiagnostik vgl. Kelle (2007, 2010) und Kelle/Tervooren (2008).

Ärztin und die Schwangere, ›gute Argumente‹ vorbringen müssen, um ihre Vorstellungen zu realisieren (Geburtsplanung).

1.3 DAS METHODISCHE DESIGN UND DAS FORSCHUNGSFELD

Wie bereits angesprochen, machen sprachliche und nichtsprachliche Praktiken das situative Geschehen während der Ultraschallsprechstunde aus. Reden, sich mimisch ausdrücken, den Körper bewegen, mit den Händen gestikulieren, Geräte bedienen, auf etwas oder jemanden schauen usw. sind in- und miteinander verstrickt, d.h. sie bilden einen ›Praxiskomplex‹, der auch als solcher darzustellen ist, wenn er der Analyse zugänglich gemacht werden soll. Dafür eignen sich »dichte Beschreibungen« (Geertz 1983), die im Rahmen einer Ethnografie generiert werden. Sie stellt ein auf die Komplexität sozialer Situationen abgestimmtes methodisches Verfahren dar, das auf die »Introspektion sozialer Situationen« (Amann/Hirschauer 1997: 24) angelegt ist. Dabei setzt sie vor allem auf die sozialwissenschaftliche Beobachterin, die gerade aufgrund ihrer personalen Qualitäten ein ideales Erhebungs- und Auswertungsinstrument darstellt.

Ethnografisches (Be-)Schreiben erfordert einen akribischen Blick, da es ja nicht nur um die Mitschrift sprachlicher Kommunikation geht, sondern auch um das Versprachlichen dessen, was sich nicht sprachlich artikuliert (z.B. die filigrane Handhabung der diagnostischen Instrumente, die materielle Ausstattung des Raumes, eine in der Luft gestikulierende Hand, eine pantomimische Körperperformanz usw.). Ebenso zur Sprache gebracht werden muss, was unaussprechlich ist (vgl. Hirschauer 2001), oder was Ultraschallgeräte absondern, z.B. Bildzeichen unterschiedlicher Art bzw. akustische Signale.²⁷ All dies wird während des Feldaufenthaltes mittels »Fieldnotes« (Emerson et al. 1995) skizziert, die anschließend zu Beobachtungsprotokollen weiterverarbeitet werden müssen. Diese sind jedoch nicht Abbilder oder Kopien der sozialen Situation, sondern immer »Schaubild[er]« (Hirschauer 2001: 437). Die Ethnografin sieht nicht mit den Augen der Teilnehmer, sondern nimmt das Geschehen aus ihrer (Beobachter-)Perspektive wahr, d.h. sie produziert »Metanarrative« bzw. »Second-Order-Narrative« (Atkinson 1992: 13). Das bedeutet weder, dass sie eine ›objektive‹ Version der Ereignisse auf Papier bringt (vgl. Amann/Hirschauer 1997: 23), noch dass es um Repräsentativität gehen soll.

27 | Stefan Hirschauer (2001) vergleicht die Anforderungen sozialwissenschaftlicher Beobachter mit denen von Weintestern. Sie können nicht einfach auf fertige Kategorien zurückgreifen, sondern müssen erst ein ›treffendes‹ Vokabular für den Geschmack, die Farbe oder die Konsistenz des zu beurteilenden Weines entwickeln. Auch der Ethnograf muss das, was er mit seinen Sinnen wahrnimmt, in eine entsprechende Beschreibungssprache überführen (vgl. ebd.: 440). Das Verschriften sonografischer Bildzeichen stellte für die Autorin dieser Studie eine besondere Herausforderung dar. Wie soll das ›Grau-in-Grau‹, das sich am Bildschirm zeigt, in Worte gefasst werden? Sowohl in den Beobachtungsprotokollen als auch in der analytischen Beschreibung werden dafür Begriffe wie ›Graufläche‹, ›graue Struktur‹ oder auch ›Schatten‹ verwendet. Mit ›Schatten‹ sind jedoch weder Schatten im herkömmlichen Sinne gemeint, noch ›Schallschatten‹. Mit letzteren werden in der medizinischen Literatur bestimmte Bildartefakte bezeichnet, die beim Sonografieren von Gewebstrukturen entstehen, die den Schall stark reflektieren bzw. absorbieren (vgl. Dietrich 2006: 12f.)

Es gilt stattdessen, die Praktiken und Äußerungen, die im Feld getätigt werden, adäquat zu verstehen, so dass sie über die verschriftende Sinnstiftung zu ›Daten‹ werden können. Da die von der Ethnografin beschriebenen Szenen ihre Konstruktionen und damit ›Darstellungen‹ dessen sind, was sie im Feld beobachtet hat, sind die Protokolle also immer schon ein Mix aus dem abgelaufenen, ›tatsächlichen‹ sozialen Geschehnissen und der soziologischen Sicht auf diese Ereignisse. Das bedeutet also, dass Datengewinnung und Interpretation ineinander verschränkt sind (vgl. ebd.: 33; Emerson et al. 1995: 108ff., Flick 2000: 194). Auch der Rollenwechsel von der im Feld beobachtenden Ethnografin zur analytisch-distanzierten Wissenschaftlerin am Schreibtisch (und zurück) ist charakteristisch für die Ethnografie (vgl. Honer 1993: 48; Amann/Hirschauer 1997: 17).

Protokollieren ist immer auch ein kommunikativer Akt, der sich an den soziologischen Leser richtet. Da dieser die Szenerie nicht nur nach-, sondern auch mitvollziehen soll, ist Detaillierung unabdingbar, d.h. »die empirische Verdichtung in Beschreibungen muss auf ›sprachliche Zeitlupe‹ setzen: genaueste Darstellung und begriffliche Zerlegung winziger Details« (Hirschauer 2001: 442, H.i.O., vgl. 443). Verschriften heißt also gerade nicht, Komplexität zu reduzieren, sondern sie zu entfalten (Amann/Hirschauer 1997: 38). Aber auch die weitere Analyse ist Schreibearbeit: Die ausgedehnten Beobachtungsprotokolle werden interpretierend gelesen, indem sie methodisch befremdet und mit ausführlichen analytischen Annotationen versehen werden. Diese werden dann erneut verdichtet, um schließlich in eine ethnografische Erzählung zu münden (vgl. ebd.: 12; Hirschauer 2001: 431; Emerson et al. 1995: 100ff., 169ff.).

Ethnografische Beschreibungen sind auch nicht frei von theoretischen Konzepten und Annahmen. Diese werden aber nicht als Hypothesen geprüft, sondern sie dienen der Beobachterin als »Denkwerkzeuge« (Amann/Hirschauer 1997: 37). Da sich Ethnografen als Fremde in ein lokales Setting integrieren, setzten sie sich diesem auch aus. Deshalb enthalten die Protokolle immer auch ihre im Feld erlebten (Seh-)Eindrücke, Emotionen und gedanklichen Assoziationen (vgl. ebd.: 35). Gerade weil sie »personale Aufzeichnungsapparate« (ebd.: 25) sind, sind Ethnografen nicht nur flexibel einsetzbar, sondern verfügen auch über »seismografische Qualitäten« (ebd.: 25), die als Rapport genutzt werden. Ihre Empfindungen und Gefühle sind also keine Störvariablen, sondern sie werden zu analysierbaren Daten verarbeitet: Nicht nur die Aufzeichnung des Gesehenen und des Gehörten, sondern auch »des ›am eigenen Leib‹ Erfahrenen macht die vor den Sinnen abspielende Lebenswirklichkeit zum *Material* einer soziologischen Analyse« (ebd.: 27, H.i.O., vgl. 17, 25f.; Hirschauer 2001: 439).

Das Setting für die vorliegende Studie war die ›Ultraschallsprechstunde‹. Dabei handelt es sich um eine klinische Veranstaltung, die von der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung einer großen Klinik an zwei Vormittagen pro Woche für Schwangere zur pränataldiagnostischen Beratung und Untersuchung angeboten wird. Über einen Zeitraum von ca. fünf Monaten habe ich daran beobachtend teilgenommen und von den Konsultationen jeweils detaillierte Beobachtungsprotokolle²⁸

28 | Die während der Beobachtung mitskizzierten ›Feldnotizen‹ wurden unmittelbar nach Verlassen der Klinik zu Beobachtungsprotokollen weiterverarbeitet, die dann wiederum in den folgenden Tagen nach und nach mit Detailinformationen verdichtet wurden. Die Sprech-

angefertigt. Neben Beobachtungsdaten fließen auch Aufzeichnungen von zwei informellen Gesprächen in die Studie ein, die ich mit zwei Ärztinnen führte, die mir aus meinem Bekanntenkreis vermittelt wurden. Sie befanden sich zum Gesprächszeitpunkt in der gynäkologisch-geburtshilflichen Facharztausbildung und arbeiteten beide in Kliniken, die in etwa der Größe des Krankenhauses entsprachen, in dem die Hospitation durchgeführt wurde.²⁹

Um Zugang zum Feld zu bekommen, habe ich mich bei der Chefärztin der gynäkologischen Abteilung schriftlich um eine Hospitation zu Studienzwecken beworben. Ich wurde zu einem Vorstellungsgespräch eingeladen, in dem ich gebeten wurde, den für die Ultraschallsprechstunden zuständigen Ärzten meine Forschungsziele und mein methodisches Vorgehen zu erläutern. Meiner Bitte, während der Beobachtung Notizen anfertigen zu dürfen, wurde zuerst mit Vorbehalt begegnet. Nach einer ausführlichen Begründung (Erinnerungsstütze usw.) und der Zusicherung maximaler Anonymisierung wurde die handschriftliche Mitskizzen genehmigt, jedoch mit der Bitte, diese dezent zu gestalten, und dem Hinweis, dass der Einsatz eines Laptops oder sonstiger aufnahmefähiger Geräte nicht gestattet ist. Weitere Voraussetzungen für die Teilnahme an den Sprechstunden waren, dass ich während den Konsultationen schweige (»Bitte nicht irgendwelche Kommentare abgeben«) und mich maximal unauffällig verhalte. Außerdem war es nicht gewünscht, dass ich im Beisein der Patientinnen als Soziologin auftrete. Ich sollte mich auch nicht selbst bei ihnen vorstellen, sondern die Ärztin bzw. der Arzt, die/der für die Sprechstunde verantwortlich ist, sollte mich jeweils mit einer

handlungen wurden – soweit möglich – im Originalton notiert. War dies aufgrund eines hohen Sprechtempos nicht 1:1 zu schaffen, wurden sie so nah wie möglich am Wortlaut rekonstruiert. Dies ist in den Protokollen mit einem Stern (*) gekennzeichnet. *Kursiv Geschriebenes* in Klammern gibt die »innere Stimme« der Ethnografin in ihrer Rolle als schweigende Teilnehmerin in der Situation wieder, d.h. ihre Momenteindrücke, Gefühle und Gedanken. Betontes wird **fett** hervorgehoben. Prosodisch auffällig Gesprochenes wird am Ende der Äußerung entsprechend charakterisiert. Wenn nur ein Teil der Äußerung auf besondere Weise intoniert wird, wird dieser zwischen Pfeile (>> xxx <<) gesetzt und die Beschreibung in Klammern angefügt (z.B. ironisch, kindlich, künstlich-ermahnend, melodisch etc.). Wenn ein Wort nicht oder nur unzureichend verstanden wurde, wird dies mit eckigen Klammern gekennzeichnet und gegebenenfalls der vermutete Wortlaut hinzugefügt, z.B. [unverständlich: Kopf?]. Kurze Sprechpausen werden mit drei Pünktchen markiert (z.B. »das ist der Kopf,... das ist die Hand«). Die Namen der Schwangeren und ihrer BegleiterInnen sind frei erfunden. Es werden teils englische, teils deutsche Vornamen verwendet. Für nichtdeutsche Frauen/Paare werden herkunftstypische Namen gewählt. Die Szenenausschnitte werden jeweils am Ende mit diesen Namen versehen, zusätzlich werden das Alter und die Schwangerschaftswoche (SSW) angegeben (nur diese beiden Angaben sind real). Kamen Schwangere im Beobachtungszeitraum mehrmals, wird dies mit einer Zahl hinter dem Namen markiert (z.B. Jolanta/2). Ebenfalls fiktiv sind die abgekürzten Nachnamen der Ärzte und Ärztinnen (Dr. F., Dr. P., Dr. N. und Dr. L.). Sowohl in den Protokollen als auch in den auf sie basierenden Analysen wird immer dann von *Ärztin* die Rede sein, wenn es sich auch um eine solche handelt (und vice versa). Ansonsten werden die Begriffe *Arzt/Ärztin* abwechselnd verwendet.

29 | Zu Wort kommt auch ein Arzt, der eine Vorlesung zur Schwangerschaftsvorsorge an einer medizinischen Fakultät gehalten hat. Ebenfalls berücksichtigt wird die Erzählung einer schwangeren Bekannten der Ethnografin.

klinischen Identität ausstatten und in die Situation einführen (»Wir lassen uns da irgendwas einfallen, wie wir Sie vorstellen«).

Die Ultraschallsprechstunden fanden in einem Trakt der chirurgischen Ambulanz statt. Drei der Untersuchungszimmer waren mit einem Sonografegerät und einem gynäkologischen Stuhl ausgestattet. In einem gab es einen zusätzlichen (Patienten-)Monitor, der gegenüber von der Patientenliege bzw. dem Stuhl angebracht war. Die Konsultationen wurden zwar alle von gynäkologisch-geburtshilflichen FachärztInnen durchgeführt, da jedoch nur ein Arzt über eine sonografische Zusatzqualifikation verfügte, wurden die speziellen »genetic scans« im Rahmen der Fehlbildungsdiagnostik ausschließlich von ihm übernommen. Statt eines Wartezimmers gab es eine Wartezone, d.h. die Patientinnen saßen auf Stühlen, die an der Wand entlang im Flur aufgereiht waren. Die Untersuchungszimmer waren räumlich voneinander entfernt. Sie wurden jedoch nicht nur für die Patientinnen verwendet, die zur Ultraschallsprechstunde kamen. Sowohl die Ärzte der chirurgischen als auch der gynäkologischen Abteilung belegten sie je nach aktuellem Bedarf und überließen sie gegebenenfalls auch Kollegen anderer Fachrichtungen.

Ich fand mich jeweils zu Beginn der Sprechstundenzeit in der Wartezone ein. Geplant war, dass ich von den Arzthelferinnen der Ambulanz mit einem Arztkittel ausgestattet werden sollte. Doch dies erwies sich als organisatorisch (zu) umständliches Unterfangen. Klinikkleidung wäre auch nicht mit der Herausforderung kompatibel gewesen, vor die ich gestellt war. Da ich von den Ärzten nicht »offiziell« in das Untersuchungszimmer mitgenommen wurde, wenn sie die Patientinnen in der Wartezone aufriefen, blieb mir nur, mich selbst zu integrieren, was sich oft sozial mühsam gestaltete und auch in unangenehme Situationen münden konnte. Ich versuchte deshalb, strategisch vorzugehen: Beim Eintreffen in der Wartezone hielt ich zuerst nach Schwangeren Ausschau, um mich möglichst in deren Nähe zu platzieren. Die erste Hürde war, mich für die ab und an im Flur vorbeilaufende Ärztin anwesend zu machen (z.B. mit einer Blickinitiative), denn ich musste erst einmal bewerkstelligen, von ihr gesehen zu werden. Wenn es dann zum Aufruf kam, konnte es jedoch sein, dass meine Anwesenheit schon wieder in Vergessenheit geraten war, d.h. ich musste zügig versuchen, die Ärztin erneut auf mich aufmerksam zu machen. Schaffte ich dies, stand ich vor der nächsten Aufgabe, denn nun galt es, blicklich abzuklären, ob ich überhaupt an der Sprechstunde teilnehmen kann (bei Privatpatientinnen war das z.B. nicht immer der Fall). Aber auch ein vermeintliches Nicken oder Lächeln der Ärztin war insofern kontingent, weil beide Gesten einfach nur als freundliche Entsprechung meiner Geste gedeutet werden konnten. Zudem war ich mir nicht immer sicher, ob die aufgerufene Patientin auch schwanger ist. Hatte sie z.B. keinen eindeutigen Bauch, dann konnte es sich ja auch um eine »normale« gynäkologische Patientin handeln. War sie dick, konnte sie auch einfach nur dick sein. Kamen die Frauen jedoch in Begleitung ihrer (Ehe-)Männer, dann waren diese für mich eindeutige »Schwangerschaftsindizien«, denn nichtschwangere Patientinnen kommen für gewöhnlich alleine in die Klinik. Nach dem Aufruf der Ärztin erhoben sich die Frauen und liefen hinter ihr in Richtung Untersuchungszimmer. Ohne sicher zu wissen, ob ich nun mitkommen kann/darf, stand ich mit kurzer Zeitverzögerung ebenfalls auf und ging mit etwas Abstand hinterher, um nicht von der Frau vor Erreichen des Untersuchungszimmers bemerkt zu werden. Klappte dies nicht, reagierten die Schwangeren durch die »Verfolgung« oft irritiert, da sie mich als Patientin identifizierten, zumal ich ja in »Zivil«

gekleidet war und ebenfalls in der Wartezone gesessen hatte. Entweder nahmen sie an, dass sie die Ärztin missverstanden hatten (»Oh, bin gar nicht *ich* gemeint?«), oder sie wiesen mich zurück (»Äh, Entschuldigung, *ich* bin jetzt dran«). Problematisch konnte es auch werden, wenn ich dem Duo zwar unbemerkt folgen konnte, die Schwangere (oder die Ärztin) dann aber die Tür des Untersuchungszimmers hinter sich zuzog, noch bevor ich mit eintreten konnte. Egal, ob ich im Flur aufzog, oder ob ich ausgesperrt wurde, beides war für mich unangenehm, zumal mir sowohl die verstörten Reaktionen der Schwangeren als auch das Schließen der Tür »vor der Nase« die Aufmerksamkeit der wartenden Patientinnen im Flur sicherte – und oft auch ein Kopfschütteln bzw. ein Lachen vor vorgehaltener Hand.

Spätestens im Untersuchungszimmer bekam ich schließlich von der Ärztin eine Identität und mit ihr eine Aufenthaltsgenehmigung, die mich vom Status einer »Illegalen« erlöste. Manchmal wurde ich den Schwangeren bzw. Paaren als Praktikantin vorgestellt (»Das ist die Frau H., die macht hier ein Praktikum«), ein anderes Mal als Kollegin (»Das ist die Frau Dr. H., die schaut heute zu«), gelegentlich als »Mitarbeiterin«, meist aber einfach nur mit »das ist die Frau H., die tut uns nix«. In der Regel nickten die Frauen daraufhin, lächelten und signalisierten mir damit ihr Einverständnis. Nicht selten vergaßen die Ärzte auch, mich in die Situation einzuführen, was im Laufe der Hospitation immer häufiger vorkam. Die Patientinnen reagierten dann meist irritiert (»Äh, wer ist das? Was macht die Frau da?«), worauf die Ärzte schnell eine Erklärung nachschoben. Viele Schwangeren schienen meine Anwesenheit im Verlauf der Sprechstunde zu »übersehen«, einige musterten mich jedoch immer wieder mit prüfenden Blicken. Letzteres machte es nötig, ihnen zu signalisieren, dass ich keine Bedrohung darstelle: Ich lächelte sie dezent an, schränkte intermittierend das Notizenmachen ein, oder ließ den Blick im Raum schweifen, um Desinteresse zu zeigen.³⁰

Problematisch war nicht nur meine Anwesenheitslegitimation, auch die Position im Untersuchungsraum musste eingenommen werden. Während des Vor- und Nachgesprächs saß ich meist hinter der Ärztin am Schreibtisch. Für die Zeitspanne des Schallens musste ich mir jedoch einen geeigneten Platz in Gerätenähe suchen, um sowohl den Bildschirm als auch das Geschehen davor optimal in den Blick zu bekommen. Waren die Partner der Schwangeren dabei, ließ ich ihnen Vorrang bei der »Standortsuche« und hielt Abstand, zumal ich ihnen keine Einsicht in meinen Notizblock gewähren wollte. Heikel war meine Platzierung vor allem dann, wenn vaginal sonografiert wurde (vgl. Kap. 3).

Während auf die Terminplanung höchstens bei den Fehlbildungs-sonografien Verlass war (sie fanden an einem der beiden Vormittage immer der Reihe

30 | Durch die kontingente und vage klinische Etikettierung war ich zwar »wer«, ich hatte damit aber keine »gefestigte« Identität, so dass ich in den Momenten, wo ich mit den Patientinnen bzw. Paaren alleine im Raum gelassen wurde (weil die Ärztin kurz etwas im Sekretariat organisieren musste), ein entsprechendes »Drum-Herum« hätte erfinden müssen, wenn sie mich gefragt hätten, was ich denn *genau* hier tue. Das wäre zwar nicht schwer gewesen, doch wäre meine Story deckungsgleich mit der, die die Ärztin aus dem Ärmel ziehen würde, wenn die Patienten anschließend sie auf meine Funktion ansprechen würden? Wohl nicht. Die Ärztin hätte dafür *vorab* mit mir eine erzählbare Geschichte konstruieren müssen. Weil dies nicht der Fall war, flüchtete ich in der Zeitspanne der Abwesenheit der Ärztin häufig in meine Notizen, um kommunikative Offerten im Voraus abzublocken.

nach statt), wurde der Zeitplan der anderen Ultraschallsprechstunden regelmäßig durch Um disponierungen im Dienstplan oder durch Notfälle unterbrochen (z.B. wenn die Ärzte kurzfristig auf die Stationen zur Visite oder in den OP bzw. Kreißsaal abberufen wurden). Dies bedeutete für mich, dass ich mich zurück in die Wartzone setzen musste, und damit auch aufs Neue vor der Anforderung stand, später ohne Aufsehen zu erregen wieder mit in das Untersuchungszimmer zu kommen.³¹

In der Wartzone war es meine Aufgabe, mich anwesend zu machen, um meine Chancen zu vergrößern, an der Sprechstunde teilnehmen zu können. In der klinischen Situation wiederum ging es vor allem darum, mich weitestgehend abwesend zu machen, zumal Ethnografen – gerade wenn sie in Krankenhäusern forschen – immer auch Eindringlinge sind. Man braucht sie nicht, sie verstehen nichts von Medizin, sie stehen nicht auf Dienstplänen und haben demnach auch keine organisatorische Funktion zu erfüllen. Im Gegenteil, sie stehen oft im Weg und behindern womöglich sogar die Arbeitsabläufe. Ihre Anwesenheit wird außerdem von den Teilnehmern häufig als soziale Kontrolle wahrgenommen und kann entsprechend Unsicherheit oder gar Abwehr bei ihnen auslösen (vgl. Wind 2008: 85). Nicht zuletzt deshalb lehnen Ärzte sozialwissenschaftliche Forschungsinitiativen gerne im Namen der Protektion ihrer Patienten ab, wo es jedoch realiter vielmehr um Selbstschutz geht, »medical settings are organized to protect the physicians' autonomy and to prevent their accountability« (Danziger 1979: 515). Weil sich Sozialwissenschaftler nicht für Medizin interessieren, sondern dafür, was Ärzte tagtäglich ganz selbstverständlich »medizinisch« tun, führt dies oft auch dazu, dass sie von Klinikmitarbeitern belächelt werden. Das Praktizieren von Medizin scheint für diese viel zu profan und zu unspektakulär, als dass sie es des wissenschaftlichen Erforschens würdig erachteten. Gerade weil das, was Ethnografen tun, so unverständlich für das Klinikpersonal ist, sind sozialwissenschaftliche Beobachter im Feld besonders bemüht, es unauffällig zu tun, »I felt compelled to avoid discussion with staff members and patients that focus attention on the research« (ebd.: 520; vgl. Wind 2008: 83). Auch ich machte mich oft »klein« und stellte am Ende der Sprechstunde der Höflichkeit halber eine medizinische Frage, hinter der ich mein eigentliches Forschungsinteresse verstecken konnte, um nicht selbst unter

31 | Auch wenn mich ein weißer Arztkittel legitimiert hätte, nicht drei Schritte hinter der Patientin, sondern zusammen mit ihr und der Ärztin zum Untersuchungsraum zu gehen, wäre das Kleidungsstück doch nur im Sonografieraum ein nützliches Artefakt gewesen. Da der geplante Zeitrahmen der Sprechstunden ja beständig durchbrochen wurde, hätte ich mich keinesfalls »in Weiß« in die Wartzone zurück setzen können, würde ich doch damit nicht nur die Blicke der dort wartenden Patientinnen auf mich ziehen, sondern auch die des vorbeilaufenden Klinikpersonals. Wer weiß gekleidet ist, wird zwar als Klinikmitarbeiter identifiziert, aber eben auch ein *Mitarbeiter*. Untätig zwischen Patienten im Wartebereich sitzend, ist ein solcher definitiv »fehl am Platz«. Ich hätte den Kittel auch im Untersuchungsraum nach Abschluss der Konsultation ausziehen, zusammenlegen und in meine Tasche stecken können, so dass er in der Wartzone nicht gesehen wird. Doch ich hätte ihn im richtigen Moment schon wieder tragen müssen, also dann, wenn die Ärztin die nächste Patientin aufruft. Dies hätte aber wiederum bedeutet, dass ich mich noch im Wartebereich – also vor den Augen der Patienten und Klinikangehörigen – ankleiden hätte müssen.

Beobachtung genommen zu werden und damit zu riskieren, dass mir meine Daseinsberechtigung entzogen wird. Das Unverständnis, das mir subtil von manchen Mitarbeitern der Klinik entgegengebracht wurde, konnte ich aber wiederum zu meinem Vorteil machen. Weil mein Forschungsvorhaben nicht so wirklich ernst genommen wurde, konnte ich auch an un- und außergewöhnlichen Sprechstunden teilnehmen. Die Mitarbeiter scheuten sich auch nicht, vor meinen Augen und Ohren ›Insidergespräche‹ (über Patientinnen oder Kollegen) zu führen, zumal sie ja auch nicht wussten, dass ich über eine Kranken- und Intensivpflegeausbildung verfüge und viele Jahre in Kliniken gearbeitet habe. Hätte ich meine Berufsbiografie preisgegeben, hätte ich sehr wahrscheinlich gar keinen Zugang zum Feld bekommen. Und wenn doch, wären mir sicher so manche Beobachtungsebenen vorenthalten worden. Vieles wäre mir gar nicht oder ganz anders mitgeteilt worden. Ich hätte mich auch nicht ›dumm‹ stellen können, um die Ärzte zum Ausholen zu ermuntern, wenn sie mir nach der Verabschiedung der Patientin z.B. erklärten, warum die ärztliche Tätigkeit gerade nicht so lief, wie sie hätte laufen sollen (vgl. Kap. 7).

Wie Ethnografen ins Feld kommen, was sie dort tun bzw. beobachten, ist also nicht nur von den (hierarchischen) Strukturen des Feldes abhängig, sondern immer auch von der dort geltenden ›Interaktionsordnung‹ (Goffman 1967/1971). Beides entscheidet nicht nur (mit), ob und welcher Art die Daten sind, die generiert werden, das Forschungsverhalten des Ethnografen spiegelt auch die Strukturen und Regeln des Feldes. Klaus Amann und Stefan Hirschauer (1997) machen zwar auf die personalen Grenzen bei der ›mimetischen Einpassung‹ (ebd.: 25) des Ethnografen ins Milieu aufmerksam, immerhin sei er kein ›Chamäleon‹, so Geertz (1983: 289). Dennoch, so lässt sich aus der Erfahrung des Klinikaufenthaltes für diese Studie folgern, tun sozialwissenschaftliche Beobachter gut daran, wenn sie die Anpassungsfähigkeit eines Chamäleons aufweisen können, um sich in jede Situation auf jeweils spezifische Weise einzufügen.

1.4 DIE GLIEDERUNG DES BUCHES

Die Studie beginnt – wie die Ultraschallsprechstunden auch – mit den der Sonografie vorausgehenden Vorgesprächen (Kap. 2). Sie zeichnen sich im Wesentlichen durch Aktenarbeit aus, mithilfe derer sich die Ärztin die Schwangerschaft verfügbar macht (2.1). Dafür müssen jedoch eine Reihe von ›Informanten‹ Wissen beisteuern, zu denen z.B. auch der Mutterpass gehört (2.2). Da das ärztliche Befunddokument elektronisch vorliegt, ist die Gesprächsführung im gynäkologisch-geburtshilflichen Untersuchungsraum auf besondere Weise durch den Computer (mit)strukturiert (2.3). Von Bedeutung beim Vorgespräch ist die Schwangerschafts(eigen)zeit, weil sich sämtliche diagnostischen Maßnahmen daran orientieren (2.4). Die kommunikative und interaktive Ausgestaltung des Arzt-Patient-Gesprächs wird auch von der Art der Untersuchung determiniert. Sie richtet sich danach, ob die Schwangere nur zu einer zusätzlichen Kontrolluntersuchung in die Klinik kommt, oder ob sie zu einem speziellen Fehlbildungsscreening einbestellt wurde, für das sie explizit aufgeklärt werden muss (2.5). Abgeschlossen wird das zweite Kapitel mit der Frage nach den ›Orten‹, an denen die Schwangerschaft aufzufinden ist, sowie mit einem ›Ranking‹ ihrer verschiedenen Wissens(zu)träger (2.6).

Im dritten Kapitel werden die präparativen Maßnahmen dargestellt, die dem Sonografieren vorausgehen. Sie betreffen nicht nur den Raum und das Sonografiergerät, auch die Körper der Teilnehmer müssen positioniert und mit dem Aufnahmeinstrument (Schallkopf/Transducer bzw. Vaginalsonde) verbunden werden. Zudem erfolgt eine Tastuntersuchung des Bauches. Zum Zusammenschluss der Anwesenden trägt insbesondere der Monitor bei, da er eine Reihe ›personaler‹ Funktionen im gynäkologisch-geburtshilflichen Untersuchungsraum innehat.

Die Tätigkeit des Sonografierens wird im vierten Kapitel detailliert unter die Lupe genommen. Sie entpuppt sich als aufwändige ›Körperpraktik‹, in deren Zentrum die Herstellung von Sonoanatomie steht, die auf verschiedenen Wissensformen basiert. Da dabei ganz unterschiedliche visuelle Formate entstehen, gilt es vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion der Wissenschaftsforschung und der Bildwissenschaften, die sich um die Brauchbarkeit des Bildbegriffs für wissenschaftliche Visualisierungen zentriert, auch zu fragen, ob überhaupt in dieser Arbeit von Ultraschall*bildern* die Rede sein soll, zumal nicht nur der epistemische Status des Körpers, den sie artikulieren, in ständiger Veränderung begriffen ist, sondern auch ihr eigener im Zuge ihres Herstellungsprozesses variiert (4.1). Neben visuellen Spuren werden im Untersuchungsraum aber auch numerische und akustische Repräsentationen des ungeborenen Körpers erzeugt, deren Spezifika und Beziehung zueinander ebenfalls zum Thema gemacht werden (4.2). Wenn Sonografieren als ›Körperpraxis‹ beobachtet wird, dann gilt es, konkret zu analysieren, welcher Art die körperlichen Leistungen sind, die von Ärzten verlangt werden, und wie diese jeweils zusammenkomponiert werden müssen (4.3). Die Eingeschlossenheit des ungeborenen Körpers in den schwangeren kann sowohl das Schallen behindern, als auch dazu führen, dass für die Zuordnung von Körperspuren technische Umwege nötig werden. Mit der Schwangerschaft entstehen neben dem ungeborenen Körper zudem weitere organische Strukturen (Mutterkuchen, Nabelschnur usw.), deren Eigentümerschaft und ›Organstatus‹ uneindeutig sind (4.4). Wie sich die artefakt- und körperbezogene sonografische Tätigkeit auf die personale Begegnung zwischen Arzt und Patientin auswirkt, welche Besonderheiten der ärztliche Kommunikationsstil aufweist, und wie die Sprechhandlungen der Ärzte mit dem Schallen verwoben sind, zeigt der Abschnitt 4.5. Anschließend wird beobachtet, wie das Sonogramm jeweils von Ärzten und ihren sonoanatomisch unkundigen Patientinnen in den Blick genommen wird. Während Ärzte gerne kommentieren, was sie tun und sehen, äußern Schwangere ihre ›Sichtweise‹ seltener. Deshalb wird stellenweise auf die ›innere Stimme‹ der Ethnografin zurückgegriffen. Sie verrät dem Leser freizügig, was sie wie zu sehen erwartet, was sie sieht, oder gerade nicht sieht. Dabei werden nicht nur die Gegensätze zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Sehweisen ›sichtbar‹, offensichtlich wird auch, dass Laienteilnehmer ›visuell abgehängt‹ werden, weil schlichte Bildkommentierungen allein oft nicht ausreichen, um sie am *Sehen* zu beteiligen (4.6). Deshalb bieten Ärzte eine reichhaltige Palette zusätzlicher ›Sehhilfen‹ an, die ihnen bisweilen einiges an Körpergeschick abverlangen (4.7). Der Abschnitt 4.8 resümiert die Sehdifferenzen der Teilnehmer und formuliert die Antwort auf die Frage, wie denn nun kindliche Körperteile auf den Bildschirm kommen. In diesem Zusammenhang wird die besondere, weil konstitutive Beziehung zwischen Zeigepraktiken, der Befähigung des Laienblicks und dem zu Sehenden hervorgehoben.

Das fünfte Kapitel widmet sich der Art und Weise, wie Ärzte im Sonografie-raum mit dem Geschlechtswissen(wollen) Schwangerer verfahren. Gezeigt wird aber auch, wie Sichtbefunde kommuniziert werden und in (un)sichere Geschlechtsdiagnosen münden.

Da Sonografieren neben Körpern und technischen Geräten immer auch Personen einbezieht, wird der Blick anschließend vom Monitordisplay weg gelenkt (was nicht heißt, es aus den Augen zu lassen), um sich auf die Interaktion unter Anwesenden zu konzentrieren. Wenn neben dem Arzt und der Schwangeren weitere Personen im Raum sind, kann dies mit ganz unterschiedlichen Koalitionsbildungen einhergehen (Kap. 6). In den meisten Fällen handelt es sich bei den ›Dritten‹ um werdende Väter. Weil die Veranstaltung im gynäkologisch-geburtshilflichen Untersuchungsraum keinen aktiven Part für Begleiter vorsieht, müssen sich Männer selbst in das situative Geschehen integrieren, wenn sie mehr als nur Zaungäste sein wollen. Dass dies kein leichtes Unterfangen ist, zeigt nicht zuletzt der erhobene Zeigefinger der Ethnografin in der Situation. Über ihre kritische ›innere Stimme‹ lassen sich auch die Verhaltenserwartungen offenlegen, die sie an werdende Väter im Sonografieraum richtet (6.1). Spricht die Schwangere kein Deutsch, werden die (Ehe-)Partner jedoch in der Funktion des Dolmetschers zur ›Mitsprache‹ berechtigt. Wenn sich der Arzt und die Patientin nicht verstehen, gestalten sich aber auch das Schallen und der Austausch über das, was der Bildschirm zeigt, problematisch. Dies kann mit verschiedenartigen personellen Exklusionen verbunden sein (6.2). Im Abschnitt 6.3 wird eine Sprechstunde vorgestellt, bei der die Patientin von ihrer schwangerschaftserfahrenen Freundin begleitet wird. Sie bringt sich viel ›invasiver‹ in die Situation ein als so mancher werdende Vater – und dies kann sie nicht zuletzt deshalb, weil ihr die Anwesenden entsprechend Raum dazu geben.

Den Sprechstundenverlauf und mit ihm die Interaktion der Anwesenden zu beobachten, liegt auch dann nahe, wenn der Grund, die Klinik aufzusuchen, ein un- oder außergewöhnlicher ist. Eine ultraschallgesteuerte Fruchtwasserpunktion wird z.B. nur bei besonderer Indikation durchgeführt. Im Gegensatz zu diagnostischen Sonografien verlangt sie von den Beteiligten deutlich mehr an körperlichem Engagement. Aber auch die beteiligten Personen müssen ihren Beitrag leisten, insbesondere dann, wenn der Situationsverlauf stagniert, weil die Punktion nicht gelingt (Kap. 7). Ein besonderer Anlass für den Sprechstundenbesuch ist auch ein anstehender Schwangerschaftsabbruch, für den sich die Patientin aufgrund einer Fehlbildungsdiagnose entschieden hat. Die Sonografie wird dann zur Operationsvorbereitung, da nach der eingeleiteten Geburt eine Ausschabung der Gebärmutter vorgenommen werden muss. Wie aufwändig sich das Situationsmanagement für alle Beteiligten (inklusive der Ethnografin) vor dem Hintergrund einer trauernden Patientin gestaltet, wird im achten Kapitel dargestellt.

Jede Sprechstunde wird mit einem Nachgespräch beendet (Kap. 9). Es dient dazu, die sonografisch gewonnenen Repräsentationen des Ungeborenen vor dem Hintergrund der bereits vorhandenen einer zusammenfassenden Beurteilung zu unterziehen. Wie aus diesem Prozess mit Rekurs auf verschiedene Referenzkörper ein normal entwickelter Kindskörper hervorgeht bzw. hervorgebracht wird, zeigt der Abschnitt 9.1 Abschließend wird gezeigt, wie Ärzte die Aushändigung sonografischer Ausdrücke an werdende Eltern handhaben und kommunikativ rahmen (9.2).

Wie die Geburt, die sich am Ende der Schwangerschaft ereignet, so werden auch jene Sprechstunden am Schluss des Buches vorgestellt, die die Schwangeren etwa zwei bis vier Wochen vor dem Entbindungstermin zum Zwecke der Geburtsplanung aufsuchen (Kap. 10). Der Bedarf dazu ergibt sich, weil heutzutage nicht mehr nur sorgfältig geplant wird, *wo* das Kind auf die Welt kommen soll, sondern auch *wie* – vaginal oder operativ per (Wunsch-)Kaiserschnitt. Zu Beginn des Kapitels wird dargestellt, welche Bedeutung den Wehen in der geburtshilflichen Literatur attestiert wird, und wie sie und der gebärende Körper im Rahmen der Ultraschallsprechstunden zum Thema gemacht werden (10.1). Anschließend wird die Diskussion der Ärzteschaft zum Wunschkaiserschnitt skizziert (10.2), um danach einige ausgewählte Konsultationen vorzustellen, die zeigen, dass Verhandlungsgeschick gefragt ist, wenn der Gebärmodus zum Verhandlungsgegenstand zwischen Ärztin und Schwangerer wird (10.3).

Der Schluss des Buches hebt noch einmal die zweifache Aufgabe der Ethnografin als Aufzeichnungsinstrument und empathiefähige Teilnehmerin in der Situation hervor und macht auf den analytischen Wert ihrer ›inneren Stimme‹ aufmerksam. Resümiert werden aber auch die Ergebnisse der Studie, die u.a. zeigen, wie die pränataldiagnostische Praxis dazu beiträgt, die Genese des Kindes voranzutreiben – und dies nicht obwohl, sondern gerade weil sie *Körper* fokussiert.

Da die Studie ein Schlaglicht auf die *Mikrologik* sozialer Prozesse wirft, wird es anteilig erforderlich, das situative Geschehen – einschließlich der Tätigkeit des Sonografierens – in extreme Zeitlupe zu bringen. Nur so werden sowohl der Situationsverlauf als auch die filigrane Organisation und die Feinheit der Praktiken für den Leser nach- und mitvollziehbar. Dies bedeutet, dass an verschiedenen Stellen des Buches (vor allem im sechsten, siebten und achten Kapitel) umfangreichere Szenenausschnitte zur Analyse herangezogen werden.